

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravovědy**

**Diplomová práce**

Bc. Naomi Ella Nerudová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Násilí v porodnictví**

Olomouc 2018

vedoucí práce: doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze bibliografické a elektronické zdroje, které jsou uvedené v kapitole *Referenční seznam*.

V Olomouci dne .....

.....

Bc. Naomi Ella Nerudová

## **Poděkování**

Velice děkuji doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla při vypracovávání diplomové práce. Její zkušenosti, důraz na etiku a nezávislý náhled na problematiku mi byly velkým přínosem.

Děkuji panu Ing. Mgr. Vlastimilu Reichelovi za konzultace při zpracování statistických dat a užitečné podněty při sestavování hypotéz.

Dále děkuji PhDr. Alexandře Pešatové, se kterou jsem mohla konzultovat psychologické aspekty výzkumu.

Za konzultace citací děkuji Mgr. Anně Vitáskové.

Poděkování směřuji také k mé rodině, která mi poskytla velkou emocionální podporu.

A na závěr svůj velký dík věnuji všem ženám, které otevřely své rány. Bez jejich odvahy sdílet bolestné zkušenosti by tato práce nemohla vzniknout.

# OBSAH

OBSAH.....	4
ÚVOD.....	6
1 CÍLE .....	8
1.1 Hlavní cíle .....	8
1.2 Dílčí cíle .....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
2 ÚVOD DO PROBLEMATIKY PORODNICKÉHO NÁSILÍ .....	10
Obecné vymezení pojmu násilí .....	11
Porodnické násilí .....	14
Institucionalizace porodů .....	18
Charakteristika poskytovatelů péče .....	18
Právní aspekty péče v průběhu porodu .....	19
Doporučené postupy .....	21
Etické kodexy .....	23
Fyziologie porodního procesu .....	24
3 PRVKY NÁSILÍ V PORODNICTVÍ .....	28
Prestíž lékařského povolání a paternalistický přístup .....	30
Informovaný souhlas .....	32
Indukce porodu .....	33
Rutinní příprava před porodem .....	34
Svoboda .....	35
Poloha .....	35
Soukromí .....	37
Mateřské kompetence .....	37
Kontinuální kardiokografie .....	38
Augmentace porodu oxytocinem .....	38
Analgezie .....	39
Řízené tlačení .....	40
Psychické násilí .....	41
Komunikace .....	43
Fyzické násilí .....	44
Operativní porod .....	46
Aktivní vedení třetí doby porodní .....	46
Separace matky a dítěte .....	47
Nedostatečná podpora kojení .....	48
4 DŮSLEDKY RUTINNÍCH PORODNICKÝCH INTERVENČÍ .....	49
Posttraumatická stresová porucha po porodu .....	49
Ženy po traumatizujícím porodu .....	51
Novorozenci po traumatizujícím porodu .....	53
Žaloby a stížnosti na zdravotníky .....	54
5 CESTY K ELIMINACI PORODNICKÉHO NÁSILÍ .....	55
Podpora přirozeného porodu .....	55
Etická péče, empatie a důvěra .....	56
Svoboda volby okolností porodu .....	58
Kooperační komunikace .....	59
Příprava k porodu .....	61

Bonding.....	62
Podpora kojení .....	65
Podpůrné ženské skupiny.....	66
Spolupráce lékařů a porodních asistentek.....	67
Kategorizace těhotných .....	67
Vzdělávání zdravotníků .....	68
6 ZAKOTVENÍ PROBLEMATIKY V RÁMCOVÉM VZDĚLÁVACÍM PROGRAMU PRO OBOR ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT .....	69
EMPIRICKÁ ČÁST .....	76
7 METODIKA .....	77
Charakteristika zkoumaného souboru .....	77
Organizace výzkumného šetření .....	77
Provedené studie k problematice porodnického násilí .....	79
8 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM.....	82
Formulace výzkumných problémů.....	82
Formulace hypotéz .....	83
Testování a výsledky hypotéz.....	84
Souhrnné výsledky dotazníkového šetření .....	91
9 DISKUSE.....	143
ZÁVĚR.....	146
SOUHRN.....	148
SUMMARY .....	149
REFERENČNÍ SEZNAM .....	150
SEZNAM ZKRATEK.....	162
SEZNAM TABULEK.....	164
SEZNAM GRAFŮ .....	165
SEZNAM KOMENTÁŘŮ .....	167
SEZNAM PŘÍLOH .....	169
ANOTACE .....	174

## ÚVOD

Porod by měl být nejkrásnějším zážitkem v životě ženy. Přestože je naše současná medicína na vysoké úrovni, přibývá žen, které jsou s průběhem porodu nespokojené nebo si z něj odnáší trauma.

V posledním ročníku střední zdravotnické školy ve mě vzplanula touha stát se porodní asistentkou. Tenkrát jsem o této profesi ještě neměla přesnou představu. Vzdělávací systém mě formoval ve strohou, racionální porodní asistentku, která měla z porodu strach. Občas jsem zažívala vnitřní konflikt mezi tím, co je ‚přirozené‘ a tím, co je ‚bezpečné‘. Na první praxi tento rozpor nabyl ještě větších rozměrů. Přišla jsem s ideálem, že porod je krásný a dojemný, ale na vlastní oči jsem viděla, že je nebezpečný a nezvladatelný. Vždy jsem čekala slzy dojetí a radosti, ale ženy plakaly bolestí a ze strachu. Mé představy o porodu se zhroutily. Porod bylo zkrátka zlo, které bylo nutné hlavně přežít s co nejmenšími následky. Vzhlížela jsem k lékařům s obdivem a vděkem. Roli porodní asistentky jsem považovala za ústřední. Rodičky jsem vnímala jako bezmocné ženy v pasti svých útrap, které se bez pomoci nás zdravotníků neobejdou. Rostla ve mně pýcha, že budu mít tak důležitou roli.

Náhle jsem narazila na zmínku o tom, že se ženě během porodu může změnit vědomí. Zaujalo mě to a z této zajímavosti se zrodila má bakalářská práce Porod jako sexuální prožitek. Během její tvorby jsem si dovolila rozhlédnout se dál, než mi umožňovala škola. Nechávala jsem se unášet poznáním, které mě vedlo tam, kam jsem vlastně chtěla celou dobu směřovat. Zjistila jsem, že žena je schopná porodit sama, že nemusí rodit v poloze na zádech, že miminko vyjde ven samo, aniž bychom mu pomáhali. Četla jsem o krásných porodech, o kterých jsem si myslela, že nejsou možné. Fascinoval mě zázrak porodu, ženská zranitelnost a zároveň síla. Zjistila jsem, že takového porodu se nebojím. Uvědomila jsem si, že nechci být asistentkou lékaře, ale ženy. Zatoužila jsem provázet ženy krásným obdobím těhotenství, opečovávat je, zatímco se pod jejich srdcem vyvíjí nový život, chránit je a být jim oporou ve chvíli, kdy ony samy za mé tiché přítomnosti přivedou na svět své dítě, budou šťastné a budou plakat dojetím. Zcela jsem změnila svůj postoj. Při porodu můj obdiv patřil ženám. Ty už nebyly bezmocné, ale silné. Moji pýchu nahradila pokora. Poznala jsem, že ‚přirozené‘ a ‚bezpečné‘ se nevyklučuje. Rozhodla jsem

se, že ženám umožním v porodnici porodit přirozeně, svobodně, hrdě, bezpečně. Ale tehdy jsem i já zakusila bezmoc. V porodnici lze totiž jen stěží porodit přirozeně. Proč?

Ještě donedávna byl pojem ‚porodnické násilí‘ neznámý. I mě samotné se mnoho lidí ptalo, co to vlastně znamená. Většinou si nechtěli připustit, že by někdo mohl ženám v porodnici ubližovat. V několika posledních letech se však zpoza zdí uzavřených porodnic začínají linout zprávy o nerespektujícím jednání, špatné komunikaci, porušování práv, nedůstojných praktikách a hrubém zacházení. Povětšinou ženy své hrůzné zážitky sdílí mezi sebou. Na sociálních sítích vznikají skupiny, kde se toto téma živě řeší. Dokumentaristka Erika Hníková natočila v roce 2015 film *Pět zrození*, který je ukázkou dnes poměrně běžných praktik v českých porodnicích. O rok později ukázala režisérka Zuzana Límová prostřednictvím filmu *Medzi nami*, současnou praxi v porodnicích na Slovensku. Oba filmy veřejnost šokovaly a rozproudily živé diskuze o porodnickém násilí.

Téma je natolik široké, že není v možnostech této práce ho obsáhnout celé. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla zaměřit se na násilí během porodu, které osobně považuji za nejpálčivější a zároveň nejvíce skryté. Od momentu, kdy žena přichází do porodnice po okamžik setkání s dítětem nastane mnoho situací, které je oba nějakým způsobem poznamenají, pozitivně či negativně. Na péči během porodu bude nahlíženo z více úhlů. Konkrétně budu věnovat pozornost fyzickým a psychickým aspektům, komunikaci, právním prvkům, doporučením odborných organizací a v neposlední řadě i etickému hledisku celé problematiky. Vyzdvihnu důležitost vzdělávání zdravotníků v oblasti etiky a komunikace, jelikož ti představují klíčový prvek v celé záležitosti. Ačkoliv tato práce pojednává o porodnickém násilí v České republice, dovolím si nastínit, jak k této problematice přistupují i ve světě.

Je mým velkým přáním, abychom jednou provždy zastavili porodnické násilí, aby zdravotníci mohli svoji práci dělat uvědoměle, beze strachu a s radostí a aby ženy mohly rodit důstojně a s důvěrou v sebe, ve své děti a v lidi, kteří je budou provázet. Kéž k tomu zčásti přispěje i tato práce.

# 1 CÍLE

V následující kapitole předkládám vytyčené cíle, kterých se lehce dotýkám v průběhu celé práce. Hlavní cíle zastřešují nejdůležitější záměry, dílčí cíle sledují konkrétní souvislosti plynoucí z výzkumu a jsou podkladem pro stanovené hypotézy v kapitole *Formulace hypotéz*.

## 1.1 Hlavní cíle

**Hlavní cíl č. 1:** Předložit současné poznatky o problematice porodnického násilí.

**Hlavní cíl č. 2:** Realizovat výzkum za účelem zjištění, s jakými typy násilí se rodičky při porodu setkávají, a prezentace, jaké intenzity násilí při porodu dosahuje.

**Hlavní cíl č. 3:** Zjistit, jakým způsobem je problematika komunikace a etiky zařazena do učebních osnov oboru Zdravotnický asistent.

## 1.2 Dílčí cíle

**Dílčí cíl č. 1:** Zjistit, jaký je vztah mezi charakterem porodu rodičky v porodnici a jejím pocitem dostatečné informovanosti v jeho průběhu.

**Dílčí cíl č. 2:** Zjistit jaká je souvislost mezi paritou rodičky, jež hodnotí průběh porodu v porodnici negativně, a její potřebou vyhledání psychologa po tomto porodu.

**Dílčí cíl č. 3:** Zjistit, jaký má vliv chování, jednání a vyjadřování personálu během porodu v porodnici na postoj rodičky k jejímu dalšímu porodu.



## **TEORETICKÁ ČÁST**

## 2 ÚVOD DO PROBLEMATIKY PORODNICKÉHO NÁSILÍ

Porod, dříve tak intimní a soukromá záležitost, je dnes veřejnou záležitostí. Média nám zprostředkovávají názory odborníků i laiků. Diskuze bývají vyhocené a ve společnosti vyvolávají bouřlivé emoce. Nelze si nevšimnout, že proti sobě většinou stojí dvě strany: lékaři (mocní) a ženy (bez-mocné). Hlas odborníka (lékaře) a laika (ženy) nemá stejnou váhu. Média se jeví jako nestranná, ale ve skutečnosti předkládají společnosti jednotný názor tím, že určují, kdo dostane prostor pro vyjádření a kdo nikoliv. Místo efektivní a smysluplné diskuze nad problémy jsme často svědky konstruování katastrofických scénářů a zabíhání do extrémů. Stručně by se dalo říci, že v současné době v České republice převládá patriarchální a technokratický přístup nad vlastní svobodou ženy. Matky jsou prezentovány jako ženy-trpitelky, které se musí obětovat pro děti, pro muže, pro společnost. Nejen z úst odborníků můžeme slyšet, že žena byla ‚odrozena‘, což zcela výmluvně naznačuje, že je neživotná, nedůležitá a neschopná porodit sama. Tato rétorika jde ruku v ruce s přístupem k rodičkám, kterým je často odepírán nárok na pocity, instinktivní projevy, přání a potřeby. Naopak je od nich vyžadováno, aby byly ‚poslušné‘ a ‚spolupracující‘. Pro umocnění tohoto mediálního obrazu je porod dramatizován a ve společnosti je vytvářena atmosféra strachu. Téměř vždy je v diskuzi o porodech zmíněna bolest, ohrožení života, nebezpečí, riziko. Vykreslení porodu v těchto barvách ideálně nahrává porodníkům k prosazování medicínského způsobu porodu. Ten je typický tím, že se opírá o strohá data a statistiky, naopak nezohledňuje individuální přání a potřeby samotných žen. Obvykle definuje znaky ‚rozumné rodičky‘. Přirozený porod je prezentován jako nehygienický a instinktivní chování ženy jako nevhodné. Medicínský model péče brání nahlédnutí do problematiky porodů hlouběji. Široké veřejnosti je tak předložen obraz nebezpečných porodů, všespásných porodnic a nezodpovědných žen, které těchto služeb z různých důvodů využít nechtějí nebo za každou cenu chtějí realizovat vlastní představy. (Jonášová, 2011)

Tato práce pojednává o medicínském přístupu, jeho možných příčinách a jeho důsledcích podrobněji, jelikož řada zkušeností a studií svědčí o tom, že právě z něj vyvstává problém, který označujeme jako ‚násilí v porodnictví‘. Než se mu však budeme blíže věnovat, je potřeba nejprve vymezit vlastní pojem ‚násilí‘.

## Obecné vymezení pojmu násilí

Násilí jako takové není v současné době ojedinělým jevem. Většinou probíhá skrytě a pozornost si vyslouží až ve chvíli, kdy oběť konečně promluví a žádá pomoc. Násilí může mít mnoho podob, které se vzájemně prolínají. Kdybychom hledali jednotnou definici, neuspěli bychom. Definice násilí je celá řada a každá z nich nabízí jiný úhel pohledu. Na následujících řádcích Haškovcová osvětluje jednotlivé druhy násilí podle toho, které ze složek bio-psycho-sociálně-emocionální osobnosti se dotýkají. (Haškovcová, 2004)

### **Fyzické násilí**

Zřejmě první typ násilí, které vytane na mysl. Zahrnuje jednak přímý zásah do fyzické integrity člověka, jako je bití, poranění, vystavení extrémním teplotám, jednak zásah nepřímý ve formě odírání tekutin, stravy, léků či základních hygienických potřeb. (Haškovcová, 2004)

### **Psychické násilí**

Můžeme se setkat i s pojmem ‚emocionální újma‘. Projevuje se nejčastěji ponižováním a zesměšňováním, dále nadávkami, urážkami, zastrašováním, výsměchem i výhrůžkami. Vedle verbální exprese násilí je běžná i neverbální, kdy se agresor k oběti chová nadřazeně či s opovržením. Vyvolává v ní pocit bezcennosti či přítěže. Psychickým násilím je chápáno i bránění kontaktu s blízkými osobami. (Haškovcová, 2004)

### **Sociální násilí**

Násilí v sociální oblasti představuje takové jednání, kdy agresor omezuje oběť nebo na ni vyvíjí nátlak prostřednictvím materiálního či finančního znevýhodnění. (Haškovcová, 2004)

### **Citové násilí**

Jedná se o druh psychického násilí zaměřeného na emocionální stránku oběti. Zde agresor využívá její zranitelnosti, závislého postavení či důvěry. Opět se projevuje verbálně

či neverbálně. Projevy citového násilí jsou rozmanité. Zahrnují urážky, netaktní poznámky, ponižování, úšklebky, povytažení obočí a nedůstojné jednání obecně. (Haškovcová, 2004)

### **Mediální násilí**

Příkladem mediálního násilí je taková prezentace člověka prostřednictvím médií, která negativně zasahuje do jeho důstojnosti nebo ho jiným způsobem v očích veřejnosti poškozují. (Haškovcová, 2004)

### **Institucionální násilí**

Společným jmenovatelem je agresor v podobě instituce, systému, postupů či norem. Ve zdravotnictví je tento pojem používán v souvislosti s nevhodným zacházením s pacienty. Násilí, někdy označované jako systémové, zahrnuje celé spektrum projevů jako například: poskytování nekvalitní péče, neschopnost komplexního řešení problémů, nedostatek informací, omezování styku s blízkými osobami, odpírání tekutin a stravy, nadbytečné podávání léků aj. Konkrétně téma násilí zdravotníků vůči pacientům je ožehavé a lidé mají tendenci ho popírat. Pravdou je, že projevy jako omezení svobody v rozhodování, citové vydírání, zesměšňování, působení léků, nedostatečná výživa či dehydratace mnohdy nejsou jasně viditelné a prokazatelné. Tím spíše je potřeba, jak apeluje Haškovcová, zejména institucionálnímu násilí důsledně věnovat pozornost. (Haškovcová, 2004)

Obecná definice násilí podle Světové zdravotnické organizace se zaměřuje převážně na fyzickou složku osobnosti: „*Násilí je záměrné použití nebo hrozba použití fyzické síly proti sobě samému, jiné osobě nebo skupině či společnosti osob, které působí nebo má vysokou pravděpodobnost způsobit zranění, smrt, psychické poškození, strádání nebo újmu*“ (WHO, 2002. s. 4)

Oproti tomu psychologický přístup chápe násilí jako „*patologický způsob interakce konkrétního jedince či skupiny s okolím*“ a spadají do něj všechny aktivity, které vedou k vytváření a regulaci vztahů způsobem, jež nese známky agrese nebo manipulace. (Spurný, 1996, s. 7)

Problematika násilí je složitá a příčin násilí je celá řada. Odborníci nabízí různé úhly pohledu. Nejčastěji k projevům násilného jednání dochází na základě konfliktu postojů. Bez ohledu na to, zda jde o postoj k sobě samému či k druhé osobě. (Spurný, 1996) I pouhý nesouhlas s názorem druhého se může manifestovat v agresivní jednání. Všeobecně hraje významnou roli asymetrie vztahu zúčastněných stran, kdy oběť pocíťuje důvěru a závislost na agresorovi. (Haškovcová, 2004) Mocenské postavení agresora vůči oběti využívá paternalistický přístup, nepřipouští dialog a omezuje svobodu. Od agresora nevyžaduje snahu ani morální závazky vůči oběti, je snadno kontrolovatelné a přináší jasný, očekávaný, výsledek. (Poněšický, 2010) Ve vztahu mužů a žen násilí často skrývá genderový podtext, kdy je agresivní jednání využito jako prostředek k ovládnutí zranitelných, slabých žen mocnými, silnými muži. (Haškovcová, 2004; Charles, 2011)

Není ojedinělé, že se agresor může dopouštět násilí na oběti i nevědomě. Příčinou bývá nedostatečně rozvinutá citová složka osobnosti, absence empatie, podvědomé přijímání norem, napodobování vzorů chování, velké množství negativních příkladů, podvědomý přenos vlastních prožitků, potlačená frustrace nebo dokonce přesvědčení o pozitivním přínosu takového jednání. K projevům násilí může vést i strukturální osobnostní deficit, kdy je sám dotyčný omezován ve svobodném projevu a právě skrze násilí se může realizovat a prosazovat. (Poněšický, 2010)

Násilí může mít dlouhodobý průběh jako soustavné trýznění, nebo se může vyskytnout jako incident, kdy nepříjemná situace rychle graduje. Míru oné agrese zvyšuje pocit bezmoci, absence alternativních možností, přítomnost prvků, jež k agresi motivují, soupeřivá povaha či úspěch, kterého bylo agresí dosaženo. Lze se setkat i s myšlenkou, že agrese je často jen převlečený strach. Obvyklou reakcí na násilí je pokles sebevědomí, strach reagovat, pasivita, vnitřní konflikt, tendence hodnotit situaci povrchně a neochota ke změně. (Spurný, 1996) To je zároveň důvodem, proč násilí oběti málokdy hlásí a řeší. Ochromuje je strach z toho, jak bude reagovat okolí, především strach ze zlehčení situace či její úplné popírání. (Haškovcová, 2004)

Přestože mluvíme výhradně o mužích jakožto agresorech, násilí se mohou dopouštět i ženy, zpravidla v situacích, kdy mají převahu nad někým výrazně slabším. Úskalí násilí ze strany žen spočívá v tom, že se zkrátka nepředpokládá, protože žena je v očích

společnosti laskavou, citlivou a křehkou osobou. Druhým úskalím je skutečnost, že agresorky jsou v projevech obvykle rafinovanější než muži a směřují je zejména na emocionální stránku oběti. (Haškovcová, 2004)

Výjimečně může vztah agresora a oběti nabýt podoby, jakou známe u Stockholmského syndromu. K tomu dochází v momentě, kdy je situace pro oběť již neúnosná, a identifikace s agresorem jí umožní únik z nerovného konfliktu. (Spurný, 1996; Poněšický, 2010)

Násilí způsobuje újmu v řadě oblastí. Následky pro oběť jsou povahy fyzické, hmotné (majetek, finance) i nehmotné (zneužití informací, pomluva). Ať už však oběť zakusila jakýkoliv typ násilí, emocionální zranění si nese vždy. Mezi nejčastější dlouhodobé následky patří úzkostné projevy, negativismus, tendence přeceňovat nebezpečí a vidět známky násilí i tam, kde nejsou. Je však možné, že se rozvinou i následky opačné povahy jako otupení vůči násilným projevům a zvýšení tolerance vůči násilí, kdy oběť své prožitky sama zlehčuje nebo omlouvá chování agresora. Výjimečnou reakcí na prožité násilí může být zařazení jeho prvků do repertoáru vlastního chování. (Spurný, 1996)

Není pochyb o tom, že ignorované násilí se snadno šíří dál. (Poněšický, 2010) Proto je velice důležité vzít jeho existenci na vědomí, znát způsoby, jakými se projevuje, zaregistrované násilí nenechat bez povšimnutí, vědět, jak k oběti přistupovat a kde najít pomoc. V neposlední řadě je namístě šířit osvětu. Zejména zdravotník je povinen násilí předcházet, nedopouštět se ho a poskytovat pomoc obětem. (Haškovcová, 2004)

## Porodnické násilí

Pro začátek je nutné poznamenat, že vlastní pojem ‚porodnické násilí‘ působí značně tvrdě, expresivně a útočně. Při řešení problematiky není žádoucí, aby vyvolával negativní konotace. Účelem zavedení a používání tohoto pojmu je především jeho stručnost a výstižnost. (Pašková, 2018)

Pojem ‚porodnické násilí‘ není v České republice (ČR) dosud ukotven. Řada odborníků tento fenomén dokonce popírá. Spíše se hovoří o ojedinělých praktikách, které ženy během porodu vnímají jako nepříjemné či poškozující. Vzhledem k tomu, že v českém prostředí

není porodnické násilí příliš diskutovaným tématem, pro dostatečný popis problematiky jsem musela pomyslně překročit hranice našeho státu. Nejvíce pozornosti je jí věnováno v zemích Latinské Ameriky.

Latinská Amerika je prozatím jedinou oblastí, kde je otázka porodnického násilí akceptována a legislativně ošetřena. Tento právní rámec může být dobrým příkladem pro ostatní státy. (Borges, 2018) Když se pojem dostal ve Venezuele do právního systému, bylo porodnické násilí vymezeno jako „...*takové nakládání s těly a reprodukčními procesy žen ze strany zdravotnického personálu, jež je považováno za nelidské zacházení. Porodnické násilí zahrnuje nadbytečnou medikaci a transformaci přirozených procesů na patologické. Je provázeno oslabením autonomie žen a jejich možnosti činit svobodná rozhodnutí v souvislosti s jejich těly a sexualitou. Negativně ovlivňuje kvalitu života žen.*“ (Pérez D’Greogio, 2010, s. 201)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) k porodnickému násilí dochází v různé míře po celém světě. (WHO, 2015) Postupně prosakují zprávy z různých koutů světa. Velmi časté je kupříkladu i v Jižní Africe. (Pickles, 2015) Porodnické násilí je každodenní realita, ne pouze izolované ojedinělé případy tak, jak to prezentují média například v Brazílii. (Oliveira, Penna, 2017) V Mexiku zažívá nějakou z forem porodnického násilí 6800 žen denně. Je tam dokonce tak časté, že ženy už prvky porodnického násilí přijímají jako normu. (Soto Toussaint, 2016)

Porodnické násilí zahrnuje porušení práv žen během těhotenství, porodu a šestinedělí. Mluvíme zde o násilí vůči ženám a o porušování základních lidských práv. (Pintado Cucarella, Penagos Corzo, Casas Arellano, 2015) Má tolik podob, že je těžké podat ucelený přehled. Všeobecně se však dá charakterizovat negativním zásahem do autonomie, soukromí, psychické i fyzické integrity, důstojnosti a rovnoprávnosti ženy. Během takové péče žena není respektována jako aktivní účastník porodu, je omezována její svoboda a není zohledněna její emoční stránka. Nástroji k realizaci porodnického násilí jsou medicínské intervence, jež jsou prováděny rutinně, neindividuálně, necitlivě, bez souhlasu ženy a způsobem, který ji dostává do nedůstojné nebo degradující situace. (Pickles, 2015)

Mezi nejčastější intervence a prvky porodnického násilí patří diskriminace na základě věku, rasy nebo socio-ekonomické úrovně, verbální agrese, hrubé zacházení, nepodání dostatečných informací ženám a jejich příbuzným. (Pintado Cucarella, Penagos Corzo, Casas Arellano, 2015) Dále vnucování litotomické polohy - polohy na zádech, zlehčování míry bolesti, umocňování bolesti, zastrašování, výhrůžky a kladení podmínek, netaktní komentáře, kritika hlasových projevů rodičky, (Silva Carvalho, Santana Brito, 2017) dále omezování pohybu, zákaz nebo vyloučení doprovázející osoby, invazivní zákroky jako Kristellerova exprese (tlak na břicho), či episiotomie (nástřih hráze), všechny další intervence, které jsou provedeny bez souhlasu ženy nebo nejsou v souladu se současnými vědeckými poznatky, ať už jsou povahy fyzické, psychické, sexuální, materiální nebo institucionální. (Rodrigues et al, 2018)

Někdy je problematické definovat konkrétní zásah jako násilí, jelikož se během porodu uvolňuje velké množství emocí a ty občas ženám brání se projevit. Je tedy třeba mít na paměti, že ne vždy lze porodnické násilí jasně zaregistrovat a definovat. (Oliveira et al, 2017)

Rovněž by bylo nevhodné a nežádoucí vidět za každým zdravotníkem, jež se dopustí porodnického násilí, agresivního člověka se zlými úmysly. Mrowetz i Pašková se shodují v tom, že k porodnickému násilí často dochází ze strany personálu zcela nevědomě. Dokonce za ním může být i snaha ženě pomoci. (Mrowetz, 2011; Pašková, 2018)

Závažným problémem současné společnosti je zlehčování porodnického násilí či jeho úplné popírání. Pocity smutku, selhání a nejistoty, které jsou u žen po porodu tak časté, jsou často bagatelizovány nejen okolím, ale i odborníky. Lidé obvykle připouští, že žena prožila nepříjemný porod, ale absolutně odmítá akceptovat, že by se personál choval násilně nebo nepatřičně. I v České republice jsou tedy hrubé intervence přijímány jako běžná a nutná součást porodu. Je až s podivem, kolik toho je naše společnost schopná tolerovat v případě péče o rodící ženy. Kdyby se jim něco podobného stalo mimo nemocnici, za jiných okolností, bylo by to minimálně odsouzeníhodné. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011) Typickým argumentem lidí, kteří se k porodnickému násilí staví shovívavě, je fakt, že se jejich generace narodila za podobných podmínek



a nezanechalo to na nich výrazné následky. A tento způsob uvažování brání změně současného neutěšeného stavu péče v porodnicích. (Antalová, 2011)

Odpověď na otázku, proč k porodnickému násilí dochází by byla zřejmě velmi obsáhlá. Dovolím si shrnout nejčastěji uváděné příčiny. Z analýzy soudních procesů, kterou provedly Sauaia a Serra, vyplynulo, že k porodnickému násilí dochází především kvůli tomu, že jsou ženy v citlivém období těhotenství, porodu a šestinedělí obzvláště zranitelné. (Sauaia, Serra, 2016) Toto zjištění nahrává už dříve zmíněné asymetrii vztahů a rozdílné vzájemné percepce při rozdílnosti pohlaví. (Soto Toussaint, 2016) Autorky analýzy vidí možnou souvislost i s kulturně podmíněnou podřízeností a poslušností žen vůči mužům. (Sauaia, Serra, 2016) Porodnické násilí bývá spojováno s nedostatkem empatie u zdravotníků a emoční náročností jejich profese. Obzvláště zatíženi jsou zdravotníci, kteří nemají dostatek prostředků a schopností čelit syndromu vyhoření. V neposlední řadě je možnou příčinou porodnického násilí i nedostatečná znalost problému. (Pintado Cucarella, Penagos Corzo, Casas Arellano, 2015)

O fenoménu porodnického násilí je čím dál více důkazů. Je potřeba toho využít a směřovat péči o ženy správným směrem v zájmu zachování jejich reprodukčního zdraví i jejich práv. (Soto Toussaint, 2016; Sauaia, Serra, 2016; Oliveira et al, 2017; McGarry et al, 2017) Porodnické násilí nesmí mít místo v péči o ženy během porodu. Čím déle zůstává porodnické násilí neviditelné, tím více se stává normou a manifestuje se v praxi různým způsobem. To, co ženy prožívají během porodu nejsou pouhé pomíjivé zážitky, jsou to hluboké rány, které v dlouhodobém horizontu ovlivňují celý jejich život. (Silva Carvalho, Santana Brito, 2017)

Iniciátoři soudních procesů si přejí, aby porodnické násilí bylo uznáno nejen jako medicínské pochybení, ale i jako násilí páchané na ženách. Navrhují kriminalizaci porodnického násilí jako jakéhokoliv jiného násilí vůči ženám. Zdravotníci za každou cenu musí poskytovat kvalitní a respektující péči. Jejich náročné pracovní podmínky nesmí být omluvou pro páchaní porodnického násilí. (Sauaia, Serra, 2016; Veloso, Serra, 2016; Silva Carvalho, Santana Brito, 2017)

Zdravotnická péče je neefektivní, není-li poskytována laskavě, citlivě a vstřícně. (Rodrigues et al, 2018) Je nutné na porod nahlížet jen jako na medicínskou událost, ale jako na lidskou, individuální záležitost. Jedině tak je možné zohlednit pocity rodiček a umožnit jim, aby se na svém porodu mohly aktivně podílet. (Oliveira, Penna, 2017)

## Institucionalizace porodů

Poválečný přesun porodů do porodnic kvůli strachu ze smrti přinesl přínos v podobě snížení mateřské a novorozenecké úmrtnosti, avšak narušil průběh přirozeného porodu. V porodnicích chyběla psychická podpora a přístup byl spíše technokratický. Začalo se rodit přesvědčení, že porod je nepříjemný a bolestivý a je nutné ho přetrpět. Vlivem medicínského přístupu se narušoval kontakt a vazba mezi matkou a dítětem. Porod končil narozením dítěte, které bylo okamžitě odneseno. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

Světová zdravotnická organizace je znepokojená vzrůstající tendencí přistupovat k porodům technokraticky. Často se setkáváme s názorem, že fyziologii lze vyhodnotit až zpětně. Lékaři proto preferují intervence a zvýšený dohled nad všemi porody preventivně. Toto smýšlení je však Světovou zdravotnickou organizací kritizováno, jelikož může zasahovat do svobody žen zvolit si okolnosti svého porodu, přináší řadu zbytečných intervencí, je značně neekonomický, neefektivní a v neposlední řadě časově i organizačně náročný pro personál porodnic. (WHO, 1999)

## Charakteristika poskytovatelů péče

Je nutné vymezit specifika profesí, abychom lépe rozuměli tomu, jaké mají během porodu kompetence a jaká role se od nich očekává.

### **Lékař - porodník**

Jako odborník na rizikové a patologické stavy pracuje lékař zpravidla výhradně v prostředí nemocnice, kde má potřebné technické zázemí. Je vyškolen k tomu, aby vyhledával a řešil možné komplikace. Kvůli tomuto nastavení a kvůli prostředí, kde se koncentrují závažné případy, je pro lékaře velice těžké nahlížet na fyziologický porod jako na přirozený proces. (WHO, 1999)

## **Porodní asistentka**

Vzdělání porodní asistentce umožňuje mimo jiné pečovat o ženu v průběhu nízkorizikového těhotenství, porodu a šestinedělí. Tato péče vyžaduje zanedbatelné množství potřebných zásahů. Tím se mění i vlastní přístup. Porodní asistentka (PA) je také schopná rozpoznat situace, kdy se stav odchyluje od normálního, a zavčas předává ženu do péče kolegy - porodníka. (WHO, 1999)

Z výše uvedeného je zjevné, že každá z profesí přistupuje k rodičce a k porodu odlišným způsobem. Nepovažuji za správné generalizovat, avšak z osobní zkušenosti mohu říci, že se v porodnicích rozdíl mezi těmito dvěma tak odlišnými přístupy obvykle stírají a porodní asistentky přejímají smýšlení porodníků. Opravdu nebývá zvykem, že by se u porodu sešel lékař s porodní asistentkou a každý se snažil prosadit svůj přístup. Pokud tato situace výjimečně nastane, eskaluje v nepříjemný konflikt. Většinou je totiž porodní asistentka v porodnici podřízena lékaři, přestože se jedná o dvě samostatné autonomní odborné profese. (WHO, 1999)

Pro úplnost považuji za důležité dodat, že existují i lékaři, kteří volí respektující a bezzásahový přístup k porodu. Byla bych nerada, kdyby práce působila dojmem, že se lékaře snažím vykreslit ve špatném světle. Uvědomuji si existenci těch vstřícných, citlivých a osvědčených. I mezi porodními asistentkami můžeme registrovat diametrálně odlišné postoje a přístupy. Přestože věřím, že bychom při specifikaci mohli vidět menší i větší rozdíly v přístupu a jednání profese lékaře a profese porodní asistentky, v této práci se v zájmu úspornosti a jednoduchosti omezím na pouhé shrnutí lékařů a porodních asistentek pod pojmy ‚zdravotník‘ nebo ‚personál‘.

## **Právní aspekty péče v průběhu porodu**

V České republice jsou mnohá porodnická témata předmětem vášnivých diskuzí a provází je bouřlivé emoce. Během porodu může docházet k nepředvídatelným situacím, kvalitu péče utváří ohromné množství faktorů a na zdravotnický personál je vytvářen ohromný tlak. Nejen z těchto důvodů je nutné, aby byla porodnická péče ošetřena pevnými mantinely, které by zajistily bezpečné podmínky všem zúčastněným stranám. (Krejčíková, 2015)

## **Základní lidská práva**

Péče v tak citlivé situaci jakou je porod neodmyslitelně zahrnuje právo na ochranu zdraví (Čl. 31), na osobní svobodu (Čl. 8), na důstojnost (Čl. 10) a na osobní nedotknutelnost a soukromí (Čl. 7), jak stanovuje Listina základních práv a svobod. Ta také výslovně deklaruje (Čl. 7, odst. 2): „Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.“ (Usnesení předsednictva České národní rady, 1993, s. 3)

## **Poskytování zdravotní péče**

Podle Zákona o zdravotních službách rodičce může být péče poskytnuta pouze v případě, že s tím svobodně a informovaně souhlasí. (§ 28 odst. 1) Zdravotník musí rodičku srozumitelně informovat a umožnit jí klást doplňující otázky. (§ 31 odst. 1) Žena má právo znát jména a přímení všech osob, které rodičce péči poskytují nebo s ní přijdou do kontaktu (§ 28 odst. 3 písm. g), taktéž s sebou může mít svůj doprovod. (§ 28 odst. 3 písm. e) č. 3) Vlastní péče musí být poskytována na náležité odborné úrovni (§ 28 odst. 2), s úctou, a ohleduplností. Zdravotník musí respektovat soukromí a s ženou jednat důstojně. (§ 28 odst. 3 písm. a). Ta by měla být při zachování kvality a bezpečnosti péče co nejméně omezována. (§ 28 odst. 3 písm. k) (Zákon č. 372/2011 Sb.)

## **Dříve vyslovené přání**

Pokud by se pacient mohl dostat do takové situace, kdy nebude moci vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče, může tento vyslovit prostřednictvím ‚dříve vysloveného přání‘ (DVP). Jeho náležitosti a podmínky uplatnění jsou zakotveny ve článku 9 Úmluvy o biomedicíně – § 36 Zákona o zdravotnických službách. Nedílnou součástí DVP je písemné poučení pacienta lékařem o důsledcích uvedených rozhodnutí. (Peterková, 2014; Prudil, Zemandlová, 2017)

## **Provádění zákroků**

V roce 2001 v České republice vstoupila v platnost mezinárodní smlouva známá jako Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Ta mimo jiné stanovuje, že všechny zákroky musí být prováděny v souladu se standardy porodnické profese. (Čl. 4) Rodička musí být informovaná o účelu zákroku, jeho průběhu a očekávaných důsledcích a možných rizicích,

a musí k jeho provedení dát souhlas. Tento souhlas může kdykoliv odvolat. (Čl. 5). Jsou však ojedinělé případy, kdy zdravotník může jednat bez souhlasu rodičky či jemu navzdory, a to v případě bezprostředního ohrožení zdraví nebo života. (Čl. 8) Pro takové případy si žena může sestavit Dříve vyslovené přání, které je zdravotník povinen vzít v úvahu. (Čl. 9) (Sdělení 96/2001 Sb.)

Nelze opomenout *Práva pacientů* a *Chartu práv hospitalizovaných dětí*, které se na rodičky a novorozence během porodu v porodnici rovněž vztahují.

## Doporučené postupy

Zdravotník by se měl řídit doporučenými postupy za všech okolností. Musí vzít v úvahu i nejnovější doporučené poznatky – evidence-based medicine (EBM) a zároveň se při své práci řídit nejlepším vědomím a svědomím. Pokud tak nečiní, dopouští se závažného pochybení. (Prudil, Zemandlová, 2017)

Světová zdravotnická organizace vydala praktickou příručku *Péče v průběhu normálního porodu*, v níž shrnuje výsledky aktuálních studií. Někteří čeští porodníci neakceptují doporučení WHO s argumentací, že porodnictví v ČR je bezchybné a tato doporučení jsou navržena pouze pro rozvojové země. (Čepický, 2013) WHO však doslovně uvádí: „*Všecká doporučení, týkající se zásahů do běhu normálního porodu, platí globálně, nejsou specifická pro určitou zemi nebo oblast.*“ (WHO, 1999, s. 4)

Řada organizací jako Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM), Aliance Bílá stuha (WRA), Mezinárodní asociace pediatriů (IPA), Světová zdravotnická organizace podnikají aktivní kroky k eliminaci porodnického násilí. Prosazují, že každá žena má právo na důstojné zacházení a respektující péči bez jakékoliv formy diskriminace a bez ohledu na závažnost její situace. Stejně tak jejich děti by měly být chráněny před nadbytečnými zákroky. Fyzické, slovní, emocionální či finanční zásahy do integrity osobnosti jsou podle výše uvedených organizací nepřijatelné. Důrazně doporučují vyvarovat se zákroků, které nejsou založené na důkazech, například episiotomie, vyvolávání porodu, separace matky a dítěte, aj. Každá žena by měla mít během porodu volnost v příjmu tekutin a stravy, svobodu pohybu,

soukromí i možnost být doprovázena blízkou osobou. Po porodu by měla být podpořena v kontaktu s dítětem a ve výlučném kojení. (Miller, Lalonde, 2015)

### **Lege artis**

Pojem *Lege artis* původně vychází z latinského ‚*de lege artis medicinae*‘ - podle pravidel umění lékařského. Vznikl v době, kdy ještě medicína nebyla exaktní vědou, ale spíše uměním. Obecně se pojmem *Lege artis* označuje odborně správný postup zdravotníka, který je zároveň v souladu s poznatky a pravidly aktuální vědy. Definice pojmu ‚*Lege artis*‘ byla formována v průběhu několika let. Ovlivňovaly ji zejména soudní rozsudky. V aktuální definici přijaté 1. 4. 2012 je pojem ‚*Lege artis*‘ nahrazen přesnějším pojmem ‚náležitá odborná úroveň‘. (Mach, 2013) *„Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.“* (Zákon č. 372/2011 Sb., § 4, odst. 5)

Podle § 49 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. je postup *lege artis* vymezen následovně: *„Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležitě odborné úrovni, a řídit se etickými principy.“* Pokud se lékař rozhodne jednat jinak, navzdory všeobecným doporučením, je toto povinen náležitě zdůvodnit ve zdravotnické dokumentaci, jak ukládá ustanovení § 47 odst. 3 písm. a) výše uvedeného zákona: *„Poskytovatel je rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb odůvodnit ve zdravotnické dokumentaci případy, kdy se při poskytování zdravotních služeb odchýlil od uznávaného medicínského postupu.“* (Zákon č. 372/2011 Sb., Mach, 2013)

Lékař nesmí provádět intervence, jež nejsou nezbytné, ze zjištěných důvodů. Při volbě léčebného postupu se musí rozhodovat na základě svých znalostí, ale i svého svědomí, nikoliv však komerce. (Kubek, 2014)

## **Mezinárodní federace asociací studentů medicíny**

Mezinárodní federace asociací studentů medicíny (IFMSA) se zasazuje o ochranu ženských práv a rovnosti pohlaví. Jako reakci na rostoucí fenomén porodnického násilí, přijala IFMSA opatření, kterými se zavázala řídit. Tato federace mimo jiné:

- vyzývá vlády k podniknutí kroků v oblasti problému násilí všeobecně a ke zkoumání vlivu porodnického násilí na prožívání a rozhodování žen
- usiluje o osvětu – informuje veřejnost o nerespektující péči o ženy a apeluje na potřebu humánního přístupu
- vyzývá společnost k vytváření bezpečného prostředí pro těhotné ženy, aby mohly vyjadřovat své potřeby, obavy a očekávání v souvislosti s plánovaným porodem
- povzbuzuje ostatní studenty medicíny k účasti na kurzech a workshopech zaměřených na prevenci porodnického násilí v jejich zemi

(IFMSA, 2017)

Na závěr je nutné podotknout, že doporučené postupy lékařských společností se mohou v jistých bodech lišit od doporučených postupů, jež jsou závazné pro porodní asistentky. Tato skutečnost péči značně komplikuje a též může být zdrojem konfliktů mezi profesí lékařů a porodních asistentek. (Krejčíková, 2015)

## **Etické kodexy**

Pro porodní asistentky je závazný etický kodex, který v roce 2008 vypracovala Mezinárodní konfederace porodních asistentek. V roce 2014 byl tento kodex na mezinárodním setkání porodních asistentek revidován. Kodex porodním asistentkám mimo jiné ukládá navazovat profesionální partnerské vztahy se ženami, adekvátně je informovat a podpořit je v jejich autonomii, rozhodování, názorech. Porodní asistentky musí navazovat a udržovat dobré vztahy mezi sebou i s jinými odborníky, jelikož to je základem úspěšné spolupráce. Poskytují péči s úctou a respektem k individuálním

odlišnostem. Dbají o své vzdělání a profesní růst. Chrání lidská práva a vytváří pro ženy bezpečné a klidné prostředí. (ICM, 2008)

Lékaři jsou vázáni Etickým kodexem České lékařské komory (ČLK) – Stavovský předpis č. 10, který mimo jiné stanovuje péči s ohledem na důstojnost jedince, nezávislost lékaře za všech okolností, provádění preventivních, diagnostických a léčebných výkonů dle nejaktuálnějších doporučení a za současného respektování vůle nemocného v co největší možné míře, povinnost celoživotního vzdělávání se ve svém oboru, neprovádění zákroků ze zjištěných důvodů, zohlednění práv pacienta, korektní chování, pochopení, trpělivost a vyvarování se hrubému či nemravnému jednání a paternalistického postoje, respektování pacienta jakožto rovnocenného partnera, povinnost srozumitelně informovat pacienta o zamýšlených postupech, jejich rizicích a významných okolnostech, ke kterým může dojít, a zamezení zneužití důvěry a závislosti pacienta jakýmkoliv způsobem. Tento etický kodex nabyl účinnosti 1. 1. 1996 a od té doby byl novelizován pouze jednou, v roce 2007. (Máca, 2014; ČLK, 2007)

## Fyziologie porodního procesu

Aby bylo možné pochopit důležitost zachování přirozeného průběhu procesu porodu, omezení intervencí na minimum a specifických požadavků na komunikaci personálu s rodičkou během porodu, považuji za nezbytné nejprve představit podstatu samotného porodu. Ve světle tohoto poznání lze pak možná lépe porozumět tomu, proč množství zásahů, které porody tak často provází, zraňují ženy na těle i na duši.

Porod je citlivý proces, který je řízený změnou hladin určitých hormonů. Jelikož se jedná o křehký mechanismus, klíčem k jeho bezproblémovému průběhu je poskytnutí podpory a respektování individuálních potřeb. Komunikace s doprovodem ženy a citlivé zacházení s novorozencem po porodu rovněž přispívají k fyziologickému průběhu porodu i období po něm následujícím. Po přirozeném porodu se žena rychleji regeneruje, prožívá šestinedělí klidněji a většinou kojí bezproblémově a dlouhodobě. V neposlední řadě fyziologický průběh porodu umocňuje i vazby mezi členy rodiny. (Labusová, Frydrychová, 2002)



Světová zdravotnická organizace fyziologický porod označuje termínem ‚normální porod‘ a definuje ho 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.“* Je na místě dodat, že porod je velice proměnlivý proces. U ženy, která je na počátku I. doby porodní zařazena do kategorie s nízkým rizikem, může porod končit komplikovaně. Totéž platí i obráceně, mnoho vysoce rizikových žen prožije I. a II. dobu porodní naprosto nekomplikovaně. Obecně je stupeň rizika na počátku I. doby porodní považován za nízký u 70-80 % žen. (WHO, 1999, 6)

Průběh fyziologického porodu spočívá ve spolupráci endokrinního a nervového systému. Lidský mozek se skládá jednak ze starých, primitivních, struktur, tzv. ‚plazího mozku‘, jednak z poměrně mladé struktury, tzv. ‚neokortexu‘. Plazí mozek sdílíme s ostatními savci. Jeho činnost se uplatňuje při pudovém, instinktivním jednání. Neokortex je typický výhradně pro lidský druh a umožňuje nám racionálně uvažovat i nad složitými problémy a otázkami. Tuto část mozku využíváme dennodenně, prakticky vždy, kdy jsme při plném vědomí. Pro hladký průběh porodu však jeho činnost není zapotřebí, ba dokonce je vyloženě nežádoucí. Ideálně by měl být fyziologický porod řízen výhradně plazím mozkem, což ženě umožňuje chovat se instinktivně, vnímat signály svého těla a adekvátně na ně reagovat. K tomu je třeba klidné, intimní, přívětivé prostředí, ve kterém se žena cítí uvolněně. Podstatnou roli hrají jednotlivé hormony, jako jsou oxytocin, endorfiny, prolaktin, adrenalin, adrenokortikotropní hormon, katecholaminy aj. V mozku rodící ženy je uvolněn dokonalý ‚koktejl hormonů‘ na míru jejím potřebám. Každý z hormonů má svou konkrétní roli a je nezastupitelný. Žádný syntetický hormon nemůže plně nahradit jejich přirozené funkce. Jak se útlum neokortexu postupně prohlubuje, žena se noří do sebe, okolní podněty vnímá jen okrajově a ztrácí pojem o čase. Přítomným se žena může jevit jako spavá nebo zmatená. V jejím mozku se odehrává nejen sekrece hormonů ale i změna beta vln, které jsou měřitelné při plném vědomí, na vlny alfa, které jsou charakteristické nejen pro přirozený porod, ale i pro orgasmus nebo fázi usínání. Je velice důležité rodičku z tohoto stavu vědomí nevytrhovat. Žena se volně pohybuje a přirozeně zaujímá takové polohy těla, které její tělo vyžaduje. V první době porodní střídavě odpočívá, střídavě se aktivně pohybuje, což dopomáhá ke správné rotaci a sestupu plodu do porodních cest. V druhé době porodní jsou to zpravidla vertikální polohy, které

umožňují snadný sestup plodu. Tedy poloha ve stoje, vsedě (např. na stoličce), v závěsu (např. s oporou partnera), vkleče nebo na kolenou. Téměř nikdy si žena dobrovolně nevolí dorzální nebo semidorzální polohu (vleže, v polosedě). S přicházejícími kontrakcemi žena začíná instinktivně tlačit. Někdy to téměř není třeba, protože efektivní působení hormonů na porodní cesty spolu s gravitací udělají své. Valná část žen při porodu samovolně vokalizuje, často je to těžko potlačitelné. Není to však známkou strachu nebo neschopnosti zvládnout bolest, ale prostředkem k uvolnění a k podpoře při tlačení. (Odent, 2001; Odent, 2013)

Tento přirozený průběh porodu může narušit aktivace neokortexu, kterou způsobuje řada podnětů, jež stimulují smysly. Většinou to bývá přímá komunikace s rodičkou, pokyny a dotazování. Mohou to být ale i jiné zvukové podněty, zrakové stimuly (ostré světlo, blikání), čichové podněty (pronikavý pach dezinfekce, parfému), bolestivé podněty a doteky od cizích osob. Neokortex lze snadno aktivovat i nedostatkem soukromí. Porod má totiž úzkou souvislost se sexuálním prožitkem a taky je za součást ženské sexuality považován. Žena potřebuje takové prostředí a okolnosti, které jí umožní cítit se po intimní stránce svobodně a uvolněně. Výrazně negativní vliv tedy má přítomnost úplně cizích osob a intenzivní pozorování ženy. Poslední významný podnět, který neokortex probudí k činnosti, je bezpochyby stres. Příval adrenalinu zastaví působení ostatních hormonů řídících porod, což je přirozená ochranná reakce. Žena tak má v případě hrozícího nebezpečí možnost utéct nebo se bránit. Ve chvíli, kdy nebezpečí pomine, tedy když je žena zklidněna, v tichu, přítmí a soukromí, porod se opět rozběhne a může pokračovat. Přirozený porod ženy mnohdy hodnotí jako výrazně méně bolestivý, to díky přirozeným opiátům – endorfinům. Díky nim někdy popisují i příjemné pocity. Pokud je skladba hormonů přirozená a jejich hladina vysoká a zároveň je neokortikální aktivita velmi nízká, mohou příjemné pocity vykumulovat až v orgasmus. Dříve zmíněný adrenalin má při porodu ještě jinou významnou úlohu, a to v samotném závěru druhé doby porodní. Žena je díky němu schopna po několikahodinovém vyčerpávajícím porodu vložit maximum sil do posledních kontrakcí, což by pouhou silou myšlenky nedokázala. V tuto chvíli mohou projevy ženy působit až agresivně. Dalším projevem bývá strach ženy ze smrti, který někdy sděluje nahlas. Přítomné osoby, které jsou si vědomy těchto mechanismů a přirozených projevů, se zdrží usměrňování, napomínání a vysvětlování, že jí nic nehrozí, a nechají ji v klidu. Na závěr je nutné vyzdvihnout, že porod může probíhat

přirozeně pouze za předpokladu, že aktivními osobami jsou žena a její dítě, nikoliv zdravotnický personál. (Odent, 2001; Odent, 2013)

V prvních okamžicích po narození dítěte žena prožívá nepopsatelné pocity štěstí a euforie. Hladina oxytocinu v krvi teď dosahuje nejvyšších hodnot (ještě vyšších než kdykoliv v průběhu porodu). Odent nazývá oxytocin ‚hormonem lásky a altruismu‘. Žena doslova přetéká štěstím, pocity vděku a potřebou někomu předat lásku. V ideálním případě tyto projevy směřuje k dítěti, ale může se stát, že je bude projevovat i vůči partnerovi nebo zdravotnickému personálu. (Odent, 2013) Oxytocin emoce dokonce umocňuje, což se nejčastěji projevuje právě touto bouří pozitivních projevů. (Navrátilová, 2017)

Je třeba mít na paměti, že žena není jedinou ústřední osobou porodu. Je jí i její dítě. Při fyziologickém porodu aktivně spolupracují. Žena, ačkoliv je ponořena do sebe, snadno vnímá signály svého těla a pociťuje neustálé neviditelné spojení s dítětem. Při aktivaci neokortexu ženy dochází k narušení této synchronizace. Pokud je žena navíc vystavena stresující situaci, ztrácí kontrolu nad dítětem i nad svým tělem. Proto je žádoucí, abychom ženu podpořili v jejím instinktivním chování a vložili v proces porodu důvěru. (Mongan, 2010)

Jak už je známo, během porodu se uplatňuje i činnost limbického systému, tedy mozkových struktur, které jsou zodpovědné za emoce a vegetativní projevy. Pokud dojde ke stresové situaci, žena většinou není schopna jednat racionálně a jedinou přirozenou reakcí se tak stává útok nebo únik. Na základě Maslowovy hierarchie potřeb lze říci, že rodící žena potřebuje uspokojit potřebu soukromí, intimity, smysluplnosti, přijetí, kompetentnosti, rozhodování o sobě, sebehodnocení a seberealizace. Nenaplnění těchto potřeb vede ke zmatenosti, podrážděnosti, smutku, pocitu nejistoty, bezmoci, zoufalství a ponížení. (Navrátilová, 2017)

### 3 PRVKY NÁSILÍ V PORODNICTVÍ

V období po II. světové válce se porody začaly přesouvat z domácností do porodnic. Vzrůstala snaha poskytnout péči lidštěji. Vznikl dvojitý způsob přístupu k porodu: lékařský, který těhotenství považuje za rizikové a snaží se různými způsoby předejít potenciálním komplikacím, a model péče porodních asistentek, které k těhotenství a porodu přistupují jako k přirozeným jevům, které potřebují pouze ochranu a podporu, nikoliv usměrňování a řízení. Cíl je stejný, avšak chápání podstaty rozdílné. Každý model si mezi ženami získá své zastánkyně. Lékařsky vedený porod vyhovuje ženám, které více důvěřují moderní medicíně než přirozeným schopnostem svého těla. Model péče porodních asistentek naopak vyhledávají ženy, které jsou zvyklé o sebe aktivně pečovat, mají důvěru v sebe a v přirozené procesy, jsou si vědomy možných rizik zásahů do porodu a chtějí být za svůj porod samy plně zodpovědné. Nechtějí ho jen přežít, ale naplno prožít. Moderní porodnictví nepochybně má své důležité místo. Pokud dojde k vážným komplikacím, je uvážený zákrok zdraví a život zachraňující. Problém však nastává v situacích, kdy se k zákrokům přistupuje neuváženě. Porody jsou dnes se záměrem pomoci často urychlovány a uměle ovlivňovány, místo poskytnutí času a klidu, což z nich v důsledku dělá nepříjemný zážitek. (Labusová, Frydrychová, 2002; Nicolson, 2001)

Rizika nenadálých komplikací při porodu jsou častým argumentem, který se snaží ospravedlnit odborný dohled nad rodičkou a nutnost zasahování do porodu. Francouzský porodník Michel Odent sdílí své dlouholeté poznatky z porodnice v Pithiviers, kde upřednostňují citlivý a podpůrný přístup. Podle něj je podpora matky jako ústřední osoby a nezasahování do porodu tou nejlepší cestou k eliminaci rizik různých komplikací. Jím ověřený a propagovaný způsob péče je důkazem toho, že žena může pocítit svobodu i během porodu v porodnici. Podle jeho slov, je moderní porodnictví orientováno převážně na snahu porodníků vzít porod do svých rukou a ovlivňovat ho. Ústřední osobou je pak porodník, nikoliv rodící žena. I přes dosavadní poznatky o fyziologii porodu a pokročilé technologie se moderní porodnictví dopouští zásadních omylů. Nepřihlíží se k provázanosti jednotlivých dob porodních, ani k faktu, že porod je součástí sexuálního života ženy. Přehnaná péče a nadměrné zasahování do porodu ho v důsledku komplikují. Odent se nebrání lékařským zákrokům. Avšak považuje za své poslání pomoci ženám родit přirozeně. Svým přístupem tedy nakonec potřebu zásahu minimalizuje. Porod je totiž

natolik individuální, že na něj nelze aplikovat univerzální medicínské postupy. Navíc, u řady intervencí ještě nebyly provedeny studie, které by potvrdily neškodnost nebo alespoň určily míru nežádoucích účinků, natož dlouhodobé následky pro plod. (Odent, 1995)

Rutinní postupy často vedou k dehumanizaci, tedy ke vnímání ženy jako neživotné položky. To pochopitelně zvyšuje riziko, že s ženou bude nakládáno nedůstojně. Dalším faktorem, který se na dehumanizaci podílí je již zmíněný asymetrický vztah. Žena je obvykle oslabená, závislá na pomoci lékaře, tedy ‚ne-mocná‘. Lékař z pozice jasné převahy je ve srovnání s ní ‚mocný‘. (Smetáčková, Barakzihyová, Francová, Hnilica, 2014)

Už bylo dříve naznačeno, že při porodu dochází ke střetu dvou paradigmat, kdy lékaři vidí v porodu mnoho rizik vyžadujících kontrolu a zásahy. Naopak porodní asistentky ženu místo zásahů podporují, k intervencím se uchylují jen v krajních případech, o ženu pečují komplexně a povzbuzují ji v její ústřední roli. Z toho je jasně patrné, že v otázce péče o těhotné, rodičky a šestinedělky není zásadní místo porodu, nýbrž bezpečná péče a přístup jejího poskytovatele. (Pavlíková, 2013)

Současná péče je technokratická, hlavní směr udává riziko, finanční náklady a strach. (Lokugamage, Pathberiya, 2017) Porodníci se neustále učí, že žena není schopna sama porodit. Že potřebuje kontrolu, vedení, pomoc, podporu, doprovod. Zkrátka že se neobejde bez aktivní přítomnosti druhé osoby. Porod se tak z režie ženy přesouvá do režie druhých lidí. (Odent, 2014) Medikace by měla být podávána jen v případech, kdy je skutečně oprávněná, intervence prováděny jen v souladu se současnými vědeckými poznatky a přirozené procesy by měly být respektovány. (Pérez D'Greogio, 2010)

Technický pokrok je rychlý na rozdíl od vědeckých poznatků a systémových změn. (Odent, 2013) Mnoho odborníků se v současné době obává, že prudký rozvoj technologií v medicíně může ohrozit etický přístup, nepříznivě ovlivnit komunikaci a odsunout do pozadí osobní přístup. Lze pozorovat, že ten se skutečně vytrácí. Pacienti se stávají čísly a diagnózami. (Ptáček, Bartůněk, 2014) A porodníci se stávají otroky přístrojů než jejich pány. (Odent, 1995)

Vlivem kulturních změn se porodnické prostředí ve dvacátém století maskulinizovalo. Porodníky se stávali téměř výhradně muži a k porodům začali přicházet otcové. Příchod mužů-porodníků s sebou přinesl i atributy zcela typické pro muže, tedy technologie, nástroje, řešení komplikací a katastrof. Porod se z intimního prostředí a společenství žen dostal do porodnic, kde je málo soukromí a hodně lidí, zejména mužů. Nyní porod provází řada kulturně podmíněných a zakořeněných zvyků. Vzhledem k vývoji vědy je nutné si neustále klást otázku, jestli jsou tyto zažitá postupy nutné a prospěšné. (Odent, 2014)

Díky moderním poznatkům, možnostem vědy a nepřebornému množství kvalitních studií se znovu přesvědčujeme o tom, že nejbezpečnější péče o matku a dítě v době porodu spočívá ve svobodě, přirozených instinktech a nezasahování, pokud to není vyloženě nutné. (Walsh, 2012; Odent, 2014)

Uvědomuji si, že řada intervencí, představených na následujících stránkách, má v určitých situacích své opodstatnění. Není mým cílem tyto zákroky a priori odsoudit. Chtěla bych jen poukázat na to, že k mnoha z nich se občas přistupuje preventivně, bez opodstatněné indikace, a nastínit, jak silný zásah vlastní intervence představuje pro ženu a dítě.

### Prestiž lékařského povolání a paternalistický přístup

V první polovině 20. století se v Čechách lékaři těšili veliké úctě. Slovo lékaře si nikdo nedovolil zpochybnit. Pokud byl někdo s lékařem nespokojený, využil služeb jeho konkurence. Vážnější žaloby na lékaře téměř neexistovaly, výjimku tvořily pouze případy kriminálních potratů. Ve druhé polovině 20. století situace přetrvávala. Zdravotnická péče byla efektivněji organizovaná. Pacienti již nemohli volit mezi lékaři. Případné stížnosti se řešily překladem lékaře na jiné pracoviště nebo obvod. Stále přetrvával silně paternalistický a direktivní přístup. Ve 21. století se poměry významně mění. Systém zdravotnické péče je komplikovanější díky technologickému pokroku a množství lékařských specializací. Po roce 1990 přichází velký nárůst trestních oznámení na zdravotníky. Lékaři i nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou při poskytování péče opatrnější, je kladen velký důraz na řádně vedenou zdravotnickou dokumentaci, mnohdy na úkor pacientů. Jistý podíl nese nedostatečné finanční ohodnocení a pracovní přetížení, což je opět na úkor kvalitní, obětavé a laskavé péče o pacienty. (Mach, 2014; Navrátilová,

2017) V současné době se více než kdy předtím musí zdravotníci nejen průběžně vzdělávat, ale také brát v potaz názor a přání pacienta. Musí tedy péči poskytovat nejen na základě současných vědeckých poznatků, ale také v souladu se zákony, lidskými právy a k pacientovi přistupovat individuálně. (Lokugamage, Pathberiya, 2017) To na zdravotníky, především lékaře, klade vysoké nároky. Nejsou ojedinělé ani případy, kdy lékaři profesi kvůli neúměrné pracovní zátěži a nedostatečnému finančnímu ohodnocení opouští. (Ptáček, 2014)

Paternalistický přístup i dnes navzdory výrazným změnám přetrvává. Je pro něj typické vyžadování poslušnosti, neochota k dialogu, předkládání hotových informací a rozhodnutí bez zájmu o názor pacienta. Oproti tomu při kooperativním modelu komunikace lékař připouští názory a připomínky pacienta, zajímá se o jeho obavy, přání, prožívání a souvislosti, zpětná vazba je větší a rozhodnutí je společné. Od lékaře pochopitelně vyžaduje lepší komunikační schopnosti a větší psychickou angažovanost. (Raudenská, Javůrková, 2011; Takács, Sobotková, Šulová, 2015) Nutno dodat, že existují i pasivní typy žen, kterým paternalistický přístup vyhovuje. Nestojí o informace, po lékaři požadují rozhodnutí a vyřešení situace. Jsou připravené pouze svolit k návrhu lékaře. (Mach, 2014)

Tělo rodičky je jiné než tělo jakéhokoliv pacienta v nemocnici. Tělo rodící ženy je silné, mocné, schopné, kreativní, sexuální, aktivní a schopné se zregenerovat po rozsáhlých poraněních, ale zároveň křehké a zranitelné. Tato rozmanitost vybízí ke kontrole. Ta ženská síla, schopnost a sexuální náboj podněcuje v mužích touhu je ovládat a podmanit si je. Zranitelnost ženy snadno evokuje příležitost k násilí a zneužívání. Pro muže je těžké sledovat, čeho je ženské tělo schopno, a přijmout, že žena může porodit sama, aktivně, mocně, živočišně. Při porodu je mužská síla konfrontována s ženskou, což může být těžké zvládnout. Proto se řada lékařů snaží získat vládu nad, pro ně nekontrolovatelným, procesem a nad ženou jako takovou. Stojí za pozornost, že ženy, které pomoc potřebují, jsou citlivěji opečovávané, než ženy, jejichž porod zásahy nevyžaduje. Ty jsou spíše násilně a represivně vtlačeny do role poslušných a přizpůsobivých pasivních žen. Z násilnění je typickým příkladem, jak dostat ženu do podřízené pozice. Pro mužský mocenský přístup je typické, že žena je objektem, nad kterým má muž moc, než rovnocennou osobou, se kterou musí komunikovat. (Cohen Shabot, 2016)

## Informovaný souhlas

Je nedílnou povinností lékaře seznámit pacienta s následným postupem, výkonem či stavem. Je nutné informaci podat dostatečně jasně a komplexně, ústní či písemnou cestou. Samotné sdělení však nestačí. Lékař musí být schopen rozpoznat, zda pacient informaci porozuměl a jakým způsobem na ni reaguje. To je základem úspěšné komunikace a navázání důvěry. (Žaloudík, 2014) Informované souhlasy (IS) byly do běžné praxe v České republice zavedeny přibližně před 20 lety. Gynekologicko-porodnický obor je specifický i v tom, že zde jde zpravidla o velmi citlivé a intimní záležitosti a zdravotníci nakládají s neobvykle důvěrnými informacemi. (Pařízek, 2017)

Informovaný souhlas může žena projevit písemně nebo konkludentně, tedy ústně nebo souhlasným gestem beze slov. Za konkludentní souhlas je považována i kladná reakce na výzvu lékaře. Z důvodů snadného prokázání souhlasu se dnes přistupuje převážně k písemnému. V souvislosti s informovaným souhlasem však běžně dochází k řadě pochybení. Jedním z nich je to, že je žena lékařem informována pouze písemně. Takovému souhlasu by měl vždy předcházet rozhovor, během kterého má žena možnost požádat o vysvětlení nebo klást doplňující dotazy. Další chybou je požadování informovaného souhlasu ve chvíli, kdy už byly započaty úkony v něm zmíněné a zákroky, které ovlivňují jeho vnímání ženou. Aby byl souhlas platný, musí být projeven svobodně a jistě. Písemný informovaný souhlas by neměl být univerzální a sestávat z obecných informací. Ty by měly být co nejvíce konkrétní a nejbližší situaci dané ženy. Při sepisování informovaného souhlasu musí být vyhotovena kopie – jedna pro ženu, druhá k založení do dokumentace. (Haškovcová, 2015)

Žena, která přichází do porodnice, obvykle cítí nervozitu, strach a napětí. Pokud navíc prožívá porodní bolesti, její schopnost soustředění a rozhodování se výrazně snižuje. Z toho důvodu by bylo žádoucí, aby žena byla o náležitostech spojených s porodem v porodnici informována už předem, během těhotenství. I v případě, že se tak nestane, je nadmíru důležité přistupovat k ní empaticky a podat jí veškeré důležité informace při současném zohlednění jejího stavu. Pro tento případ je nutné, aby personál dokázal efektivně komunikovat i s jejím doprovodem. (Pařízek, 2017)



Samostatnou kapitolou je informování ženy v akutní situaci, kdy jednak není dostatek času podat jí kompletní informace o nastalé situaci a plánu jejího řešení, jednak je rodička zaplavena obrovským strachem. Pro zdravotníky je tato situace rovněž obtížná, protože ji provází vysoká míra stresu, nutnost jednat rychle a správně. I zde je však velice důležité rodičku v rámci možností dostatečně informovat a dát jí prostor pro vyjádření. To v těchto situacích bývá zpravidla ústní nebo konkludentní. Je vyžadováno, aby takový souhlas, případně nesouhlas, proběhl za přítomnosti svědka, obvykle jiného zdravotníka, a podrobný záznam o něm byl zanesen do dokumentace. (Pařízek, 2017)

Informovaný souhlas dnes naneštěstí funguje spíše jako ochrana před případnou žalobou, než jako doklad snahy o co nejlepší podání informací. Papír nahrazuje komunikaci. Zdravotníci informovaný souhlas nabízí především ze strachu z případného postihu. Ženy jej však často nemají čas v krátké době pročíst a porozumět mu, natož klást doplňující dotazy. Došlo tak k paradoxní situaci. Informovaný souhlas měl původně chránit pacienty, nyní to je naopak. (Haškovcová, 2015; Pařízek, 2017) Narůstající byrokracie komplikuje práci zdravotnickému personálu a neúměrně zatěžuje i samotné ženy. (Pařízek, 2017) Nezbyvá než připomenout, že zdravotník by měl pacienta vést, nabídnout řešení, poskytnout radu. (Mach, 2014) Informovaný souhlas neposkytuje jen medicínské informace, nýbrž vytváří vztah důvěry mezi zdravotníkem a ženou. (Munzarová, 2013)

## Indukce porodu

Indukcí porodu je myšleno vyvolání porodu před tím, než sám spontánně započne. Obvyklým důvodem je prevence následků plynoucích z dalšího pokračování těhotenství. Medicínská indukce porodu sestává z preindukce, kdy je podpořeno dozrávání, uvolnění, děložního hrdla, a to nejčastěji zavedením prostaglandinových tablet do oblasti zadní poševní klenby. Následně se obvykle přistupuje k umělému porušení vaku blan, které spustí kaskádovitou hormonální reakci. Po dozrání děložního hrdla jsou uměle vyvolány děložní stahy pomocí Oxytocinu. (Indrová, 2017)

Zvláštní místo v metodách vyvolání porodu je Hamiltonův hmat, který spočívá v odloupení dolní části vaku blan prstem, čímž se spustí hormonální reakce, která vede

ke zranění děložního hrdla. Pro ženy je tento zákrok často velmi nepříjemný a bolestivý. (Indrová, 2017)

Indikace k vyvolání porodu jsou často přeceňovány. I přes pokročilé technologie a zkušenost porodníků nemusí být váhový odhad plodu přesný. Stejně tak jsou vedeny diskuze o individuální délce těhotenství a problematickém výpočtu termínu očekávaného porodu. V případě, že vyvstane potřeba porod vyvolat, měly by dostat přednost přirozené metody jako je stimulace bradavek, pohlavní styk aj. Při vyčkávacím přístupu, by žena měla být pod častější kontrolou lékaře. (Odent, 1995)

Nežádoucím průvodním jevům indukce porodu by mělo být věnováno více pozornosti. Umělé vyvolávání porodu je pro ženu vždy stresující. Většinou samy spíše volí přirozené metody, pokud jsou jim nabídnuty jako alternativní řešení situace. Vlastní vyvolávání porodu je obvykle dlouhodobou záležitostí a může trvat i několik dní, což je pro rodičku značně vyčerpávající. Také je prokázáno, že je následný porod mnohem bolestivější ve srovnání se spontánně započatým. Vyšší dávky prostaglandinů a oxytocinu s sebou nesou riziko příliš silných děložních stahů a s nimi spojené dechové tísně plodu. Už jen z principu, že se jedná o umělý zásah do organismu, by indukce porodu měla být provedena až po důsledném posouzení. (Chapman, Charles, 2013)

## Rutinní příprava před porodem

V některých porodnicích bývá zvykem holit pubické ochlupení. Údajně usnadňuje případné šití a snižuje riziko infekce. Holení však zvyšuje riziko nákazy žloutenkou či HIV, a to jak pro ženu, tak pro zdravotníka. Ženám také dorůstající chloupky působí nepříjemné pocity. (WHO, 1999)

Běžnou procedurou v rámci přípravy při počínajícím porodu je klyzma (klystýr), nebo-li výplach střev, obvykle vodou. Provádí se za účelem vyprázdnění střev a tím zvětšení prostoru pro dítě a také kvůli prohřátí malé pánve, což má stimulovat děložní kontrakce. Pro některé ženy je klystýr úlevou a rády ho podstoupí. Pro jiné je to však nepříjemný a rušivý zákrok a vyvolává v nich pocit studu. (WHO, 1999) Přestože klystýr patří mezi nedoporučené intervence, stále se v českých porodnicích nabízí a provádí. Navzdory

předpokladům, klystýr překvapivě nepřináší ženám větší spokojenost, neusnadňuje hojení porodního poranění, nesnižuje rozvoj infekce u dětí či matek, nezkracuje délku porodu, ani spolehlivě nezabrání úniku stolice během porodu. Co však jednoznačně způsobuje, je spokojenost personálu. (Pavlíková, 2014a)

## Svoboda

Možnost jednat během porodu svobodně je pro ženu důležitá. Omezováním svobody během porodu mám na mysli především upírání tekutin a stravy či omezování pohybu rodičky. Obojí je definováno jako fyzické a systémové násilí.

Porod je energeticky náročný proces. Obzvláště při dlouhodobém porodu, může nedostatek tekutin a jídla způsobit dehydrataci a vést k rozvratu vnitřního prostředí. Rodička by měla pít průběžně po doušcích. Pokud to její stav nedovoluje, měla by jí být poskytnuta zavodňující infuze. (WHO, 1999; Měchurová, 2014) Zkušenosti dokládají, že ženy mají při porodu většinou spíše žízeň než hlad a instinktivně se vyhýbají těžkým jídlům. (WHO, 1999)

Rodičky zcela intuitivně zaujímají během porodu různé polohy. Je nutné je v tom podpořit, nenutit je ležet na zádech. (Walsh, 2012; Chapman, Charles, 2013) Pohyb rodičce pomáhá zvládat nápor děložních kontrakcí. Je považován za jeden z efektivních způsobů nefarmakologického tlášení porodních bolestí. Mimo jiné umožňuje správné vstupování plodu do porodních cest. Průchod plodu bývá také rychlejší díky působení gravitace. Omezování pohybu je z výše uvedených důvodů naprosto kontraproduktivní. (Labusová, Frydrychová, 2002)

## Poloha

Vynucování polohy vleže nebo polosedě je omezování svobody a posilování mocenského postavení personálu. Není ojedinělé, že je rodička nucena setrvat v této poloze pod hrozbou ohrožení dítěte. Ležící rodička je znevýhodněna v mnoha směrech. Je vydána na milost a nemilost personálu, který může s jejím tělem nakládat tak, jak chce, bez jejího vědomí, souhlasu a bez ohledu na její přání a potřeby. Tato poloha ničí ženskou sílu, svobodu volby a právo rozhodovat o svém těle. (Silva Carvalho, Santana Brito, 2017)

Není snadné říci, kdy přesně nastal zlom, kdy ženy začaly povětšinou rodit v poloze na zádech, v polosedě či v gynekologické poloze. Usuzuje se, že při samotném počátku této změny stál francouzský lékař Francois Mauriceau, který tyto polohy považoval za nejvhodnější jak pro porodníky, tak i pro ženy. Mauriceau mimo jiné hlásal, že těhotenství je patologický stav, ‚nádor v břiše‘ způsobený dítětem, což nám poskytuje představu o jeho způsobu smýšlení. Za vliv na změnu dosavadních porodních poloh údajně může i snadnější použití kleští či možné získání pocitu nadřazenosti nad rodičkou. (Vránová, 2007)

I Odent zastává názor, že poloha na zádech je velice nevýhodná pro rodičku i dítě. Kromě toho, že zvyšuje šanci nástřihu hráze nebo operativního porodu, ženě znemožňuje využít síly gravitace k sestupu dítěte porodním kanálem. Zároveň jsou v této poloze utlačovány důležité cévy velkou a těžkou dělohou, což snižuje průtok krve a zásobení placenty, a následně dítěte, kyslíkem (Odent, 1995). Tomuto stavu se říká syndrom aortokavální komprese, kdy vlivem váhy těhotné dělohy dochází k útlaku aorty a dolní duté žíly. Projevuje se náhlou nevolností rodičky, pocením, blednutím, zrychlením srdeční akce a snížením krevního tlaku. V důsledku omezeného průtoku krve dolní dutou žílou je omezený průtok krve placentou a nepříznivě ovlivněna děložní činnost. Toto vše má vliv na stav plodu, kterému se nedostává dostatek kyslíku. Nízký krevní tlak matky má také vliv na metabolismus plodu. Tzv. Poiserův efekt, kdy je zhoršená pánevní perfuze, snížen krevní tlak na dolních končetinách během kontrakcí, je u cca 30 % spontánních porodů. Změnou polohy ženy na bok okamžitě dochází k úpravě stavu. Syndrom aortokavální komprese se typicky projeví i na kardiokografickém záznamu a je zde riziko, že porodník špatně vyhodnotí situaci a místo jednoduché změny polohy zbytečně indikuje akutní císařský řez. (Pařízek, Drábková, Kokrdová, 2012)

Stanovisko WHO je jednoznačné. Žena by si během porodu sama měla hledat takové polohy, které jí nejvíce vyhovují, ba dokonce by k tomu měla být zdravotníky aktivně povzbuzována. (WHO, 1999)

## Soukromí

Stále bývá problém pochopit, že žena potřebuje pocit soukromí, aby se mohla uvolnit. Tento pocit umocňuje malý prostor, přítomí, klid. Odentovo přirovnání prostředí pro porod k prostředí pro milování je výstižné. (Odent, 1995) Nejde však jen o prostředí. Svou roli sehrává i přítomnost zdravotníků. Navrátilová upozorňuje na paralelu situací, kdy by se žena měla svléknout v obchodě a kdy na porodním sále před mnoha lidmi. Žena přirozeně pociťuje stud. Navíc je v neznámém prostředí, prožívá bolesti a její organismus vyplavuje hormony, které ovlivňují její percepci. Rodička je v tak intimní a choulostivé situaci obzvláště velmi zranitelná, citlivá a vnímavá. (Navrátilová, 2017)

## Mateřské kompetence

Význam podpory mateřských kompetencí tkví v tom, že se rodička učí žít s novou rolí - rolí matky. A to bez ohledu na to, zda porodila první dítě nebo několikáté. Vždy je pro ni role matky v něčem jiná. Podvědomě sleduje a vyhodnocuje svou schopnost pečovat o dítě. V případě, že je v této péči neustále nahrazována personálem či napomínána a opravována, hodnotí svou schopnost negativně, a to má neblahé důsledky na její křehké mateřské sebevědomí. (Nicolson, 2001)

K narušování a oslabování mateřských kompetencí dochází v porodnicích velice často. V podstatě je to způsobeno vším, čím je odsouvána role ženy-matky do pozadí. Jsou to situace, ve kterých se může vnímat jako nedostatečná a neschopná. Patří sem například aplikace analgetik během porodu, instrukce, nevyžádané rady, nevhodné komentáře o schopnosti kojit, separace dítěte od matky aj. (Odent, 1995) Svě místo zde mají i pasivní konotace v porodnickém slangu, které jsou zřejmě kulturně podmíněné. Jedná se o detaily, které však v důsledku hrají významnou roli. Žena je ‚pacientkou‘, je ‚odrozena‘, potřebuje péči a pečovatele, dítě je jí k prsu přiloženo namísto podpory samopřisátí aj. Toto vše oslabuje mateřské kompetence, bere ženě sílu a utvrzuje ji v tom, že není schopná roli matky zvládnout sama bez pomoci. (Odent, 2013; Odent, 2014)

Žena by po porodu měla být v péči o dítě podpořena a vedena k samostatnosti. Slabší mateřské kompetence vykazují zejména ty ženy, za které zdravotnický personál rozhodoval i konal. Pokud ženě dopřejeme klid a podporu, přispěje to k její jistotě, zvýší

její sebevědomí a utvrdí ji to v nepostradatelnosti. (Labusová, Frydrychová, 2002; Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011; Geisel, 2004)

## Kontinuální kardiokografie

Kontinuální kardiokografie (KTG) je metoda, která umožňuje sledovat srdeční akci plodu a činnost dělohy, někdy i pohyby plodu, prostřednictvím dvou sond upevněných na břicho těhotné ženy pružnými pásy. Účelem této metody je zachycení stavů, kdy by plod mohl být ohrožen nedostatkem kyslíku se všemi jeho důsledky. (Měchurová, 2014)

Rutinní používání KTG bylo zavedeno před více než 30 lety. O jeho vhodnosti a benefitech se stále vedou diskuze. Není všespásné, jak dokládají kazuistiky v publikaci docentky Měchurové, podle kterých je monitorovaný novorozenec mnohdy ve špatném stavu kvůli neschopnosti personálu záznam správně vyhodnotit. Dochází dokonce i k situacím, kdy KTG nepredikuje možné komplikace u novorozence a nepodaří se je tak zavčas zvrátit. Naopak, často vykazuje falešnou pozitivitu, čímž přispívá k vyššímu počtu císařských řezů. (Měchurová, 2014) Při použití této metody je velice důležité zamezit technickým chybám a umět dobře záznam vyhodnotit. (Měchurová, 2014; Chapman, Charles, 2013)

Podle Odenta závěry dosavadních studií jasně ukazují, že KTG nemá žádný pozitivní vliv na výsledek porodu ve smyslu živého a zdravého dítěte. Naopak zvyšuje riziko ukončení porodu operativní cestou (Odent, 1995). KTG má nepříznivý vliv i na psychiku rodičky. Jednak ji omezuje v pohybu, jednak navozuje atmosféru neustálého napětí. (Walsh, 2012; Chapman, Charles, 2013) Personál nevědomě více tíhne ke kontrole přístroje, místo aby věnoval pozornost rodičce. Pokud je přístroj centralizován, jednoznačně minimalizuje lidský kontakt. (WHO, 1999)

## Augmentace porodu oxytocinem

Oxytocin je hormon produkovaný hypothalamem a uvolňuje se z neurohypofýzy. Už podle původu jeho názvu můžeme usuzovat, jakou roli při porodu zastává: ‚oxys‘ (prudký, ostrý), ‚tokos‘ (porod). Vedle kontrakcí dělohy má celou řadu dalších účinků. Je často označován za hormon lásky a důvěry. Uplatňuje se při navazování vazby a interakci matky

s dítětem, při mateřském chování, vede ke stažení dělohy i po porodu a uvolňování mléka z prsu. (Indrová, 2017) Syntetický oxytocin ale neprochází hematoencefalickou bariérou. Působí tedy jen na cílové orgány, avšak neovlivňuje psychiku rodičky, jako oxytocin přirozený. Nedochozí tak k porodní amnézii, která ženě umožní do jisté míry zapomenout na nepříjemné zážitky během porodu. Také působí nepřiměřeně silné kontrakce bez přirozených přestávek. (Odent, 1995) Aplikace syntetického oxytocinu s sebou nese vedlejší účinky jako změny srdeční frekvence, bolesti hlavy, nauzeu a zvracení, intoxikaci vodou. Při aplikaci syntetického oxytocinu je nutné zamezit předávkování, které se projevuje nadměrným tonem dělohy se silnými kontrakcemi a provází ho nebezpečí hypoxie plodu. (Indrová, 2017) Použití oxytocinu je výrazný zásah do procesu porodu, a proto by měl být prováděn pouze v opodstatněných případech, ne rutinně. (WHO, 1999)

## Analgezie

V porodnictví je využíváno několika druhů analgetik k tlumení porodních bolestí. V první řadě jsou to látky z řady opioidů (např. Nalbufin, Pethidin, Fentanyl) používané bolusově nebo v souvislosti s epidurální analgezií. Opioidy tlumí dechové centrum a ovlivňují vědomí. Mohou způsobit neschopnost vymočení vlivem zvýšeného napětí hladkého svalstva. Také potlačují uvolnění mléka a narušují sací reflex záhy po porodu. U plodu mohou opioidy způsobit pokles srdeční akce a po porodu dechové obtíže. Dalším využívaným analgetikem je Plegomazin, před jehož využitím autoři vyloženě varují a nedoporučují ho. Ten je podáván spíše za účelem psychického zklidnění než útlumu bolesti. Entonox jako inhalační anestetikum může působit u matky euforií a útlum vědomí, u plodu zase útlum oběhu a dýchání. Podávání analgetik u porodu vychází zejména ze zkušeností porodníků, zvyklostí daného pracoviště a ekonomických důvodů. Doporučené postupy pro tuto záležitost v podstatě neexistují. (Černý, 2017)

Analgetika a sedativa jsou v porodnictví hojně využívána, především pro svůj rychlý nástup účinku a efektivní zmínění bolesti. Úskalím je však obtížně odhadnutelná doba a míra účinku. Většina léků také přináší vedlejší účinky v podobě nevolnosti až zvracení, slabosti a spavosti. Často se jejich účinek projeví i na novorozenci jako poporodní potíže s dýcháním, nepravidelnost srdeční akce nebo problémové přisávání k prsu záhy po narození. (Labusová, Frydrychová, 2002)

Dnes velmi oblíbená epidurální anestezie (EDA) je obvykle spojena se současnou aplikací oxytocinu. Při využití EDA se provádí více episiotomií, klešťových porodů a vakuumextrakcí. Nelze opomenout i její psychologický vliv, kdy se mění vnímání rodičky sebe sama. Může se cítit méněcenná a porod vyhodnocovat jako medicínský zákrok. (Labusová, Frydrychová, 2002) EDA sice odstraní bolest, ale obvykle omezí i aktivní účast rodičky na porodu. Vyžaduje polohu na zádech a mnohdy i oxytocin a analgetika. (Odent, 1995; WHO, 1999)

Zajímavé je, že pokud se zdravotník dlouhodobě setkává s bolestí u pacientů, dochází u něj k aktivaci mechanismů, jež regulují empatickou reakci. Jistým způsobem otupí a bolest s pacienty méně spoluprožívá. (Francová, Hnilica, 2014)

Využití farmakologických i konzervativních prostředků k tlumení bolesti je značně ovlivněno kulturou. Světová zdravotnická organizace se přiklání spíše k neinvazivním metodám. V první řadě je důležité o rodičku citlivě pečovat. Bylo již mnohokrát prokázáno, že laskavý přístup během porodu snižuje bolestivost jejích kontrakcí. (WHO, 1999) Porodní bolesti jsou součástí tak složitého mechanismu, že je nelze odstranit, aniž bychom zasáhli do dalších složek procesu. Porodní bolest je nedělitelnou součástí porodu a má svůj význam. Cílem by nemělo být tlumit bolest, ale porod co nejvíce usnadnit. Nejlépe tím, že mu zajistíme volný průběh. Přirozené mechanismy totiž umožňují na nepříjemné prožitky zapomenout, pokud porod probíhá přirozeně. (Odent, 2014) Bolest by měla být posuzována vzhledem ke všem aspektům porodu a současné situace, neměla by být hodnocena pouze sama o sobě. Je třeba vzít v úvahu i to, jak ji sama rodička vnímá a zvládá. V případě, že rodička chce, měly by jí být nabídnuté všechny dostupné možnosti jejího tlumení. Žena se efektivněji vyrovnává s bolestí, když je v podpůrném a bezpečném prostředí a vztah se zdravotníky je pozitivní. (Raudenská, Hanulíková, Javůrková, 2015)

## Řízené tlačení

Odent považuje nácvik konkrétních dechových technik pro porod za nesmyslné. Vždy totiž záleží, jakou polohu žena při daném způsobu dýchání zaujímá. Jinak se dýchá ženě, která leží na zádech, jinak té, která stojí, a jinak té, která se opírá. Při fyziologickém porodu žena



sama cítí potřebu tlačit. Nemusí se to tedy učit, ani nepotřebuje být nikým instruována. (Odent, 1995).

Walsh též varuje před řízeným tlačením, které je neefektivní a nese s sebou řadu rizik. Rodička by naopak měla být podpořena v instinktivním tlačení. (Walsh, 2012)

## Psychické násilí

Potřeba pozitivních pocitů během porodu není zdaleka jen touha po příjemném prožitku. Radost, uvolnění a pohoda, které žena prožívá, jí pomáhají se hormonálně a psychicky připravit na přijetí novorozence a navázání společné emoční vazby. Toto naladění se dále manifestuje v mateřské chování, velké množství energie a schopnost se o novorozence postarat. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

Ke konfliktu vede zejména asymetrická komunikace. Pokud zdravotník zaujme autoritativní roli a uchýlí se k vydávání rozkazů, mentorování a napomínání, byť v dobré víře, rodička přirozeně může odmítnout přistoupit na tuto úroveň komunikace a reagovat ofenzivně. Tehdy je obvykle označena za „neposlušnou“ nebo „nespolupracující“ (Takács, Sobotková, Šulová, 2015) Takové označení často vychází z frustrace a nepochopení a může eskalovat v až agresivní projevy. Požadavky rodičů na laskavou, respektující péči a umožnění přirozeného průběhu porodu konfrontuje zdravotníky s jejich zkušenostmi, osobními nebo z okolí. Ti většinou vychází i ze zažité rutiny, kterou přejali od svých kolegů. Mnohdy se zdravotníci cítí dotčeni, když rodička nemá o jejich profesionální péči zájem. Zdravotníci mohou svým jednáním vyvolat v rodičce pocit, že pokud nebude spolupracovat, potrestají ji. Takové ženy se pak pochopitelně zdráhají obrátit se na personál s dotazem nebo požadavkem. Raději se přizpůsobí jen proto, aby s nimi personál jednal hezky. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

Personálu dále často vadí křik a hlasité projevy rodiček. Jejich umlčování je sice nejsnazší a nejpohodlnější řešení situace, ale brání ve svobodném vyjádření potřeb, navíc v tak exponované situaci jakou je porod. Ženy jsou takto nucené zdržovat nejen křik, ale i napětí, své obavy a touhy. Je tedy důležité ženy naopak podpořit v přirozených projevech a v případě strachu je uklidnit. (Silva Carvalho, Santana Brito, 2017)

Na násilí se může nevědomě podílet i osoba, která přišla rodičku doprovázet. Nejsou ojedinělé případy, kdy se personál snaží strhnout doprovod rodičky na svou stranu a přimět jej ke kolaboraci. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011) K tomu může dojít i u mužů, kdy se partner s porodníkem mezi sebou dohodnou na postupu. Muži obecně těžko prožívají porod, jelikož ke zvládnutí tak emocionálně exponované situace nejsou evolučně vybaveni. Partner přirozeně s rodičkou soucítí a chce jí pomoci, a tedy intervence porodníka v podobě mírnění bolestí nebo urychlování porodu vítá. (Geisel, 2004)

Bylo také prokázáno, že žena nemůže v klidu rodit, pokud je poblíž osoba, u které dochází k vyplavování adrenalinu. Atmosféra stresu a strachu je nakažlivá, u rodičky spouští reakci ostražitosti, pocitu ohrožení a porod tak zastavuje. (Odent, 2013) K vyvolání strachu dochází též v situaci, kdy zdravotník mluví o rizicích a hrozbách. Stejnou reakci může vyvolat i používání odborných termínů, které často zní dramaticky a v ženě vyvolávají zbytečný strach. (Odent, 2014)

Pokud při porodu dojde k události, kdy je novorozenec v ohrožení života, je povinností personálu zajistit matce konzultaci s psychologem, tzv. krizovou intervenci. Problémem je, že se toto mnohdy neděje. Žena je tak vydána na pospas svému traumatu a to se s dobou po porodu jen prohlubuje. Je nutné zajistit matce alespoň vizuální kontakt s resuscitovaným dítětem. V případě úmrtí dítěte zajistit klidné rozloučení. Pokud se tak nestane, přeruší se citové vazby a to v důsledku nepříznivě ovlivní i další vztahy, např. s partnerem. V případě postiženého nebo zemřelého dítěte je naprosto nepřijatelné uklidňovat matku tím, že bude mít dítě další. Devět měsíců si s tímto dítětem budovala vztah a teď tu jsou obavy z budoucnosti nebo prázdné místo. Ono dítě je pro ni naprosto jedinečné a nenahraditelné. V této situaci, snad více než v kterékoliv jiné, je žádoucí, aby personál zajistil jejich vzájemný kontakt k vyrovnání se se situací nebo k rozloučení. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

Psychické rozpoložení rodičky se přímo promítá i do fyziologických mechanismů. Pokud je matka během porodu ve velkém stresu, může být snížen průtok krve k dítěti a tím omezeno jeho zásobování kyslíkem. (Labusová, Frydrychová, 2002)

Po porodu žena obvykle bývá citlivá a značně zranitelná, může být plačtivá a zažívat pocity nejistoty a obavy, že nebude schopná své roli matky dostát. Proto je vhodné, když jí zdravotníci nebo ostatní podpůrné osoby nabídnou oporu, pomoc a povzbuzení. Dokonce i pouhé nevhodně zvolené slovo může ženu v tomto období značně zasáhnout. Přístup k ženě po porodu by proto měl být velmi empatický, vlídný a trpělivý. (Čekal, Šulc, 2010)

## Komunikace

Dnes se v komunikaci školí mnoho profesí, zdravotníci však minimálně. S poznatky se studenti setkávají v době studia, kdy komunikaci nepřikládají valný význam. Naopak, nejvíce si způsoby komunikace osvojují později, nápodobou svých kolegů, jež pro ně představují vzor. Dnes jednoznačně převládá mocenský přístup a autoritativní způsob komunikace. Pro zdravotníky je to o to těžší situace, protože jsou pod tlakem. Často musí konat závažná a zodpovědná rozhodnutí, v naší zemi nejsou adekvátně finančně ohodnoceni, vyčerpání a přepracování nejsou výjimečným jevem. Snaha o zlepšování komunikačních dovedností je velice důležitá. Není to jednoduchá ani krátkodobá záležitost, ale zásadní je vůle a úsilí dané osoby. (Navrátilová, 2017)

Jednoznačně se dá říci, že lidský faktor a přístup zdravotníků má na rodičku mnohem silnější dopad než prostředí porodnice. (Labusová, Frydrychová, 2002) Je poměrně častou praxí, že zdravotník nebere v úvahu názory rodičky, komunikaci má ve své režii, od rodičky očekává jen souhlas. Tento styl komunikace vůbec nemusí být zamýšlen špatně. Zdravotník věří, že jen on ví, co je v dané situaci nejlepší. Jistou roli hraje i aktuální rozpoložení zúčastněných a jejich osobnostní rysy. Zdravotník může být například cynický, familiérní, nervózní. Rodička zase nedůvěřivá, nesoustředěná či rázná. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015) Zdravotníci si někdy upevňují mocenský post tím, že užívají pejorativní a represivní věty. Často zapomínají na svou hlavní roli při porodu, kterou je podpora a pomoc. Pokud se žena nepodílí na procesu porodu a není s ní zacházeno s respektem, odnáší si z porodu špatný dojem, ať už jde jen o nepříjemné vzpomínky nebo o silné trauma, které ji provází celý život. (Silva Carvalho, Santana Brito, 2017)

V rámci komunikace s rodičkou se zdravotníci dopouští mnoha chyb. Proto je nutné osvojit si určité zásady: Neoznačovat ženu za nespolupracující, nezlehčovat její pocity, nehovořit

před ženou o ní ve třetí osobě, zachovat klidnou atmosféru, nepodávat jí protichůdné informace, nepoužívat odborné výrazy, nezpochybňovat její mateřské kompetence a vyvarovat se kritických poznámek. Zdravotník by ke každé ženě měl přistupovat s úctou a pochopením, nikoliv s despektem a opovržením. Není vhodné rodičku porovnávat s někým jiným, zdravotník by měl respektovat její individualitu. Rodička by neměla být oslovena „maminko“, vhodné oslovení je „paní...“. Rovněž je nepřijatelné působit na rodičku nátlak. Typickým příkladem je vyplňování dokumentů během kontrakcí. (Takács, Pečená, 2015) Chapman a Charles doporučují zajistit rodičce soukromí, dostatečně ji informovat, kontrolovat svou neverbální stránku řeči, být jemný, pozitivní, vysvětlovat, diskutovat a umožnit rodičce odpočinek. (Chapman, Charles, 2013)

Každý zdravotník by se měl vyvarovat konfliktů nebo projevů nedobrých vztahů na pracovišti, jelikož ty se promítají do atmosféry. (Takács, Pečená, 2015) Konflikt může nastat i mezi lékařem a porodní asistentkou. Například může dojít k situaci, kdy se lékař zachová neadekvátně a porodní asistentka zažívá vnitřní konflikt, jelikož cítí s ženou a chce uspokojit její potřeby, ale zároveň musí dělat to, co po ní požaduje lékař. (Oliveira, Penna, 2017)

Je nanejvýš důležité, aby zdravotník ovládal své emoce v případě, že rodička projevuje vztek kvůli nastalé situaci nebo nejedná v souladu s přáním zdravotníka. Není přípustné, aby reagoval protiútokem. Jeho snahou by naopak mělo být uhlazení vypjaté situace, snaha o zklidnění ženy a nalezení smírného řešení. V dramatické situaci, když se vyskytnou komplikace, má žena sklon předpokládat to nejhorší. Zde je na místě transparentní komunikace více než kdykoliv jindy. (Takács, Pečená, 2015)

## Fyzické násilí

Různé formy fyzického násilí již byly zmíněny v kapitole Obecné vymezení pojmu násilí. Zde se blíže zaměřím na dvě konkrétní sporné a často prováděné intervence, kterými je nástřih hráze a Kristellerova exprese.

Nástřih hráze, nebo-li episiotomie je jedna z nejčastějších násilných praktik při porodu. (Suaia, Serra, 2016) V českých porodnicích je nadužívána, jak upozorňuje biostatistička

Markéta Pavlíková, a často ji personál provádí bez souhlasu rodičky. Údajně je prevencí dechové tísně plodu, inkontinence, rozsáhlých ruptur a dlouhodobě neuspokojivého stavu pánevního dna. Současné studie však nic z toho nepotvrdily. Na jejich základě je možné konstatovat, že jediná situace, kdy je episiotomie oprávněná, tedy přináší více užitku než škody, jsou vaginální porodnické operace – klešťový porod nebo vakuuumextrakce. (Pavlíková, 2014b) Jistou prevencí episiotomie může být vertikální poloha při porodu, při které se zvyšuje tlak v pánvi, pro plod vznikne více prostoru, žena se snáze uvolní a hráz je méně napjatá. Nejen, že je episiotomie často prováděná preventivně, ale ženám způsobuje bolest, delší hojení ve srovnání s pouhým natržením a dlouhodobé sexuální problémy. (Odent, 1995) Ženy vnímají episiotomii zpravidla jako velmi invazivní a poškozující zákrok. Většinou s provedením nástřihu souhlasí pouze v případě, že je opravdu opodstatněný a nevyhnutelný. Pokud žena předem vyjádřila nesouhlas s tímto zákrokem a ten musí být posléze proveden, je nutné, aby zdravotník dostatečně vysvětlil jeho nutnost. (Takács, Roztočil, 2015) Episiotomie by tedy měla být provedena po důkladném uvážení a jen v případech, kdy je skutečně oprávněná. (WHO, 1999; Walsh, 2012)

Kristellerova exprese, nebo-li řízený tlak na fundus (horní část dělohy) je v současnosti využívanou praktikou, která je zatížena minimálním prospěchem pro matku a dítě a řadou rizik, obvykle velmi vážných. Patří mezi ně ruptura dělohy, zlomeniny žeber, pohmožděniny, poranění vnitřních orgánů, vážnější poranění hráze apod. Ohrožuje rovněž dítě, které se může dostat do akutní dechové tísně, poranění jeho orgánů, zlomeniny a další. Poté, co byla zaznamenána četnost těchto komplikací, byla Kristellerova exprese Světovou zdravotnickou organizací zařazena do kategorie nedoporučených zákroků, jelikož bylo potvrzeno, že představuje neúměrné riziko pro matku i dítě, a její provedení je velice nepříjemné. (WHO, 1999) V doporučených postupech České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS) od roku 2011 figuruje Kristellerova exprese pod názvem ‚Přidržení děložního fundu‘. Ten má evokovat citlivější způsob zásahu a snad i dojem, že jde o jinou techniku. Popis jeho definice, indikací, kontraindikací a provedení je prakticky totožný s Kristellerovou expresí a na porodních sálech se stále užívá. Kristellerova exprese dokonce ani nesnižuje šanci na použití porodnických kleští nebo vakuuumextraktoru (VEX), jak se dříve předpokládalo. Evidence ohledně provádění

Kristellerovy exprese je naneštěstí ztížena tím, že se tento zákrok nezaznamenává do dokumentace. (Pavlíková, 2015)

## Operativní porod

Operativním porodem je myšlen takový porod, v jehož závěru jsou k vybavení plodu použity porodnické kleště (forceps) nebo vauumextraktor, tj. podtlakový zvon. Každá z těchto porodnických pomůcek má své indikace, výhody, i rizika. Obě slouží k rychlému ukončení porodu, většinou kvůli dechové tísní plodu. Klešťový porod je zpravidla rychlejší a bývá šetrnější pro plod. (Pařízek, Kužel, 2012). Vakuumextraktor je pro plod naopak rizikovější, avšak méně traumatizující pro matku. (Šimetka, 2012) Michel Odent vyzoroval, že čím více je podpořen přirozený porod a čím méně je žena nucena zaujmout konkrétní polohu, obzvláště na zádech, tím méně je zapotřebí použití porodnických kleští. (Odent, 1995)

Naštěstí jsou dnes porodnické operace prováděny více z akutní indikace než preventivně. Pravdou však zůstává, že tyto situace jsou pro ženy vždy velmi stresující. Obvykle na ně nejsou připravené, prožívají ztrátu kontroly nad situací, cítí strach o sebe a dítě a nedostává se jim informací od zaměstnaného personálu. Proto je žena při porodnických operacích ohrožena rozvojem traumatu ještě více. Je tedy žádoucí, aby i na tyto situace ženy byly ještě před porodem připravené. Během samotného zákroku je potřeba, aby zdravotníci podali ženě jasné informace, a to pokud možno co nejcitlivějším způsobem. Je důležité zdůraznit, že porodnické operace nejsou selháním rodičky. (Takács, Roztočil, 2015)

## Aktivní vedení třetí doby porodní

Aktivní vedení třetí doby porodní je v porodnicích prakticky pravidlem. Spočívá v bolusové aplikaci uterotonika, brzkém podvázání pupečnicku a aktivní extrakci placenty tahem za pupečník. (Walsh, 2012) Předčasné přerušení pupečnicku doporučuje i Roztočil. Řada odborníků je dnes stále přesvědčena o zpětném toku krve do placenty, pokud se novorozenec nachází nad ní. (Roztočil et al, 2017)

Po normálním průběhu porodu by měl být upřednostňován přirozený způsob porodu placenty. Ten není podpořen uterotoniky, pupečník je přerušen po jeho dotepání

či až po porodu placenty, placenta vychází sama, pouze za pomoci mírného tlaku rodičky a gravitace. Ideálně je vhodné pomoci odlučování placenty tím, že novorozenec saje matčin prs a podpoří tím vyplavování hormonu oxytocinu. (Walsh, 2012)

## Separace matky a dítěte

V minulosti byla separace matek a dětí využívána jako nástroj k manipulaci a mučení. (Antalová, 2011) Mnohé studie již prokázaly, že separace v různé míře narušuje vztah mezi matkou a dítětem a má nepříznivý vliv na průběh šestinedělí. (Labusová, Frydrychová, 2002; Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011; Fendrychová, Borek, 2012) Jak vyplynulo z výzkumu Chamberlaina, i pro novorozence je oddělení od matky po porodu velice traumatizující zkušeností. Matku dlouho volá pláčem, což je jeho momentálně jediný čitelný způsob komunikace. Tento pláč však nesignalizuje pouhou nelibost či smutek. Novorozenec, který ztratí kontakt s matkou, instinktivně nabývá dojmu, že je ohrožen na životě, a pláče, protože je vyděšený. (Chamberlain, 2013)

V současné praxi ještě stále není první kontakt matky a dítěte příliš podpořen. Zdravotníci považují za důležité novorozence nejprve zkontrolovat a ošetřit. (Labusová, Frydrychová, 2002) Na separaci má zřejmě podíl rutina, oddělené prostory a přesvědčení, že personál zajistí dítěti větší bezpečí než matka. Antalová se domnívá, že u zdravotnic, které již rodily, může být neochota k podpoře kontaktu dána tím, že samy tento kontakt se svým dítětem neprožily, a vyvolalo by to v nich výčitky svědomí. U bezdětných zdravotnic a zdravotníků-mužů to podle ní může být pouhou nápodobou starších kolegyně a kolegů a neznalostí současných poznatků. (Antalová, 2011)

Během porodu se v organismu matky i dítěte vytváří ideální hormonální koktejl, který je připravuje na společné setkání a navázání pevné emocionální vazby záhy po porodu. (Odent, 2013) Je bezpečně prokázáno, že se novorozenec nejlépe adaptuje na nahém těle matky. (Odent, 2014)

Fendrychová apeluje na zdravotnický personál, aby raný kontakt matky a dítěte aktivně podpořil. Uznává, že je tato práce velmi náročná, psychicky i časově, ale v tom, že je komunikace s matkou a její kontakt s dítětem prioritou, je nekompromisní. Takový přístup

je v souladu s holistickou péčí a umožňuje matce hrát ústřední roli v péči o její dítě. (Fendrychová, Borek, 2012) S ohledem na současné poznatky, je dnes neoddiskutovatelné, že novorozenec patří do náruče matky od první chvíle po narození. Jediným důvodem k jejich oddělení je závažný stav jednoho z nich, který vyžaduje neodkladné řešení. Nicméně i zde lze kontakt přerušit až poté, co personál matku informuje. (Kantor, 2012)

### Nedostatečná podpora kojení

Schopnost a úspěšnost kojení je pevně spjatá s průběhem porodu. Existuje tedy přímá úměra. Pokud žena prožila traumatizující porod, je menší šance, že bude bezproblémově a dlouhodobě kojít. (Odent, 2013) Matce by se mělo od zdravotnického personálu dostat maximální podpory a dostatečných a aktuálních informací ke kojení. Mateřské mléko je pro novorozence nejlepší výživou, vytvořenou přesně na míru jeho potřebám. (Kantorová, 2012)



## 4 DŮSLEDKY RUTINNÍCH PORODNICKÝCH INTERVENCÍ

Jakékoliv poškození pacienta zdravotníkem, které vzniklo v souvislosti se zdravotnickou péčí, je známo pod odborným termínem ‚iatrogenie‘. V případě nadbytečných a neoprávněných intervencí během porodu je o iatrogenii jednoznačně řeč. (Labusová, Frydrychová, 2002) Porod má na ženu i její dítě dalekosáhlý dopad, který se promítá do všech životních oblastí. Přirozený porod ženě může nabídnout nejen pouhé porození dítěte, ale i transformující hluboký zážitek. Křehkost porodu však s sebou nese i určitou zranitelnost a může se tedy snadno stát i hluboce zraňujícím zážitkem. (Labusová, Frydrychová, 2002)

Šíření informací o porodnickém násilí mezi zdravotníky, mezi ženami i mezi širokou veřejností je potřeba. Pokud lidé budou o tomto problému vědět, budou znát svá práva a budou si vědomi možností, které během porodu mají, vzrůstá šance, že se vyhnou škodlivým intervencím a porod v nich nezanechá trauma. (Rodrigues et al, 2018)

### Posttraumatická stresová porucha po porodu

Určitá reakce na traumatickou událost je označovaná jako posttraumatická stresová porucha (PTSP). V tomto případě je traumatickou událostí porod. Mezi její nejčastější příčiny patří následující:

- porod, při němž dochází u ženy ke ztrátě kontroly nad situací – se ženou je jednáno jako s neživotným objektem a pouhým prostředkem k porození dítěte – žena tak má pocit zbytečnosti a pasivity
- porod, který je ovlivňován léky
- intervence, jež jsou bolestivé, nebo takové intervence, které komplikují aktivní zvládání bolesti ženou
- porod mrtvého plodu
- spontánní potrat

O PTSP se často mluví v souvislosti s porody komplikovanými. Není však výjimkou, že PTSP postihne i ženy, které prožily zdánlivě neproblematický porod. PTSP nemá negativní vliv pouze na ženu samotnou, ale i na její blízké. Může nepříznivě ovlivnit její vztah s dítětem, či s jejím partnerem. Případy, kdy je traumatizovaný i partner, nejsou ojedinělé.

Jako nejčastější projevy PTSP jsou podrážděnost, úzkostnost, flashbacky (náhlé záblesky vzpomínek), stav neustálé pohotovosti, pocity viny a zodpovědnosti za nepříjemnou událost aj. Některé ženy svůj porod bez nadsázky charakterizují jako ‚znásilnění‘.

Incidence PTSP je pravděpodobně podhodnocená, přesto jí podle odhadů trpí až 30 % žen. Je důležité vzít na vědomí, že PTSP je zcela jiná diagnóza než poporodní deprese, a neměla by být léčena antidepresivy. Nevhodný způsob terapie může projevy PTSP ještě více prohloubit. Podezření na tuto poruchu je žádoucí konzultovat s psychologem. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

Krom toho, že PTSP pro ženu znamená výrazné omezení v různých oblastech života, může potlačení a neřešení tohoto problému vyústit ve vážné následky, a dokonce se i manifestovat v další psychické poruchy. (Smolík, 2012)

Je řada způsobů, jak lze PTSP předejít. V první řadě je třeba zajistit vhodné podmínky ke klidnému a fyziologickému porodu. Žena potřebuje být aktivním článkem procesu a mít kontrolu nad situací. Zároveň je nutné udržovat činnost jejího neokortexu tlumenou, čehož lze dosáhnout klidnou atmosférou, poskytnutím pocitu bezpečí a jistoty, laskavým a empatickým jednáním personálu. Bývá ku pomoci i doprovod rodičky, který podvědomě navozuje pohodu a oporu. Ideální situace je taková, že doprovod i personál představují pomoc a podporu v záloze, rodičku zbytečně neruší a neusměrňují. Neopomenutelnou prevencí PTSP je aktivní zajištění okamžitého a dlouhotrvajícího kontaktu matky a dítěte po porodu. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

## Ženy po traumatizujícím porodu

Fyzická zranění z porodu jsou pro ženu nepříjemná. Množství z nich by se dalo předejít správným přístupem zdravotníků. Mezi porodní traumata patří například poranění hráze, pochvy, děložního hrdla či těla dělohy, dále poranění stydké spony (symfýzy), kostrče či kloubních spojení. (Roztočil et al, 2017) Avšak, jak připomíná Haškovcová, fyzické rány se mnohdy hojí rychleji a lépe než ty psychické. (Haškovcová, 2004)

Žena, která byla pasivním účastníkem porodu prožívá směsici pocitů: úlek, šok, strach, úzkost, nekompetentnost, vztek, beznaděj, deprese a další. Později může mít tendence k přecitlivělosti vůči situacím, které jí porod připomínají, může být nejistá v jednání, postrádat sebedůvěru nebo se úplně uzavřít. V takovém případě je důležité, aby se žena pokusila pochopit podstatu násilí, vytvořila si efektivní strategie ke zvládnání podobných situací a dala průchod svým emocím. (Spurný, 1996) Po porodu se rozbíhají přirozené obranné mechanismy. Nejčastěji se setkáváme s racionalizací, tedy rozumovým zdůvodněním situace, dále bagatelizací, neboli utvrzováním se v tom, že porod nebyl tak hrozný, vytěšněním, neboli přesunutím vzpomínek do nevědomí, či identifikací, tedy ztotožněním se se zdravotníkem, který ženě ublížil. (Spurný, 1996; Poněšický, 2010)

Po porodu se může rozvinout celá řada psychických poruch, mezi které patří syndrom poporodního blues (tzv. baby blues), různé formy úzkosti, obsedantně-kompulzivní, panická či afektivní porucha, sociální fobie, poporodní psychóza, poporodní deprese, posttraumatická stresová porucha aj. (Mohr, 2015) Není možné se v této práci podrobně věnovat problematice všech poporodních poruch, proto jsem v předchozí kapitole podrobněji rozvedla jen posttraumatickou stresovou poruchu. Úzce se prolíná spolu s poporodní depresí a je spojována zejména s nerespektující péčí při porodu.

Neposkytnutí krizové intervence traumatizované ženě často vede k narušení jejích vztahů. K sobě samotné, k dítěti či k okolí. Paradoxně se někdy může projevovat silnou úzkostí, se kterou o své dítě pečuje. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011) Vztah rodičů může být poznamenán i přítomností partnera. Nejčastější příčinou je emocionální vypětí, které je někdy těžké zpracovat. Jak už bylo dříve zmíněno, může dojít k situaci, kdy partner začne kolaborovat s personálem, protože procesu porodu nerozumí, nechápe význam porodních

bolestí ani pomalého tempa, a chce ženě za každou cenu pomoci tišením bolesti nebo urychlováním procesu. Muži mohou zakusit silné pocity bezmoci, frustrace a selhání, což se na jejich vztahu s partnerkou pochopitelně projeví. Žena se může cítit podvedená, nedostatečně ochráněná a podpořená. V jiné situaci muž může být vnímán jako rušivý element a ženě znemožňovat soustředění a uvolnění. Toto je jen několik příkladů možných příčin narušeného vztahu partnerů po porodu. (Geisel, 2004)

Ženy bývají poznamenány i separací. Ty, které neměly možnost mít dítě po porodu u sebe, mohou později vnímat bonding jako takový s lítostí, vztekem nebo pocity selhání. Zde je důležité si uvědomit, že ony samy neselhaly. Staly se obětí systému, který v té době nedokázal docenit význam rané vazby. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

Specifickou situací je hendikepovaný novorozenec. Pro matku i její rodinu představuje obrovskou zátěž. Nejen psychickou, ale i sociální a organizační. I v tomto případě je vždy nutné zajistit maximální kontakt matky a dítěte. Pokud dojde k separaci kvůli řešení stavu dítěte, měl by být kontakt zajištěn informacemi o dítěti, fotografií aj. Dále je potřeba matce, eventuálně rodině, zajistit péči psychologa. Tato situace je zátěží i pro zdravotníky, u kterých se předpokládá empatický přístup a komunikační zdatnost. Měli by rodičům být neustále k dispozici, trpělivě zodpovídat dotazy, a to i opakovaně, podpořit kontakt s dítětem a průběžně rodiče informovat. Zároveň by se měli vyvarovat neúčelných výroků, chlácholení – „*Nebud'zte smutní.*“, slibů, které nemohou splnit – „*Vaše další dítě/děti bude/ou zdravé.*“, a neúčelných rad. (Sobotková, Dittrichová, Procházková, 2015, s. 133)

Jednat s matkou citlivě a vytvářet pro ni bezpečné prostředí plné důvěry a podpory je důležité už jen kvůli jejímu vlivu na dítě, které vnímavě zrcadlí její pocity. Chamberlain například zjistil, že novorozenec výrazně reaguje na výraz tváře matky při kojení. Při neutrálním výrazu byly děti zmatené a svým chováním se matku snažili přimět ke změně výrazu. O něco později byl proveden podobný experiment. Matky, které při kojení plakaly a tvářily se nešťastně, spustily u svých dětí tak alarmující reakci, že musel být pokus předčasně ukončen. Novorozenci se od matek odvraceli, propukali v pláč a ještě několik dní poté byli vůči matkám rezervovaní. (Chamberlain, 2013)

Není neobvyklé, že se ženy po traumatizující zkušenosti bojí do porodnice vrátit. Řada z nich volí i domácí porod. To mnohdy právě jako důsledek nepříjemné zkušenosti. Ze stejného důvodu se některé ženy uchylují k ‚císařskému řezu na přání‘. (Roztočil et al, 2017) Ty ženy, které se přesto vrací do porodnice, si s sebou obvykle přináší ‚porodní plán‘, ve kterém formulují své představy o průběhu porodu. (Roztočil et al, 2017)

## Novorozenci po traumatizujícím porodu

Novorozenci pláčou i před narozením. Jejich pláč však není v plodové vodě slyšet. Podle studií, které se zaměřovaly na pozorování plodů pár hodin před narozením, tyto děti v důsledku porodnických intervencí plakaly. Není tedy pochyb o tom, že je dítě i během svého rození vysoce vnímavé a též mu zásahy zdravotníků působí stres. (Chamberlain, 2013)

Novorozenci mají mimo jiné schopnost habituace. To znamená, že jsou schopni se adaptovat na neškodné rušivé podněty do té míry, že jim už po určité době nevěnují pozornost. Zhoršenou, resp. zpožděnou, habituaci lze pozorovat u dětí, jejichž matka během porodu dostala vysokou dávku anestetik, či u dětí, jejichž porod proběhl traumatizujícím způsobem. (Chamberlain, 2013)

Během porodu občas dojde k fyzickému poranění novorozence, od drobných dočasných traumat po větší, závažná, někdy i trvalá poškození. Výjimečně může nastat poranění takového rozsahu, že je neslučitelné se životem. Na jejich vzniku mohou mít podíl predisponující faktory, jako například hypertrofie, poruchy děložní činnosti, dlouhotrvající porod či operativní způsob porodu. Na druhou stranu mohou být způsobeny i nepřiměřenými zásahy zdravotnického personálu. K méně závažným a častějším poraněním se řadí caput succedaneum (porodní nádor), kefalhematom (nahromadění krve pod okosticí lebky), petechie (drobné krvácení do kůže) aj. Vážnějšími traumaty jsou zlomenina klíční kosti, poranění plexus brachialis (pažní pleteně), poranění nervus facialis (lícního nervu), poranění míchy, torticollis (zkrácení krčního svalu musculus sternocleidomastoideus) a další. (Páralová, 2012)

Novorozenec během porodu zažívá velký šok a stres. (Odent, 2014) Odent zmiňuje výzkum francouzského psychologa Henriho Laborita, který hovoří o tzv. akčním útlumu. K němu dochází, když jedinec v extrémním stresu není schopen útoku ani úniku. Do organismu se uvolní noradrenalin a kortizol. Dlouhodobě zvýšené hladiny stresových hormonů působí funkční změny v organismu a ty se manifestují v trvalé následky, nejčastěji narušení imunity. Akční útlum je považován za jednu z příčin rozvoje psychosomatických onemocnění. (Odent, 1995)

## Žaloby a stížnosti na zdravotníky

Obor porodnictví patří mezi nejrizikovější co do žalob. Obzvláště pro lékaře-porodníky představuje tenký led. Lékaři se občas dostávají do soudních sporů kvůli neprovedení včasného zákroku, nebo naopak kvůli jeho brzkému provedení. (Roztočil, 2015; Ptáček et al, 2013) Právní odpovědnost lékaře je více záležitostí etickou než právní. Základy lékařské etiky stojí na Hippokratově přísaze a vlastní etický kodex není právně formulovaný, nýbrž nepsaný soubor pravidel, který se zkrátka od lékaře automaticky očekává. Ale zdravotník, obzvláště lékař, je povinen se řídit etickými principy, ačkoliv nejsou psané. (Žaloudík, 2014) Munzarová se domnívá, že při modelu péče, který by zohledňoval člověka holisticky, by ubylo žalob a stížností. (Munzarová, 2013) Jak už bylo uvedeno, nejčastější příčinou sporů je špatná komunikace. (Ptáček et al, 2013; Krejčíková, 2015)

## 5 CESTY K ELIMINACI PORODNICKÉHO NÁSILÍ

Odborná veřejnost nabízí mnoho způsobů, kterými můžeme přispět k přirozenému porodu a kterými můžeme komplikovaný porod udělat co nejméně traumatizující. Následující výčet jistě není vyčerpávající, ale představuje ty nejdostupnější a nejjednodušší cesty.

### Podpora přirozeného porodu

Porod za normálních okolností přichází a probíhá neplánovaně a nedobrovolně. Pokud nějaký proces probíhá sám o sobě, nejlepším řešením je ponechat mu volný průběh, nezasahovat do něj. (Odent, 1995) V posledních letech je čím dál více zjevné aktivní hutí žen, které se o porod zajímají, chtějí se ho účastnit aktivně, chtějí rozhodovat o okolnostech jeho průběhu, i o svém těle. Snaží se měnit pohled společnosti, obzvláště mužů, na porod jako takový i na ženu (Odent, 1995). Podpora přirozeného porodu je důležitá pro ženy, rodiny i celou společnost. (Walsh, 2012)

O propagaci přirozeného porodu se zasloužila řada odborníků: britský porodník Grantly Dick-Read, který byl znepokojený nadužíváním analgetik a vyvíjel úsilí ke zmírnění strachu a zvládnání porodních bolestí. Dále přispěl lékař Fernand Lamaze, jež doporučil speciální techniky dýchání. Pozornost se zaměřila i na novorozence díky francouzskému lékaři Frédericku Leboyerovi. Podle něj je zásadní, aby novorozenec prožil porod co možná nejjemněji, bezbolestně a aby byl pro něj přechod z nitroděložního života pozvolný, k čemuž potřebuje šero, ticho, teplo a kontakt s matkou. Významnou osobností na poli přirozeného porodu je francouzský porodník, původně chirurg, Michel Odent. Ten se snažil připravit stejně tak jemné a klidné prostředí pro porod rodičkám, tak, aby mohly naplno popustit své instinkty. Existují však i protichůdné názory. Například Roztočil je přesvědčený, že prostředí pro porod se v přirozené již změnilo dostatečně, a přístup, který navrhuje Leboyer a Odent považuje za nevhodný a nereálný. Snaží se tím naznačit, že moderní technologie nám mohou pomoci a nelze se spoléhat výhradně jen na přírodu. (Roztočil et al, 2017)

Porod je prožitek nejen tělesný, ale i duševní. Ženy, které jsou uvolněné, nechají se unášet porodním procesem a následují své instinkty, mají mnohem lepší průběh porodu než ženy,

kteří při porodu prožívají strach nebo nepohodlí. K instinktivnímu chování během porodu nabádá i Labusová a Frydrychová. Rodičky povzbuzují, aby jedly, pily a měnily polohy tak, jak to cítí. (Labusová, Frydrychová, 2002) Odent ženy podněcuje ke vnímání signálů vlastního těla. Z toho důvodu nedoporučuje přípravy na porod, kde se ženy „učí“ různé techniky a kde je jim předkládán univerzální obraz „správného“ způsobu porodu. (Odent, 1995)

## Etická péče, empatie a důvěra

Etika je filosofickou disciplínou, která se zabývá podstatou morálky a možnostmi volby založenými na individuálních hodnotách každého jednotlivce. (Žaloudík, 2014) Následování základních etických principů ve zdravotnické praxi je nezbytné k tomu, abychom předešli zneužívání medicíny či jejího provozování v neprospěch pacientů. (Stehlíková, 2014)

Je přirozené, že každý pacient od lékaře očekává pochopení, laskavý přístup a jasnou komunikaci. (Stehlíková, 2014; Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011) Zdravotníci však často nejsou příliš ochotni s pacienty mluvit. Je to jednak velmi vyčerpávající, jednak mnohdy neví jak. (Ptáček, 2014) Problém je i v tom, že se do zdravotnictví dostávají i lidé, kteří nejsou schopni registrovat potřeby ženy během porodu a adekvátně na ně reagovat. Žena je pak postavena úplně mimo situaci. (Silva Carvalho, Santana Brito, 2017) Za určitých okolností nižší míra empatie lékařům pomáhá lépe zvládat stres a předcházet tak syndromu vyhoření a zároveň výrazně zvyšuje efektivitu jejich práce. Neplatí tedy, že tito lékaři jsou automaticky nelidští. Je však třeba, aby si pozorně hlídali onu hranici. (Smetáčková, Barakzihyová, Francová, Hnilica, 2014) Nelze se naučit empatii, pouze empatické reakci. Nepředstavuje souhlas, nýbrž snahu o pochopení pocitů druhého. V interakci s pacientem nemá místo ani zlehčování, srovnávání, rady či otázky. Každý má právo prožívat to, co prožívá. Když emoce druhého začneme hodnotit, je to známkou toho, že je nerespektujeme a nutíme mu svůj názor. Navrátilová přirovnává empatickou reakci k náplasti, kterou přiložíme na ránu. Nejprve musíme počkat, až se krvácení zastaví, a až poté můžeme ránu ošetřit, respektive podávat informace, které je rodička už schopna racionálně zpracovat. (Navrátilová, 2017)



Jedním ze současných problémů je i zdravotnická hantýrka, kdy je o pacientech mluveno jako o diagnózách a číslech. Jak zdravotník o pacientech mluví, tak o nich začne i smýšlet. I proto se z péče vytrácí lidskost. (Ptáček, 2014) Označení ženy jako ‚těhotné‘, ‚rodičky‘, ‚nedělky‘ začíná být zastaralé. Její označení jako ‚pacientky‘ je zase nepřesné, pokud se jedná o ženu ve fyziologickém stavu. Nejpřesnější se zdá být označení ‚klientka‘, které však zase zdravotnictví jako takové posouvá do jiné roviny. (Pařízek, 2017)

Lékaři jsou v nelehké roli. Snad více než u kterékoliv jiné profese, je u nich očekávána upřímnost, slušnost, čisté svědomí, vysoký morální kredit a absolutně se u nich nepřipouští vědomá lež. I díky tomu má lékařská profese takovou prestiž. Zklamání lékařem však způsobí, že žádné z výše uvedených vlastností nemohou zlomenou důvěru napravit. Opakovaně špatná zkušenost a ztráta důvěry ve více lékařů vede ke ztrátě důvěry v celý zdravotnický systém. K nedůvěře dojde snadno, zpět se však navozuje obtížně. Žaloudík připomíná, že lékař může pochybit i z pouhé neznalosti, která je neomluvitelná. I v tomto případě jde o svědomí lékaře v tom smyslu, že musí dbát na své vzdělávání a informovanost o aktualitách ve svém oboru. Ochota a zájem vzdělávat se je tedy otázkou svědomí každého lékaře. (Žaloudík, 2014) I Kubek apeluje na důvěru mezi zdravotníkem a pacientem. Nejde o pouhé nabízení a využívání služeb. (Kubek, 2014) Důvěra je základem vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Bez důvěry nemůže být komunikace a bez ní nemůže být dobře poskytována péče. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011) Překvapivě je pro pacienty důležitější důvěra než znalosti lékaře. To jen ukazuje, jak moc pacient touží po individuální a laskavé péči. (Ptáček, 2014)

Stálý výbor evropských lékařů (CPME), do kterého patří i Česká lékařská komora, sestavil tři hlavní doporučení pro etické provozování lékařské praxe, a to v oblasti souhlasu, důvěrnosti a lidských práv. Tento dokument byl vypracován na základě návrhu doporučení základních osnov výuky etiky v biomedicině od Organizace pro vzdělávání, vědu a kulturu při Organizaci spojených národů (OSN). (Stehlíková, 2014) Munzarová považuje za nutné, aby lékař pečoval o své ctnosti a chránil je. Důvěra, nezištnost, čestnost, soucit a pochopení, odvaha čelit komercializaci, opatrnost, a rozvážnost by měla být součástí osobnosti každého lékaře. Lékařská etika je ohrožena externími vlivy a zájmy a je nutné, aby lékař věděl, na které straně stojí. (Munzarová, 2014) Ptáček poukazuje na to, že se v moderní medicíně postupně vytrácí empatie již během studia. Apeluje na budoucí

i současné lékaře, že je nutné se jí učit, jelikož bez empatie nelze poskytovat péči úspěšně. Schopnost správné komunikace by měla být na stejné úrovni jako odborné dovednosti. (Ptáček, 2014; Francová, Hnilica, 2014) Munzarová se domnívá, že dnešní biomedicínský model je nutné nahradit bio-psycho-sociálním. (Munzarová, 2013) Ženy by neměly na porod vzpomínat jako na nepříjemný zážitek. Porod by se měl změnit z aktu násilí na akt lásky, a být tak prožitkem radosti a hlubokého naplnění. Z jeho atmosféry mohou čerpat nejen ženy a jejich děti, ale každý, kdo je přítomen u tohoto významného okamžiku. (Kitzinger, 2006)

### Svoboda volby okolností porodu

Řada odborníků již dnes apeluje na zdravotníky a vyzývá je k poskytování citlivé a respektující péče. (Souza, Rattner, Gubert, 2017) Samozřejmě to zahrnuje i poskytnutí svobody v uspokojení potřeb. I Roztočil ve své nedávné publikaci píše, že u fyziologického porodu je výhodnější vertikální poloha, zajištění klidu, pološera a soukromí v maximální možné míře a omezení ostrých pachů. Konstatuje, že dnes vzrůstá poptávka po přirozeném porodu a nelze nadále vést technokratický přístup bez akceptování psychologické stránky porodu. Znepokojuje ho, že rodička je dnes často objektem porodu, než jeho aktivním článkem, který se na něm podílí. Zdravotníci bývají zaskočení, když žena odmítá některé intervence a má svou představu o porodu. Obvykle je reakcí zdravotníků nátlak, což u ženy vyvolává pocity viny a selhání, které je tíží ještě dlouho po porodu. Pochopitelně pak přehodnocuje okolnosti svého dalšího porodu. Již vzniká řada iniciativ, které se snaží prosadit přirozený porod. Vesměs jsou založeny na modelech přejatých ze západních zemí, kde je přístup k porodům v tomto smyslu rozvinutější. U nás například webový portál Babyweb.cz sestavil na základě světových doporučení „Desatero přirozeného porodu v porodnici“ (viz příloha č. 1). Jeho cílem je spojit respektující přístup a bezpečnost. (Roztočil et al, 2017)

Žena by měla mít i možnost volby místa porodu. Porodní domy jsou dobrým kompromisem mezi domácím prostředím a nemocnicí. Péči zde poskytují zpravidla porodní asistentky. Porodní domy nabízí kvalitní technické zázemí a možnost rychlého transportu do blízké porodnice. Řada žen volí porod doma. Často proto, že v nemocnicích nebývá umožněn a respektován nepřerušovaný kontakt matky a dítěte po porodu a jejich

kontakt a sžívání jsou běžně narušovány i během pobytu na oddělení šestinedělí. (Zlatohlávková, 2014)

Rodička se během porodu obvykle setkává s velkým množstvím lidí. Každé setkání s cizí osobou přirozeně přináší určitý stres, natož když se žena nachází v tak citlivé situaci jakou je porod. Proto je pro ni velká úleva, když má u sebe blízkou osobu, která ji bude během porodu opečovávat, zprostředkovávat komunikaci s personálem a řešit případné nepříjemné situace, které by během porodu vznikly. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011) Mnoha výzkumy již bylo prokázáno, že doprovázející osoba, jež je na svou roli připravena, přispívá k hladkému průběhu porodu. Její přítomnost bývá též značnou pomocí pro zdravotníky. (WHO, 1999; Labusová, Frydrychová, 2002)

### Kooperativní komunikace

Špatná nebo nedostatečná komunikace je příčinou většiny stížností na zdravotníky a problémů, které vznikají při kontaktu zdravotníka s pacientem. (Stehlíková, 2014; Zima, 2014; Krejčíková, 2015) Naopak správná komunikace je účinnou prevencí porušení lidských práv a následných žalob. (Stehlíková, 2014; Krejčíková, 2015; Navrátilová, 2017)

Znaky respektující komunikace jsou empatie, zaměření se na problém, objektivní posouzení, vyjádření spoluúčasti, podpora, dostatek informací, množnost volby. Výsledkem je pocit bezpečí a kompetentnosti u rodičky. Empatický přístup má svá pravidla, mezi něž se řadí aktivní naslouchání, pojmenování řečeného bez posuzování, reflektování chování rodičky, diskuze o přáních rodičky a jejich rozvíjení v představách, snaha o maximální odstranění příčin nepohody, vyjádření podpory. Základem je prostý popis situace, kdy ženě dáme najevo, že si uvědomujeme její potřeby. Dále podáváme informace, čímž jí poskytujeme větší kontrolu nad situací. Informace pochopitelně musí být srozumitelné, přiměřené a pravdivé. Je nutné vyhnout se cíleným lžím. Případný požadavek formulujeme jako to, co je žádoucí, ne to, co žádoucí není. Žena vždy musí mít možnost výběru a to bez manipulací a podsouvání. Vhodné je požádat ženu o zpětnou vazbu, čímž o ni jevíme zájem, poskytneme jí prostor pro ventilování emocí a sdělení pocitů, které následně akceptujeme. Správná komunikace navozuje klidnou atmosféru a předchází závažným konfliktům. (Navrátilová, 2017) Personál díky ní s ženou navazuje

transparentní vztah a připravuje pole pro úspěšnou spolupráci. Komunikace by měla být za všech okolností respektující, bez autoritativních rysů, jako jsou nevyžádané rady, poučování a napomínání. Ústřední roli by mělo hrát podávání dostatečných informací srozumitelným způsobem, ověřování, zda informace byly pochopeny, a povzbuzování k dalším dotazům. Žena musí nabýt pocitu, že se na personál může bez obav obrátit. (Fendrychová, Borek, 2012) Ženy, se kterými je vedena náležitá komunikace a jsou povzbuzovány ke zpětné vazbě, mají tendenci lépe spolupracovat, efektivněji se podílet na péči a brát více v úvahu doporučení lékaře. (Ptáček et al, 2013)

Javůrková a Raudenská shrnují důležité body správné komunikace zdravotníka s pacientem: oslovení příjmením či titulem, představení se jménem a funkcí, sdělení účelu návštěvy, informace o plánu péče, poskytnutí prostoru pro dotazy. Během vlastní komunikace by se zdravotník měl vyvarovat odborných a slangových termínů a veškerá sdělení formulovat pozitivně. Také by si měl neustále klást otázky: „Jak se chovám?“ „Jak si myslím, že se chovám?“ „Jak bych se měl chovat?“ (Raudenská, Javůrková, 2011) Hrešanová doporučení doplňuje výzvou k péči o matku a dítě jako o jednotku. Vybízí k respektování jejich intimity a soukromí a k aktivnímu naslouchání. Nemocnicím dále doporučuje organizování komunikačních kurzů, cílenou prevenci syndromu vyhoření, dohled na vhodnou komunikaci i mezi zdravotníky navzájem, zájem o zpětnou vazbu a umožnění přítomnosti blízké osoby v případě, že v porodnici nejsou kapacitní možnosti personálu. Nabádá také k pokračování ve výzkumech problematiky spokojenosti žen v porodnicích, které poskytují obraz aktuální situace. (Hrešanová, 2011)

Maximum možných informací o porodu a chodu oddělení by žena měla dostat ještě před samotným porodem. Včetně vyplňování dokumentů. Zdravotník by měl projevit zájem o zpětnou vazbu, ověřit si, zda žena informace správně pochopila, a vytvářet podpůrnou atmosféru. Choulostivá témata by měla být řešena taktním způsobem a v soukromí. Pokud požadavky ženy zdravotník není schopen naplnit, měl by jí vysvětlit proč. Se ženami, které již přináší své nastudované informace, je vhodné diskutovat a ocenit jejich snahu. Při příchodu ženy do porodnice se zdravotník musí představit, podat jí ruku, seznámit ji se svou rolí, s harmonogramem a uspořádáním oddělení. To vše v rodičce vyvolává pocit jistoty a bezpečného zázemí. Mělo by být také běžnou praxí, že zdravotník zjistí, jak si rodička průběh porodu představuje, jaké postupy a intervence upřednostňuje

a jakým by se naopak ráda vyhnula. Měl by ji seznámit se zvyklostmi pracoviště, vysvětlit účel a možná rizika intervencí a zjistit, zda s těmito zákroky žena souhlasí. Během porodu by žena měla být průběžně zpravována o tom, jak se situace jeví a jak se pravděpodobně bude vyvíjet. Na ženu by během porodu zdravotníci měli mluvit co nejméně, aby se mohla plně soustředit. Měla by obdržet pouze nezbytné informace a to v té chvíli, kdy je schopná vnímat. Rodičky totiž mají při komplikacích obvykle tendence tvořit si katastrofické scénáře. Proto je v případě nenadálých změn nanejvýš nutné ženě stručně vysvětlit, co se děje a jak bude situace řešena. Žena by měla během porodu obdržet pokud možno pouze pozitivní zpětnou vazbu, podporu. Když tráví čas bez přítomnosti zdravotníka, je jeho povinností ji seznámit s tím, jak ho může v případě potřeby přivolat. Pokud se po porodu u dítěte vyskytnou komplikace, je potřeba se orientovat v situaci, vědět, kde novorozenec bude a jaký je plánovaný postup, a zajistit kontakt matky s dítětem. Zdravotník by si vždy měl vyžádat souhlas matky s manipulací s dítětem. Je zásadní podávat matce jednotné informace, poskytnout individuální přístup a zajistit klidnou atmosféru. Žena je po porodu velmi citlivá a zranitelná. Prahne po laskavé komunikaci a potřebuje být informovaná. Depresivním ženám je nutné věnovat pozornost o to více. (Takács, Pečená, 2015)

Komunikativním dovednostem je třeba se naučit. Komunikace musí být přizpůsobena stavu a rozumovým schopnostem pacienta, v kontextu aktuálního stavu a zájmu pacienta. (Ptáček et al, 2013) Každý zdravotník by měl pečovat o své duševní zdraví a zdokonalovat své komunikační schopnosti. K tomu, aby zdravotník mohl rodičku podpořit, potřebuje sám mít pocit bezpečí a jistoty. Strach a úzkost jsou často příčinou neuvážených zásahů a zbytečného dramatisování situace. To škodí všem zúčastněným, nejvíce samotné rodičce, která se tak ocitá ve vysoce stresující situaci. Správná komunikace může v neposlední řadě předejít zbytečným technickým a farmakologickým intervencím. (Mrowetz, Chrástilová, Antalová, 2011)

## Příprava k porodu

„Porodní plán“ je souhrn představ o průběhu porodu a přání, které nastávající rodiče mají. Poskytuje personálu stručný přehled představ a individuálních potřeb dané ženy a zároveň ji umožňuje lépe poznat. V českých porodnicích jsou naneštěstí porodní plány vnímány zdravotníky jako útok na jejich odbornost či jako prostředek vynucující individuální

přístup. Nutno poznamenat, že porodní plán by neměl být sestaven jako dogma, jako plán, který musí být do detailu splněn. Měl by pouze nastínit přání konkrétní ženy a navést personál k tomu, aby v rámci možností a s ohledem na situaci rodiče maximálně vyhověl. (Labusová, Frydrychová, 2002)

## Bonding

Vzhledem k nejnovějším výzkumům se separace matky a dítěte po porodu stává čím dál více nemyslitelná. V některých státech je kontakt matky s dítětem tak samozřejmý, že se v zahraničí vžil pojem ‚motherbaby‘, jež je prezentuje jako nedělitelnou jednotku.

První společné okamžiky, první setkání matky a dítěte tváří v tvář, představují nesmírně důležitý moment pro oba. (Labusová, Frydrychová, 2002) Bezprostřední kontakt matky a dítěte zapouští hluboké kořeny do jejich společného vztahu. Ženy potvrzují, že pro ně je tato chvíle velmi silná a vrývá se jim silně do paměti. (Odent, 2013) Novorozenec je na setkání s matkou plně připraven nejen hormonálně, ale i psychicky. Z výpovědí lidí, kteří si na své narození vzpomínají, vyplývá, že se nesmírně toužili setkat se svou matkou a být v její náruči. Naopak nesli velmi těžce, když jí byli odebráni. Pociťovali zmatenost a ztrátu bezpečí. (Chamberlain, 2013) Novorozenec je po přirozeném porodu ideálně vybaven k prvnímu přisátí, ke zdárné adaptaci i k navázání vztahu s matkou. (WHO, 1999; Odent, 2014) Je vybaven úžasnými reflexy, které mu k tomu dopomohou. Mezi známější patří ‚breast crawl‘, kdy je schopen doplazit se k prsu. Dalším je vypátrání bradavky pomocí čichu a zraku. Mezi méně známější patří schopnost poznat tvář vlastní matky. Přestože ji nikdy neviděl, je později schopen mezi různými tvářemi rozpoznat právě tu její. A to i bez ohledu na to, zda je ona tou první, kterou po porodu spatřil. (Chamberlain, 2013) V kontextu těchto poznatků není těžké si uvědomit, jak devastující vliv mají zásahy, které narušují přirozené mechanismy porodu a kontakt matky s dítětem.

Během porodu byl celý proces řízen ‚hormonálním koktejlem‘, avšak v jeho závěru role hormonů zdaleka nekončí. I v šestinedělí se silně uplatňují hormony oxytocin, prolaktin a endorfiny. Jednou z vlastností opiátů je vyvolání závislosti. Po porodu, během kterého byla matka i dítě pod vlivem přirozených opiátů (endorfinů), se na sobě přirozeně stávají závislými. (Odent, 2013) Je tak tedy připravené pole pro další přirozené mechanismy.

Termín ‚bonding‘ pochází z anglického jazyka a znamená ‚lepení‘, ‚připoutání‘ či ‚sepětí‘. Označuje proces ‚zamilování se‘, navazování vztahu mezi matkou a dítětem po jeho narození. Jejich vztah je samozřejmě budován už během těhotenství. Základy emočních vazeb a láskyplného vztahu mezi matkou a dítětem v době porodu vrcholí, a je tak nesmírně důležité, aby tento proces proběhl. Hormonální nastavení ženě umožňuje být i po dlouhém vyčerpávajícím porodu plná energie. Kontakt s novorozencem dále hormony matky koriguje a tento stav udržuje. V případě, že je dítě po porodu ihned odneseno, matka s dítětem jsou separováni, je tak simulována situace, kdy žena o dítě přišla. Klesá u ní hladina hormonů potřebných pro čilost a opečovávání a na ženu tak rychle padne únava a vyčerpání. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

Nezastupitelný význam bondingu ukazuje následný výčet jeho největších benefitů:

- Matka je díky hormonálnímu nastavení připravena o dítě okamžitě pečovat.
- Usnadňuje adaptaci novorozence na mimoděložní prostředí. V případě bondingu dítě neprojevuje známky stresu, je uvolněné a má menší problémy s dýcháním.
- Usnadňuje adaptaci matky na poporodní období a na novou mateřskou roli.
- Umožňuje matce lépe a efektivněji reagovat na potřeby jejího dítěte. Bonding totiž pomáhá rozvoji tzv. ‚zrcadlových neuronů‘, které mají vliv na rozvoj empatie, jak u matky, tak u dítěte.
- Má pozitivní vliv na rozvoj laktace.
- Podpoří sebevědomí a mateřské kompetence ženy.
- Urychluje hojení ran a traumat matky po porodu.
- Snižuje fyzickou bolest u matky i dítěte.
- Snižuje riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy po porodu.
- Zvyšuje šanci na přijetí dítěte s handicapem (lze uplatnit bezpodmínečnou lásku).
- Usnadňuje adaptaci matky na cizí prostředí, cizí osoby a neznámé situace.

(Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

Bezprostřední poporodní kontakt matky a dítěte by měl splňovat deset konkrétních bodů, které jsou uvedeny v příloze č. 2.

Bonding lze podpořit i v situacích, kdy se vyskytnou komplikace. Zde je dokonce ještě více žádoucí, jelikož se matka i novorozenec musí potýkat s mnohem více stresujícími událostmi, než při běžném fyziologickém porodu. Průběh bondingu se vždy musí pochopitelně přizpůsobit vzniklým okolnostem.

**Všeobecně.** Neustálá spolupráce s rodiči. Důsledná informovanost rodičů o stavu dítěte a plánovaných postupech. Pokud matka není ve stavu, kdy může o dítě pečovat (např. operace, bezvědomí aj.), může její roli zastat otec dítěte.

**Novorozenec v inkubátoru.** Teplo matky je vždy efektivnější než uměle vyhřívané lůžko/inkubátor. Avšak za předpokladu, že je zajištěn přímý kontakt kůže na kůži a oba jsou přikryti teplou přikrývkou. Smyslový kontakt: dotekem (hlazení novorozence, držení za ručičku, položení ruky na tělíčko), zrakem (pozorování vlastního dítěte má na matku velice pozitivní vliv), sluchem (mluvení na novorozence, zpívání), čichem (vůně dětské hlavičky spouští v organismu matky pečovatelské sklony a posiluje vztah k dítěti. Stejně tak vůně matky je pro novorozence důležitá. Lze například nechat oblečení matky v inkubátoru.)

**Matka po císařském řezu.** Bohužel, často dochází k separaci v důsledku pobytu matky na pooperačním oddělení. Zde je více než kdy jindy potřeba podpořit její schopnost postarat se o dítě a zajistit jejich pravidelný kontakt. Pokud žena pečuje o novorozence, její rekonvalescence probíhá rychleji a snižuje se riziko možných komplikací. V tomto případě jsou matka i dítě zcela závislí na empatii, ochotě a trpělivosti zdravotnického personálu.

**Spontánní potrat a porod mrtvého dítěte.** Smrt dítěte je pro matku (i otce) velká zátěžová událost. Je velice důležité, aby měli možnost se se svým dítětem rozloučit. Pokud jim to není umožněno, vnímají tuto kapitolu života jako neuzavřenou, prožívají smutek mnohem déle a těžko se s touto ztrátou vyrovnávají. Tím, že dostanou své mrtvé dítě do náruče, mají možnost se s ním seznámit, „zamilovat se“ do něj, společně truchlit, naplno smutek prožít, důstojně se s ním rozloučit a uchovat si na něj živou vzpomínku.



Platí, že pokud má člověk kontrolu nad traumatizující událostí, vede to ke zmírnění traumatu jako takového. V případě, že personál neumožní rozloučení se s mrtvým dítětem, je to považováno za velice hrubé, neetické a nelidské. Na místě je i psychická podpora pozůstalých rodičů, popřípadě kontaktování psychologa, který jim nabídne odbornou pomoc. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

*„Do mateřské náruče patří dítě zdravé, patří do ní dítě nemocné či narozené s problémy. A patří do ní i dítě mrtvé, protože abychom pro někoho mohli truchlit, abychom mohli projít obtížnou fází žalu a smutku, musíme ho nejprve přijmout, poznat a milovat.“*  
(Mrowetz, 2011, 107-108).

Je důležité podotknout, že bonding není všespásný. Ženy by si neměly vyčítat, pokud ho neměly, jelikož za to nemohou. Hojivý kontakt se svým dítětem si mohou dopřávat i dodatečně prostřednictvím ‚klokánkování‘ (kontaktu kůže na kůži). (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

Po porodu jsou matka a novorozenec křehcí a potřebují ochranu, klid a podporu. K tomu Mrowetz používá výstižný termín ‚sociální děloha‘. Je to okruh osob, které matce s dítětem poskytují ochranu, podporu a prostor pro jejich vzájemné poznávání se a sžívání. V porodnici tuto sociální dělohu tvoří zdravotníci, kteří by měli o matku s dítětem pečovat jako o nedělitelnou jednotku. (Mrowetz, 2011)

## Podpora kojení

Kojení přináší benefity matce i dítěti z krátkodobého i dlouhodobého hlediska. A to jak z hlediska výživy, tak ve smyslu nutričním. Díky medicínskému pokroku dnes již známe faktory, které vlastní kojení ohrožují, jeho průběh komplikují a zvyšují tak riziko nepříznivých následků pro zdraví dítěte i matky. V současné době máme velmi dobře vypracovanou metodiku podpory kojení, jež je shrnuta v doporučení WHO (UNICEF). Jedná se o strategii ‚10 kroků k podpoře kojení‘, známou také jako ‚Baby friendly hospital initiative‘ (BFHI), kterou již mnoho nemocnic přijalo za svou. Nepodniknutí kroků k podpoře kojení je v dnešní době, kdy máme tyto dostupné poznatky a ověřená

doporučení, pochybením jak odborným, tak etickým. (Zlatohlávková, 2014) Desatero BFHI je pod přílohou č. 3.

Neonatoložka Zlatohlávková shrnuje současnou převažující praxi. Otcové již mohou do porodnic, novorozenec je často sledován v prvních dvou hodinách po porodu, po tuto dobu není v kontaktu s matkou. Často je jen na malou chvíli dán pochovat matce, k prsu je přiložen velmi výjimečně. Po přesunu matky na oddělení šestinedělí je novorozenec již v její péči díky systému roomig-in. Dětské sestry matkám pomáhají a zaučují je v péči o novorozence. Do porodnice běžně chodí početné návštěvy. Zlatohlávková se oprávněně pozastavuje nad tím, že moderní medicína dosáhla obrovského pokroku v péči o nezralé novorozence, avšak dosud není vytvořen optimální systém péče o fyziologické donošené novorozence. Ti jsou povětšinou záhy po porodu dokrmováni umělým mlékem, než se matce spustí laktace. Ženy často brzy dostávají kloboučky, když je přiložení k prsu neúspěšné, po císařském řezu se zpravidla nepodaří přiložit dítě do dvou hodin, novorozenci se k prsu přikládají zabalení. Zlatohlávková tento stagnující vývoj přičítá nejen nedostatku personálu, prostorovým a finančním překážkám, ale i nedostatečné orientaci personálu v problematice a dlouho přetrvávajícím mýtům. Personál se často hájí, že matka má právo si zvolit, zda bude kojit či nikoliv, avšak touto argumentací ignoruje právo dítěte na kojení. Pokud matka není dostatečně informovaná, nemůže zkrátka informovaný souhlas poskytnout. (Zlatohlávková, 2014)

Vyjma řady významných a známých benefitů, rané přisátí snižuje i míru poporodního krvácení. (Odent, 1995) Podpora brzkého přisátí a následného kojení je nezbytnou povinností zdravotníků. Za tímto účelem by měl být podpořen i maximální kontakt matky a dítěte. Mateřské mléko dítěti poskytuje tu neoptimálnější výživu a kojení umožňuje uspokojit potřebu kontaktu s matkou. (Kantorová, 2012)

### Podpůrné ženské skupiny

Je velmi přínosné, pokud se žena již v těhotenství setkává s ostatními těhotnými ženami a může se sdílet, řešit své obavy, sbírat doporučení. I toto je součástí přípravy na porod a zbavování se strachu. (Labusová, Frydrychová, 2002) Labusová i Geisel doporučují těhotným ženám a ženám po porodu navštěvovat podpůrné skupiny. V době těhotenství

to mohou být předporodní kurzy, cvičení, workshopy a tematické festivaly, kde mohou načerpat spoustu užitečných informací, konzultovat své případné problémy, obavy a plány. Po porodu se ženy často potřebují sdílet, vyměňovat si zkušenosti a vzájemně se podpořit ve svých mateřských kompetencích. (Geisel, 2004)

## Spolupráce lékařů a porodních asistentek

Jak popisuje Vránová, mezi porodníky a porodními asistentkami mohou panovat i velmi dobré vztahy. V minulém století se řada lékařů zasadila o vzdělání PA, dříve porodních bab. Vesměs si jejich umění vážili a vyzdvihovali jejich nezastupitelnou roli v péči o ženu, jejíž těhotenství i porod probíhaly normálně. Byli si vědomi rozdílů obou profesí a respektovali je. (Vránová, 2007)

Příkladem porodníka, který si uvědomuje nezastupitelnou roli porodních asistentek, je například již zmíněný Michel Odent. Všimá si, že porodní asistentka k porodu nepřináší jen odborné znalosti a dovednosti, ale také ženskou sounáležitost, empatii. Už jen její hřejivá přítomnost v ženě vyvolává pocit bezpečí a uvolnění. Odent proto apeluje na snahu o spolupráci a dobré vztahy mezi porodními asistentkami a lékaři. Nejen, že jasné vymezení kompetencí a vstřícná spolupráce usnadňuje personálu činnost a vytváří bezpečné podmínky pro zdárný průběh porodu, ale také přispívá ke klidné a pozitivní atmosféře, kterou rodičky citlivě vnímají (Odent, 1995).

Roztočil sám ve své nedávno vydané publikaci uznává, že bude třeba přehodnotit systém současné péče. S rozvojem doby, kdy je velký přístup k informacím, se rodičky dostávají konečně do aktivní role při porodu. Zastává názor, že zdravotník by měl být rádce, umět nabídnout nejen odborné informace, ale i psychickou podporu. Uznává, že lékař už není jediným odborníkem, který by měl pečovat o těhotnou ženu a vrací tak konečně prostor porodním asistentkám, jako rovnocenným partnerům v péči o těhotné, rodičky a šestinedělky. (Roztočil et al, 2017)

## Kategorizace těhotných

V některých zemích se vžil model péče, která je diferencovaná rizikovostí těhotných a rodiček. Primární péči poskytují soukromé porodní asistentky ženám, které mají

bezproblémové těhotenství a porod, při sekundární péči se v dohledu nad rizikovými rodičkami dělí porodní asistentky s lékaři a terciární péči poskytuje výhradně lékař, a to ženám, které jsou zatížené vysokým zdravotním rizikem. Tento model péče se velice osvědčil v mnoha směrech. Je přehledný, levný, přináší rodičkám péči adekvátní k jejich potřebám a upravuje vyvážené vztahy mezi porodními asistentkami a lékaři. Za neexistencí tohoto praktického modelu v České republice je zřejmě nevěle našeho současného systému provádět změny. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

## Vzdělávání zdravotníků

Pro poskytování kvalitní a humánní péče je nezbytné vzdělávání zdravotníků v oblasti etiky a komunikace. (Rodrigues et al, 2018) Studenti ve zdravotnictví hrají významnou roli v prevenci porodnického násilí poskytováním respektující péče. Mohou nabídnout podporu rodiče a také informovat ženy o jejich právech. (Rubashkin, Minckas, 2018) Pokud si zdravotníci již záhy osvojí poskytování péče založené na důkazech, kvalita péče a její výsledky výrazně stoupnou. Osvědčené techniky ke zlepšování péče jsou například simulace situací, týmová cvičení a možnost diskutovat o rutinních intervencích. (Fritz et al, 2017) Není pravidlem, že zdravotníci páchají násilí úmyslně. Mohou se ho dopouštět nebo se na něm podílet i zcela neúmyslně a nechtěně. V tomto ohledu jsou i tito zdravotníci jistým způsobem oběťmi systému. (Cohen Shabot, 2016) Tím spíše musí o porodnickém násilí vědět, aby se na něm nevědomě nepodíleli. (Charles, 2011) Je potřeba je již během studia vzdělávat tak, aby mu byli schopni předcházet. (Suaia, Serra, 2016; Borges, 2018; Pintado Cucarella, Penagos Corzo, Casas Arellano, 2015)

## **6 ZAKOTVENÍ PROBLEMATIKY V RÁMCOVÉM VZDĚLÁVACÍM PROGRAMU PRO OBOR ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT**

Školy by měly přijmout zodpovědnost a informovat studenty o porodnickém násilí i o násilí obecně, seznámit je s různými typy situací tak, aby byli schopni adekvátně reagovat. Především by je na měly na situace připravit, aby věděli, který model jednání je správný, a předešly tak tomu, že si osvojí špatné vzorce chování. (Rubashkin, Minckas, 2018)

V souladu s třetím hlavním cílem práce jsem se zavázala zjistit jakým způsobem je problematika komunikace a etiky zařazena do učebních osnov oboru Zdravotnický asistent (53-41-M/01). Vzhledem ke specifičnosti tématu porodnického násilí nepředpokládám, že bude součástí učiva na středních zdravotnických školách v této podobě. Z teoretické části práce vzešly hlavní pilíře prevence porodnického násilí a násilí jako takového, a to důraz na komunikaci a etiku. Proto jsem se zaměřila na tyto dvě konkrétní oblasti.

Při tvorbě této kapitoly jsem vycházela z Rámcového vzdělávacího programu (RVP) pro obor Zdravotnický asistent.

*Hlavní cíl č. 3: Zjistit, jakým způsobem je problematika komunikace a etiky zařazena do učebních osnov oboru Zdravotnický asistent.*

Zjistila jsem, že problematika komunikace a etiky je v Rámcovém vzdělávacím programu (RVP) zahrnuta pod učivo Psychologie a Společenské vědy. Tato kapitola nabízí přehled všech oblastí, které žáky vedou ke vzdělání ve dvou uvedených oblastech.

Téma komunikace a etiky je vyučováno v rámci vzdělávacích oblastí Společenskovední vzdělání a Sociální vztahy a dovednosti. Každá z těchto oblastí má doporučenou minimální týdenní hodinovou dotaci 5 vyučovacích hodin.

V rámci *Cílů středního odborného vzdělávání* jsou žáci vzdělávání následovně:

**Učit se žít společně, učit se žít s ostatními, tj. umět spolupracovat s ostatními, být schopen podílet se na životě společnosti a nalézt v ní své místo (d)**

Vzdělávání směřuje k:

- tomu, aby žáci respektovali lidský život a jeho trvání jako vysokou hodnotu;
- vytváření úcty k živé i neživé přírodě, k ochraně a zlepšování přírodního a ostatního životního prostředí a k chápání globálních problémů světa;
- prohlubování osobnostní, národnostní a občanské identity žáků, jejich připravenosti tuto identitu chránit, ale současně také respektovat identitu jiných lidí;
- tomu, aby se žáci ve vztahu k jiným lidem oprostili od předsudků, xenofobie, intolerance, rasismu, agresivního nacionalismu, etnické, náboženské a jiné nesnášlivosti;
- utváření slušného a odpovědného chování žáků v souladu s morálními zásadami a pravidly společenského chování;
- tomu, aby žáci cítili potřebu aktivně se zapojit do občanského života a spolupracovat na zachování demokracie a jejím zdokonalování, aby jednali v souladu se strategií udržitelného rozvoje;
- rozvoji komunikativních dovedností žáků a dovedností potřebných pro hodnotný partnerský život i pro život v širším (pracovním, rodinném, zájmovém aj.) kolektivu.

V rámci *Klíčových kompetencí* jsou žáci vzdělávání následovně:

### **Personální a sociální kompetence (d)**

Vzdělávání směřuje k tomu, aby absolventi byli připraveni stanovovat si na základě poznání své osobnosti přiměřené cíle osobního rozvoje v oblasti zájmové i pracovní, pečovat o své zdraví, spolupracovat s ostatními a přispívat k utváření vhodných mezilidských vztahů, tzn. že absolventi by měli:

- posuzovat reálně své fyzické a duševní možnosti, odhadovat důsledky svého jednání a chování v různých situacích;
- stanovovat si cíle a priority podle svých osobních schopností, zájmové a pracovní orientace a životních podmínek;
- reagovat adekvátně na hodnocení svého vystupování a způsobu jednání ze strany jiných lidí, přijímat radu i kritiku;
- ověřovat si získané poznatky, kriticky zvažovat názory, postoje a jednání jiných lidí;
- mít odpovědný vztah ke svému zdraví, pečovat o svůj fyzický i duševní rozvoj, být si vědomi důsledků nezdravého životního stylu a závislosti;
- adaptovat se na měnící se životní a pracovní podmínky a podle svých schopností a možností je pozitivně ovlivňovat, být připraveni řešit své sociální i ekonomické záležitosti, být finančně gramotní;
- pracovat v týmu a podílet se na realizaci společných pracovních a jiných činností;
- přijímat a odpovědně plnit svěřené úkoly;
- podněcovat práci týmu vlastními návrhy na zlepšení práce a řešení úkolů, nezaujatě zvažovat návrhy druhých;
- přispívat k vytváření vstřícných mezilidských vztahů a k předcházení osobním konfliktům, nepodléhat předsudkům a stereotypům v přístupu k druhým.

## **Občanské kompetence a kulturní povědomí (e)**

Vzdělávání směřuje k tomu, aby absolventi uznávali hodnoty a postoje podstatné pro život v demokratické společnosti a dodržovali je, jednali v souladu s udržitelným rozvojem a podporovali hodnoty národní, evropské i světové kultury, tzn. že absolventi by měli:

- jednat odpovědně, samostatně a iniciativně nejen ve vlastním zájmu, ale i ve veřejném zájmu;
- dodržovat zákony, respektovat práva a osobnost druhých lidí (popř. jejich kulturní specifika), vystupovat proti nesnášenlivosti, xenofobii a diskriminaci;
- jednat v souladu s morálními principy a zásadami společenského chování, přispívat k uplatňování hodnot demokracie;
- uvědomovat si – v rámci plurality a multikulturního soužití – vlastní kulturní, národní a osobnostní identitu, přistupovat s aktivní tolerancí k identitě druhých;
- zajímat se aktivně o politické a společenské dění u nás a ve světě;
- chápat význam životního prostředí pro člověka a jednat v duchu udržitelného rozvoje;
- uznávat hodnotu života, uvědomovat si odpovědnost za vlastní život a spoluodpovědnost při zabezpečování ochrany života a zdraví ostatních;
- uznávat tradice a hodnoty svého národa, chápat jeho minulost i současnost v evropském a světovém kontextu;
- podporovat hodnoty místní, národní, evropské i světové kultury a mít k nim vytvořen pozitivní vztah.



V rámci *Odborných kompetencí* jsou žáci vzdělávání následovně:

**Snaha o nejvyšší kvalitu své práce, výrobků nebo služeb, tzn. aby absolventi (d)**

- chápali kvalitu jako významný nástroj konkurenceschopnosti a dobrého jména podniku;
- dodržovali stanovené normy (standarty) a předpisy související se systémem řízení jakosti zavedeným na pracovišti;
- dbali na zabezpečování parametrů (standardů) kvality procesů, výrobků nebo služeb, zohledňovali požadavky klienta (zákazníka, občana).

V rámci *Průřezových témat* jsou žáci vzdělávání následovně:

**Občan v demokratické společnosti (8.1)**

Mimo jiné jsou žáci vedeni k tomu, aby:

- měli vhodnou míru sebevědomí, sebeodpovědnosti a schopnost morálního úsudku;
- byli připraveni si klást základní existenční otázky a hledat na ně odpovědi a řešení;
- hledali kompromisy mezi osobní svobodou a sociální odpovědností a byli kriticky tolerantní;
- byli schopni odolávat myšlenkové manipulaci;
- dovedli se orientovat v mediálních obsazích, kriticky je hodnotit a optimálně využívat masová média pro své různé potřeby;
- dovedli jednat s lidmi, diskutovat o citlivých nebo kontroverzních otázkách, hledat kompromisní řešení;
- byli ochotni se angažovat nejen pro vlastní prospěch, ale i pro veřejné zájmy a ve prospěch lidí v jiných zemích a na jiných kontinentech;

- vážili si materiálních a duchovních hodnot, dobrého životního prostředí a snažili se je chránit a zachovat pro budoucí generace.

## **Sociální vztahy a dovednosti**

Učivo: *Komunikace*

*Výsledky vzdělávání:*

- komunikuje s pacienty vhodným způsobem s ohledem na jejich věk, osobnost a zdravotní stav a s vědomím respektování národnostních, náboženských, jazykových a jiných odlišností zejména vlivu sociokulturního prostředí;
- dodržuje zásady zdravotnické etiky a společenského chování;
- dodržuje práva pacientů;
- pomáhá pacientům překonávat problémy spojené s nemocí a udržovat kontakt s vnějším prostředím;
- respektuje zásady komunikace se smyslově i tělesně handicapovanými;
- je si vědom důležitosti naslouchání a umění naslouchat;
- identifikuje významy neverbálních signálů a dokáže kontrolovat svůj neverbální projev.

## Společenskovědní vzdělání

Učivo: *Člověk a svět (praktická filozofie)*

*Tematické celky:*

- co řeší filozofie a filozofická etika
- význam filozofie a etiky v životě člověka, jejich smysl pro řešení životních situací
- etika a její předmět, základní pojmy etiky; morálka, mravní hodnoty a normy, mravní rozhodování a odpovědnost
- životní postoje a hodnotová orientace, člověk mezi touhou po vlastním štěstí a angažováním se pro obecné dobro a pro pomoc jiným lidem

*Výsledky vzdělávání:*

- vysvětlí, jaké otázky řeší filozofie, filozofická etika;
- dovede používat vybraný pojmový aparát, který byl součástí učiva;
- dovede pracovat s jemu obsahově a formálně dostupnými texty;
- debatuje o praktických filozofických a etických otázkách (ze života kolem sebe, z kauz známých z médií, z krásné literatury a jiných druhů umění);
- vysvětlí, proč jsou lidé za své názory, postoje a jednání odpovědni jiným lidem.

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. 2008. *RVP pro obor vzdělání 53-41-M/01 Zdravotnický asistent. Základ pro poskytování ošetrovatelské péče.* Národní ústav odborného vzdělávání. [online]. 47-48 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://zpd.nuov.cz/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnicky%20asistent.pdf>

## **EMPIRICKÁ ČÁST**

## 7 METODIKA

Mým původním záměrem bylo provést smíšený výzkum. Kvantitativním šetřením jsem chtěla zjistit zkušenosti žen s porodnickým násilím a kvalitativní případovou studii dokreslit porodnické násilí v jeho surové podobě. Po realizaci kvantitativního výzkumu jsem však svůj původní záměr přehodnotila, jelikož jsem získala takové množství dat a v takové kvalitě, že je pro potřeby této diplomové práce považuji za naprosto dostačující.

Během tvorby empirické části práce jsem se opírala především o publikace Chráska a Kočvarové *Kvantitativní design v pedagogických výzkumech začínajících akademických pracovníků* (2014) a *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech* (2015).

### Charakteristika zkoumaného souboru

Pro účast ve výzkumu bylo nutné stanovit kritéria zkoumaného souboru. Oslovila jsem ženy, které porodily v porodnici, vaginálně, v České republice v období let 2000 až 2016 a domnívají se, že zažily porodnické násilí.

Pochopitelně jsem nezahrnula mimonemocniční porody, z pouhé povahy tématu práce. Rozhodla jsem se nezařadit do souboru ženy, které porodily císařským řezem, jelikož by to velice komplikovalo sestavení výzkumného nástroje a vyhodnocení dat. Porod mohl proběhnout pouze na území České republiky, jelikož mne zajímal pouze místní stav péče. Časové rozmezí jsem zvolila od roku 2000 na základě zaměření diplomové práce, která pojednává o porodnickém násilí na počátku 21. století. Chtěla jsem tak zaznamenat stav péče po celé toto období. Rozmezí je uzavřeno rokem 2016 z důvodu, že určitý odstup od porodu byl z psychologického hlediska žádoucí.

### Organizace výzkumného šetření

Před začátkem tvorby práce jsem studovala vstupní odbornou literaturu, abych se v problematice lépe zorientovala a mohla si vytvořit pevný rámec vlastní práce. Následně jsem pokračovala v podrobném studiu publikací a odborných článků, které jsem

pomocí předem stanovených klíčových slov vyhledala prostřednictvím on-line databází EBSCO, PubMed, ProQuest a Science Direct.

Pro výzkumnou část práce byly stanoveny problémy a hypotézy. A následně byl vybrán výzkumný nástroj - dotazník. Jednotlivé položky dotazníku jsem průběžně sestavovala na základě poznatků z teoretické části práce a svých zkušeností v oboru. Mým cílem bylo zaměřit se na nejpodstatnější prvky porodnického násilí, se kterými se ženy mohly setkat. Původní počet položek dotazníku byl 98, postupně byl zredukován na 42. Vlastní dotazník jsem převedla do elektronické podoby v programu Survio. Elektronickou formu dotazníku jsem zvolila z několika důvodů. Jednak bylo mým cílem získat informace pokud možno ze všech krajů České republiky a nebylo by v mých časových ani finančních možnostech dotazníky distribuovat po republice v tištěné podobě. Dále jsem měla jistotu, že všechny dotazníky budou vyplněné správně, jelikož nelze zvolit více odpovědí nebo na otázku neodpovědět, když to program neumožňuje. Dalším důvodem bylo snadné a automatické vyhodnocení dat, což bylo časově nenáročné a minimalizovalo to riziko chyb způsobených lidským faktorem.

Pečlivě jsem zvážila možné benefity i nevýhody výzkumného nástroje, na které upozorňují například Chráska a Kočvarová. Dle jejich doporučení jsem se důsledně zaměřila na různé aspekty ovlivňující kvalitu dotazníku tak, aby splnil očekávaný účel. (Chráska, Kočvarová, 2015)

Nejprve jsem považovala za důležité provést pilotní šetření, kdy jsem zjišťovala, jak bude možné dotazník sdílet. Ženy jsem plánovala oslovit prostřednictvím Facebooku, jedné z největších sociálních sítí. Doufala jsem, že se mi tak podaří zaujmout velký počet respondentek. Dotazník také bylo možné snadno šířit metodou řetězového výběru. Kontaktovala jsem správce pěti skupin, ve kterých se sdružují potenciální respondentky. Sdílení dotazníku mi bylo ve třech skupinách povoleno. Správci zbylých dvou skupin mi neodpověděli.

Následně jsem provedla předvýzkum k odhalení případných nedostatků dotazníku. Tohoto šetření se zúčastnilo pět žen a každá mi poskytla cennou zpětnou vazbu. Podařilo se tak odhalit dvě otázky, které nenabízely požadovanou odpověď, a jednu otázku, kterou jsem

měla omylem nastavenou jako povinnou, přestože v ní byly respondentky vyzvány, že mohou pokračovat bez odpovědi.

Dotazník jsem na základě odhalených chyb opravila a přistoupila jsem k vlastnímu výzkumu, který probíhal od 21. 5. do 3. 6. 2018. Snažila jsem se maximálně zajistit anonymitu respondentek, proto jsem je vyzvala, aby případné dotazy nebo připomínky směřovaly do soukromého e-mailu, který jsem si pro tento účel založila. Neozvala se mi žádná respondentka s tím, že by měla problém s vyplněním dotazníku. Což přičítám úspěšnému předvýzkumu. Napsalo mi však několik respondentek s dotazem, zda mohou dotazník vyplnit i v případě, že rodily císařským řezem. Nato jsem jim vysvětlila, proč nemohou. Byly zklamané a vyjádřily přání se takového výzkumu zúčastnit, kdyby existoval. Nevím, jak je to možné, ale přesto, že dotazník byl koncipován pouze na vaginální porody, některým respondentkám po císařském řezu se jej přesto podařilo vyplnit. Po ukončení sběru odpovědí pak tyto byly vyřazené.

Po vyřazení chybně vyplněných dotazníků bylo k dispozici ke zpracování 431 odpovědí.

## Provedené studie k problematice porodnického násilí

### **Projekt Psychosociální klima porodnice očima rodičky – teorie a diagnostika**

Navazuje na projekt Kvalita očima pacientů, který však byl koncipován pro všechna oddělení nemocnice totožně. Odbornice Takács, Seidlerová, Horáková Hoskovcová, Šulová, Štětovská, Zejdová a Kolumpková za podpory Grantové agentury Univerzity Karlovy zorganizovaly mezi červnem 2011 a dubnem 2012 v ČR rozsáhlou studii zaměřenou na spokojenost rodiček s péčí na porodnickém oddělení a na poporodním oddělení. Výzkumu se zúčastnilo 1195 rodiček, které porodily v letech 2005-2012.

Ženy v rámci studie hodnotily následujících 6 dimenzí: vstřícnost a empatii porodních asistentek a lékařů, nadřazenost a nedostatek zájmu, fyzické pohodlí a služby, kontrolu a podíl na rozhodování, podávání informací a dostupnost zdravotníků. S porodnickým oddělením, tedy péčí během porodu bylo zcela spokojených 70 % žen, na oddělení šestinedělí 61 % žen. Na porodnickém oddělení byly nejvíce spokojené s čistotou prostor, nejméně s podílem na rozhodování o sobě a o zákrocích během porodu. Na oddělení

šestinedělí nejvíce oceňovaly, že mohly být neustále v kontaktu s miminkem, naopak jim vadil nedostatek zájmu ze strany personálu, neosobní přístup a zasahování řádu oddělení do péče o dítě, zejména vyrušování při kojení.

Všeobecně byly ženy spokojenější s porodními asistentkami než s lékaři. Udávají, že porodní asistentky byly empatičtější, podpůrnější, více respektující stud a soukromí, ochotnější, vstřícnější, osobnější, více partnerské. Autoři toto zjištění doplňují tím, že současný systém péče neumožňuje lékařům trávit s rodičkou tolik času a věnovat se jí tak očekávaným způsobem jako mohou porodní asistentky. I toto tedy mohlo hrát roli.

Ženy byly vesměs spokojenější s péčí a všemi aspekty v menších nemocnicích ve srovnání s nemocnicemi fakultními. Udávají, že ve fakultních porodnicích mohly méně spolurozhodovat o průběhu porodu a zdravotníci byli více nadřazení a lhostejní.

Co se týká jednotlivých porodnic podle krajů, vyšší hodnocení získaly porodnice ve Středočeském, Plzeňském, Libereckém, Moravskoslezském a Zlínském kraji. Nejnižší hodnocení si vysloužily porodnice v Praze.

Z celkového shrnutí studie vyplývá, že české porodnictví pokulhává v oblasti zapojování rodiček do procesu porodu, nedostatečného poskytování informací a nerespektování přání žen ohledně průběhu jejich porodu. Dále, že je nedostatečná psychická podpora při i po porodu, a to zejména ve fakultních porodnicích. Ve srovnání s hodnocením pacientů na ostatních odděleních nemocnic je spokojenost zde také nižší. Při porodu je potřeba ženě poskytnout svobodu, respektovat její představy, přání, komunikovat s ní. Také je důležité neprovádět rutinní zásahy bez předchozího upozornění a bez souhlasu ženy a bez informací o zákroku. Důležité je respektovat stud a soukromí. Ženy by neměly vyplňovat dokumenty v nepříznivém stavu, během kontrakcí (50 % případů). Mnoho žen si stěžovalo na nejednotné a nejasné informace nebo jejich nedostatek. Byly zaznamenány neaktuální poznatky, zejména u staršího personálu. Problémem byla i nedosažitelnost personálu (40 % případů) a nedostatečná pomoc s kojením. Prvorodičky byly vcelku více nespokojené, dostávaly méně informací a častěji zažívaly separaci dítěte. Vstřícné a empatické zdravotníky potkalo během porodu jen 50 % žen, neopak lhostejné a nadřazené 40 % žen. Autorky doporučují výcvik pro zdravotníky v oblasti komunikace



a opatření k prevenci syndromu vyhoření, jelikož se jedná o velmi náročnou práci a zdravotníci jsou často emočně vypjatí. Dodávají, že ženy jsou po porodu vnímavější a zranitelnější. Navíc nejsou ‚pacientkami‘ v pravém slova smyslu, proto v porodnici předpokládají partnerský přístup více než kdekoliv jinde.

(Takács et al, 2012)

### **Hodnocení porodní péče z perspektivy českých žen**

Ema Hrešanová provedla v období 2004-2007 etnografický výzkum dvou porodnic, kde shromažďovala zkušenosti žen s porodnicemi formou rozhovorů. Výzkumy odhalily, že se rodičky v českých porodnicích setkaly s nevhodnou komunikací a nepodpůrným prostředím. Ženy otevřeně sdělují své zkušenosti. Můžeme nalézt zmínky o ženách, které se musely péče doprošovat nebo se personálu zavděčit, aby byly uspokojeny jejich potřeby. Ve velké míře pociťovaly nedostatek laskavých projevů (úsměv...). Také zažívaly nedůstojné jednání a omezování jejich svobody v rozhodování. Materiální prostředí bylo sice vyhovující, ale komunikace nedostatečná. Ženy popsané problémy vnímaly jako systémový problém, nikoliv jako selhání zdravotníků samotných. Sdělovaly, že je jsou ochotny do jisté míry pochopit, ale na druhou stranu nepřicházely do porodnic proto, aby soucítily s personálem. Ženy měly velký informační deficit, jelikož komunikace byla nedostatečná. Když se informací dožadovaly, byly přesměrované na jiného zdravotníka. Při péči o své dítě se nedočkaly pomoci ani rady a někdy jim byly určité informace, například o dokrmování umělým mlékem, zatajovány. Přesto všechno nejbolestněji vnímaly odloučení od dítěte. (Hrešanová, 2011)

### **Celonárodní výzkum Respektující péče v porodnicích**

Výzkum organizuje Cecily Begley a Deirdre Daly ve spolupráci s porodní asistentkou Natálií Sedlickou. Výzkumným nástrojem je dotazník v elektronické verzi. Dotazník sestává z 66 podrobných otázek, které jsou zaměřené na intervence v porodnicích, komunikaci s personálem a spokojenost s jednotlivými aspekty péče. Více informací o průzkumu nemohu nyní poskytnout, jelikož stále probíhá. Jeho předpokládané ukončení je koncem roku 2018.

## 8 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

V této kapitole jsem se řídila základním schématem postupu, kdy je nejdříve stanoven problém a na jeho základě formulována hypotéza. Ta je následně testována a vede ke konkrétnímu závěru. (Chráska, Kočvarová, 2014)

### Formulace výzkumných problémů

#### DESKRIPTIVNÍ

Jaké jsou současné poznatky o problematice porodnického násilí?

S jakými typy násilí ze strany personálu se rodičky v průběhu porodu v porodnici setkávají? Jaké intenzity násilí personálu vůči rodičkám v průběhu porodu v porodnici dosahuje?

Jakým způsobem je problematika komunikace a etiky zařazena do učebních osnov oboru Zdravotnický asistent.

#### RELAČNÍ

- 1) Jaký je vztah mezi charakterem porodu rodičky v porodnici a jejím pocitem dostatečné informovanosti v jeho průběhu?
- 2) Jaká je souvislost mezi paritou rodičky, jež hodnotí průběh porodu v porodnici negativně, a její potřebou vyhledání psychologa po tomto porodu?
- 3) Jaký má vliv chování, jednání a vyjadřování personálu během porodu v porodnici na postoj rodičky k jejímu dalšímu porodu?

## Formulace hypotéz

### VĚCNÉ

- 1) Rodičky, jejichž porod v porodnici byl vyvolávaný nebo operativně zakončený, se cítí být v jeho průběhu více informované personálem než ženy, jejichž porod započal i skončil spontánně.
- 2) Z žen, které zpětně hodnotí průběh svého porodu v porodnici negativně, cítí větší potřebu vyhledání psychologa prvorodičky než vícerodičky.
- 3) Rodičky, které byly spokojené s chováním, jednáním a vyjadřováním personálu během porodu, nemají tendenci uvažovat o odlišných okolnostech jejich dalšího porodu, na rozdíl od rodiček, které s chováním, jednáním a vyjadřováním personálu během porodu spokojené nebyly.

### STATISTICKÉ

#### **H<sub>0</sub>1)**

Rodičky se cítí být informované personálem v průběhu porodu srovnatelně v případě vyvolávaného či operativně ukončeného porodu i spontánně započatého a zakončeného porodu.

#### **H<sub>A</sub>1)**

Rodičky, jejichž porod v porodnici započal i skončil spontánně, se cítí být v jeho průběhu více informované personálem než ženy, jejichž porod byl vyvolávaný nebo operativně zakončený.

**H<sub>0</sub>2)**

Mezi potřebou vyhledání psychologa prvorodičkami a vícerodičkami, jež zpětně hodnotí průběh svého porodu v porodnici negativně, není statisticky významný rozdíl.

**H<sub>A</sub>2)**

Z žen, které zpětně hodnotí průběh svého porodu v porodnici negativně, cítí větší potřebu vyhledání psychologa vícerodičky než prvorodičky.

**H<sub>0</sub>3)**

Rodičky, které byly spokojené s chováním, jednáním a vyjadřováním personálu během porodu, a rodičky, které s ním spokojené nebyly, nevykazují statisticky významný rozdíl v postoji k dalšímu porodu.

**H<sub>A</sub>3)**

Rodičky, které byly spokojené s chováním, jednáním a vyjadřováním personálu během porodu, a rodičky, které s ním spokojené nebyly, vykazují statisticky významný rozdíl v postoji k dalšímu porodu.

## Testování a výsledky hypotéz

Organizace výzkumného šetření a následné zpracování výsledků probíhalo ve spolupráci se statistikem z Masarykovy univerzity v Brně.

K otestování statistických hypotéz byly využity čtyřpolní kontingenční tabulky. Aby však bylo možné z kontingenčních tabulek získat čtyřpolní tabulky bylo potřeba některé možnosti sloučit. Jak proběhlo sestavení kontingenčních tabulek, sloučení možností a sestavení čtyřpolních kontingenčních tabulek přibližuje tato kapitola. V jejím závěru jsou představeny výsledky testování hypotéz.

## PŘENOS DAT DO KONTINGENČNÍCH TABULEK

### Hypotéza č. 1

První hypotéza vznikla sdružením dotazníkových položek č. 4 (*Jaký byl charakter Vašeho porodu?*) a č. 26 (*Cítila jste se po celou dobu porodu dostatečně informovaná?*).

Kvůli zjednodušení byly odpovědi v položce č. 4 sloučeny následujícím způsobem tak, aby vznikly dvě možnosti: Odpověď „spontánně započatý“ byla ponechána. Možnosti „vyvolávaný“, „spontánně započatý a operativně zakončený“ a „vyvolávaný a operativně zakončený“ byly sloučeny v jednu – „vyvolávaný/operativní“. Možnost „nevím jaký“ byla vyloučena. U položky 26 byly ponechány všechny možnosti, tedy „rozhodně ano“ (RA), „spíše ano“ (SA), „nevím/nedokážu posoudit“ (N), „spíše ne“ (SN) a „rozhodně ne“ (RN).

Tabulka č. 1.1.1 - Charakter porodu - absolutní četnost

Charakter porodu	Pocit dostatečné informovanosti v průběhu porodu					
	RA	SA	N	SN	RN	
spontánní	20	52	29	119	73	293
vyvolávaný/operativní	6	21	9	48	54	138
	26	73	38	167	127	431

Tabulka č. 1.1.2 - Charakter porodu - relativní četnost

Charakter porodu	Pocit dostatečné informovanosti v průběhu porodu				
	RA	SA	N	SN	RN
spontánní	4,6%	12,1%	6,7%	27,6%	16,9%
vyvolávaný/operativní	1,4%	4,9%	2,1%	11,1%	12,5%

K uplatnění čtyřpolních tabulek byly v položce č. 26 sloučeny odpovědi „rozhodně ano“ a „spíše ano“ a vytvořena skupina „ano“. Dále byly sloučeny odpovědi „rozhodně ne“ a „ne“ a vytvořena skupina „ne“. Odpověď „nevím“ byla zanedbána.

Tabulka č. 1.2.1 - Charakter porodu - absolutní četnost ve čtyřpolní tabulce

Charakter porodu	Pocit dostatečné informovanosti v průběhu porodu		
	ano	ne	
spontánní	72	192	
vyvolávaný/operativní	27	102	
			393

Tabulka č. 1.2.2 - Charakter porodu - relativní četnost ve čtyřpolní tabulce

Charakter porodu	Pocit dostatečné informovanosti v průběhu porodu	
	ano	ne
spontánní	18,3%	48,9%
vyvolávaný/operativní	6,9%	26,0%

## Hypotéza č. 2

Na tomto místě byla zkoumána souvislost dotazníkových položek č. 3 (*Kolikátý v pořadí byl tento Váš popisovaný porod?*) a č. 35 (*Cítíte se po porodu (bezprostředně či s delším odstupem), že byste potřebovala pomoc psychologa?*)

Položka č. 3 nabízí pouze dvě možnosti: „první“ (prvorodička) a „druhý a více“ (vícerodička). Možnosti z položky 35 byly ponechány v plném znění.

Tabulka č. 2.1.1 - Parita - absolutní četnost

Parita	Potřeba vyhledání psychologa po porodu					
	ano a vyhledala jsem ho	ano, mám v plánu ho vyhledat	ano, ale nevyhledala jsem ho	ne, necítala jsem potřebu vyhledat psychologa	Nevím /nedokážu posoudit	
prvorodička	37	10	143	155	18	363
vícerodička	4	0	18	43	3	68
	41	10	161	198	21	431

Tabulka č. 2.1.2 - Parita - relativní četnost

Parita	Potřeba vyhledání psychologa po porodu				
	ano a vyhledala jsem ho	ano, mám v plánu ho vyhledat	ano, ale nevyhledala jsem ho	ne, necítila jsem potřebu vyhledat psychologa	Nevím /nedokážu posoudit
prvorodička	8,6%	2,3%	33,2%	36,0%	4,2%
vícero dička	0,9%	0,0%	4,2%	10,0%	0,7%

K vytvoření čtyřpolní tabulky bylo v položce č. 35 opět nutné sloučit možnosti. Jednu skupinu nazvanou „ano“ tvořily odpovědi „ano a vyhledala jsem ho“, „ano, mám v plánu ho vyhledat“ a „ano, ale nevyhledala jsem ho“. Druhá odpověď „ne, necítila jsem potřebu vyhledat psychologa“ byla ponechána a označena „ne“. Možnost „nevím/nedokážu posoudit“ byla zanedbána.

Tabulka č. 2.2.1 - Parita - absolutní četnost ve čtyřpolní tabulce

Parita	Potřeba vyhledání psychologa po porodu		
	ano	ne	
prvorodička	190	155	
vícero dička	22	43	
			410

Tabulka č. 2.2.2 - Parita - relativní četnost ve čtyřpolní tabulce

Parita	Potřeba vyhledání psychologa po porodu	
	ano	ne
prvorodička	46,3%	37,8%
vícero dička	5,4%	10,5%

### Hypotéza č. 3

Zde jsou porovnány vztahy položek č. 39 (*Jak změnil průběh Vašeho porodu v porodnici postoj k dalšímu porodu?*) a č. 23 (*Jaký typ chování, jednání a vyjadřování ze strany personálu jste během porodu zažila?*).

Položka č. 39 nabízí mnoho možností, které jsou navíc obsáhle popsány. V zájmu zjednodušení a přehlednosti byly vytvořeny následující nové skupiny: První skupina

označená jako „beze změny postoje“ představuje zachovanou možnost „Nezměnil, příště bych opět rodila v porodnici“. Druhá skupina nazvaná „příště za jiných okolností“ obsahuje možnosti „příště bych opět rodila v porodnici a doufala bych v lepší okolnosti, vstřícnější personál a příjemnější atmosféru“, „příště bych opět rodila v porodnici, ale tentokrát lépe informovaná, případně s doprovodem, který by mi byl oporou a zprostředkovatelem komunikace“, „příště bych rodila v porodním domě“, „příště bych rodila doma se svou porodní asistentkou“, „příště bych byla nucena родit jinde než v porodnici, abych uchránila sebe (a dítě) před případnou další nepříjemnou zkušeností“ a „z dalšího vaginálního porodu mám takový strach, že bych příště upřednostnila plánovaný císařský řez“. Třetí skupina označená „strach otěhotnět“ je stručnou formou polední možnosti „z dalšího porodu mám kvůli špatné zkušenosti takový strach, že se bojím znovu otěhotnět“. Možnosti, které nabízí položka č. 23 byly ponechány: „pouze pozitivní“ (PP), „většinou pozitivní“ (VP), „nemohu posoudit“ (N), „většinou negativní“ (VN) a „pouze negativní“ (PN).

Tabulka č. 3.1.1 - Postoj k dalšímu porodu - absolutní četnost

Postoj k dalšímu porodu	Typ chování, jednání a vyjadřování personálu během porodu					
	PP	VP	N	VN	PN	
beze změny postoje	24	14	0	0	0	38
příště za jiných okolností	21	147	79	88	13	348
strach otěhotnět	0	10	12	13	10	45
	45	171	91	101	23	431

Tabulka č. 3.1.2 - Postoj k dalšímu porodu - relativní četnost

Postoj k dalšímu porodu	Typ chování, jednání a vyjadřování personálu během porodu				
	PP	VP	N	VN	PN
beze změny postoje	5,6%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%
příště za jiných okolností	4,9%	34,1%	18,3%	20,4%	3,0%
strach otěhotnět	0,0%	2,3%	2,8%	3,0%	2,3%

Pro čtyřpolní kontingenční tabulku bylo opět potřeba sloučit všechny možnosti do počtu 2X2. Z položky č. 39 byla ponechána možnost „beze změny postoje“. Druhou skupinu „změna postoje“ tvořily původní skupiny „příště za jiných okolností“ a „strach otěhotnět“. Odpovědi z položky č. 23 byly modifikovány podobným způsobem jako u hypotézy č. 1.



Ze skupin „PP“ a „VP“ vznikla nová nazvaná „spokojené“, ze skupin „VN“ a „PN“ byla vytvořena druhá paralelní skupina „nespokojené“. Tak jako u předchozích bodů, byla i zde možnost „N“ vyloučena.

Tabulka č. 3.2.1 - Postoj k dalšímu porodu - absolutní četnost ve čtyřpolní tabulce

Postoj k dalšímu porodu	Typ chování, jednání a vyjadřování personálu během porodu		
	spokojené	nespokojené	
beze změny postoje	38	0	
změna postoje	178	124	
			340

Tabulka č. 3.2.2 - Postoj k dalšímu porodu - relativní četnost ve čtyřpolní tabulce

Postoj k dalšímu porodu	Typ chování, jednání a vyjadřování personálu během porodu	
	spokojené	nespokojené
beze změny postoje	11,2%	0,0%
změna postoje	52,4%	36,5%

## TESTOVÁNÍ A VÝSLEDKY HYPOTÉZ

Samotné testování proběhlo dle algoritmu, který popisuje Budíková (2010). V prvním kroku jsem stanovila statistické hypotézy, které byly poté testovány. Než však bylo uskutečněno vlastní testování, bylo nutné ověřit předpoklady aproximace, které ukázaly, zda lze metodu použít. Výsledky testování shrnuje následující tabulka:

Tabulka č. 4 – Testování hypotéz

HYPOTÉZA	REALIZACE TESTOVÉHO KRITÉRIA	VYHODNOCENÍ
Hypotéza č. 1	1,85	Nezamítá $H_0$
Hypotéza č. 2	9,87	Zamítá $H_0$
Hypotéza č. 3	24,5	Zamítá $H_0$

Z tabulky je jasně patrné, že výsledky testování hypotézy č. 1 neprokázaly závislost mezi informovaností rodiček při vyvolaném či spontánním porodu (realizace testového kritéria neleží v kritickém oboru). Obě skupiny rodiček jsou tedy informovány stejně.

**Hypotézu č. 2** nelze pomocí této metody věrohodně ověřit, neboť nebyly splněny podmínky aproximace, které jsou pro daný test nezbytné. Nicméně pokud by bylo testování dokončeno z výsledku bychom se dozvěděli, že existuje závislost mezi potřebou vyhledání psychologa u prvorodiček a vícerodiček. Konkrétně, pokud je žena prvorodička, pak patrně cítí větší potřebu vyhledání psychologa po porodu, než je tomu u vícerodiček. Zde je potřeba upozornit, že díky nesplnění předpokladů testu je nutné tento závěr vzít s velkou rezervou.

U **hypotézy č. 3** došlo k zamítnutí nulové hypotézy (realizace testového kritéria leží v kritickém oboru), tím pádem jsme schopni říct, že pokud rodičky nebyly spokojené s chováním, jednáním a vyjadřováním personálu během porodu, mají tendenci uvažovat o odlišných okolnostech jejich dalšího porodu.

## Souhrnné výsledky dotazníkového šetření

Jednotlivé položky výzkumného nástroje byly pro sběr odpovědí seřazeny chronologicky, tak, aby jako celek zachovaly posloupnost porodního děje. Záměrem tohoto řazení bylo usnadnění vyplňování dotazníku respondentkami, které se tak v duchu vrátily ke svému porodu a ‚prožily‘ ho od začátku do konce. Lépe si tak mohly vzpomenout na jednotlivé detaily.

Pro vlastní vyhodnocení výsledků jsou položky řazeny dle pěti kategorií (*Obecné údaje, Komunikace, Doporučené postupy, Psychické aspekty a Fyzické aspekty*) a opět byla snaha zachovat jistou logiku a posloupnost. Číslo před každou položkou značí její pořadí v dotazníku. Už během tvorby výzkumného nástroje jsem si stanovila pět hlavních kategorií, které by se v praktické části měly promítnout. Každá z nich je zde samostatnou podkapitolou a kategorie je vymezena v jejím úvodu. Nutno podotknout, že se charakter některých položek výrazně prolíná a nelze je tak striktně zařadit pouze do jedné kategorie.

Z důvodu omezeného rozsahu této diplomové práce nejsou uvedeny všechny volné odpovědi. Vždy byl vybrán jen omezený počet, obvykle ty nejužitečnější. Jsou uvedeny u jednotlivých položek v podobě komentářů. V citacích respondentek byly provedeny pouze formální úpravy, včetně diakritiky a oprav technických chyb. Po stránce obsahové, gramatické a pravopisné byly citace záměrně ponechány v původní podobě. Kompletní odpovědi jsou k dispozici v nevázané příloze práce č. 4 *Násilí v porodnictví – výsledky výzkumu*.

Nelze přehlédnout, že mnoho položek spojuje otázka etiky. Mým původním záměrem bylo stanovení ‚Etických aspektů‘ jako samostatné kategorie, avšak po zjištění, že se tyto aspekty vinou napříč celou diplomovou prací a do jisté míry je můžeme vidět u většiny uvedených položek, bych etické aspekty ponechala jako zastřešující prvek celé empirické části.

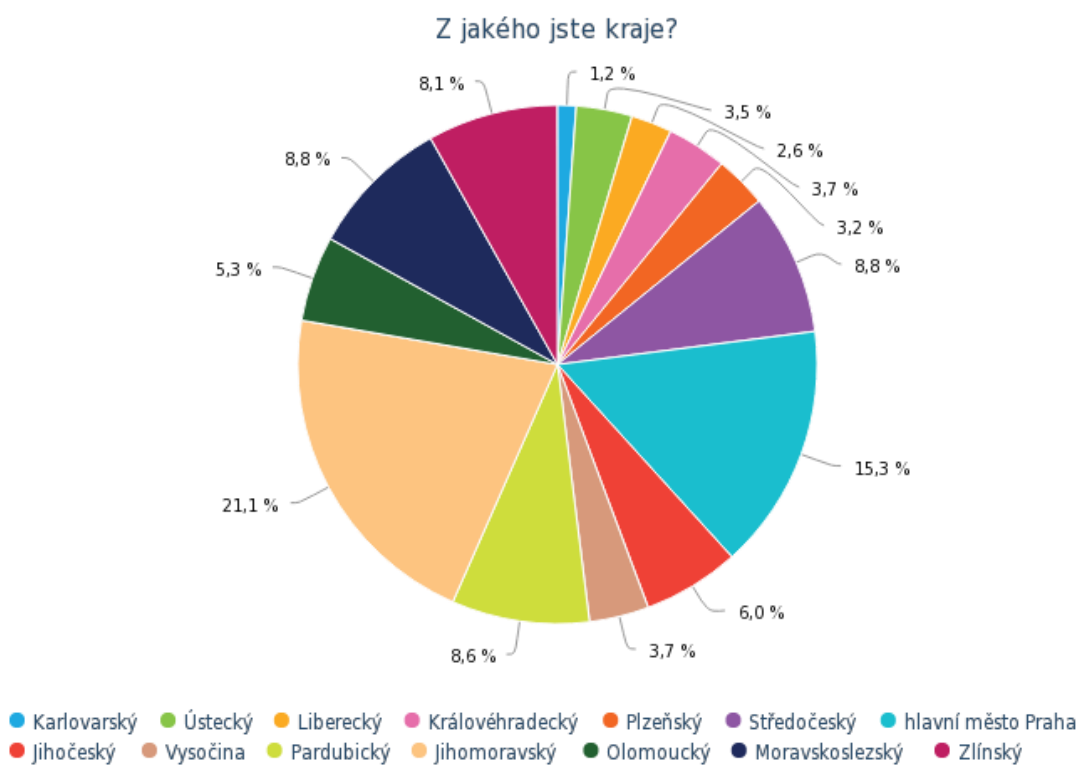
## OBECNÉ ÚDAJE

Do této kategorie spadají položky, které sbírají hrubé informace o respondentkách a jejich porodech a tvoří jistý rámec pro veškeré výsledky. Dále jsou zde položky, které pojaly tak širokou škálu prvků, že jsou nezařaditelné do jedné určité kategorie.

### 1 Z jakého jste kraje?

Jelikož jsem chtěla zmapovat situaci v celé České republice, bylo žádoucí, aby se výzkumu zúčastnily ženy ze všech krajů. Graf č. 1 dokládá, že se záměr podařil. Nejvíce respondentek pochází z kraje Jihomoravského (21,1 %) a z hlavního města Prahy (15,3 %). Nejméně naopak z Karlovarského kraje (1,2 %).

Graf č. 1 - Kraje



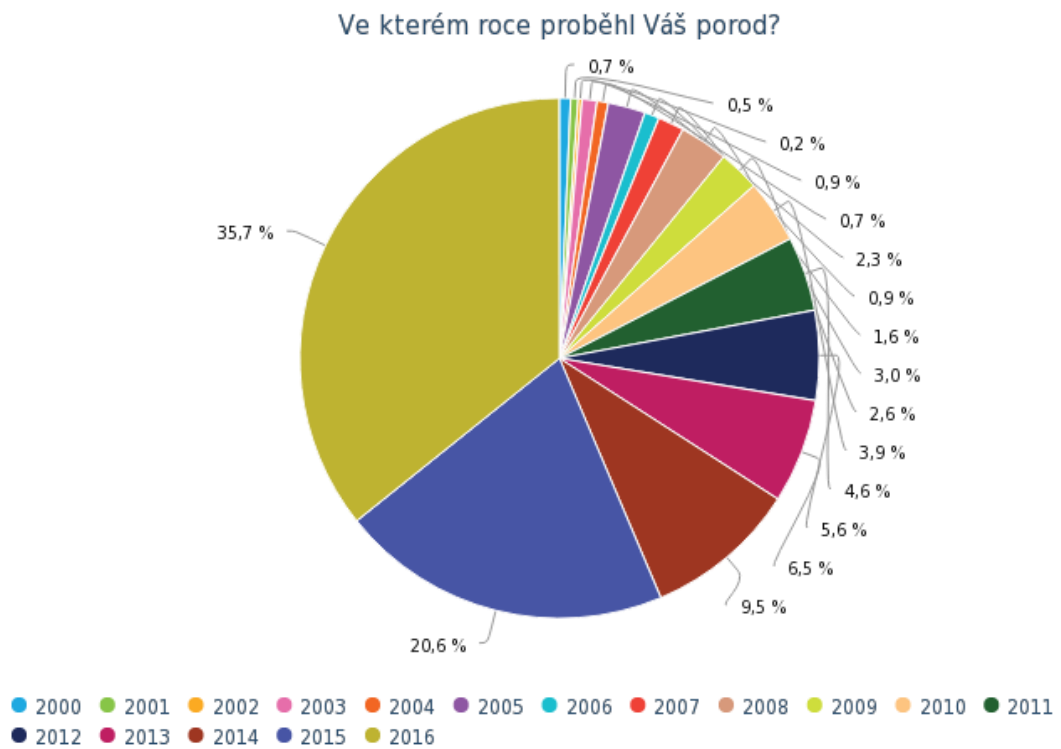
## 2 Ve kterém roce proběhl Váš porod?

Pro účast ve výzkumu jsem stanovila podmínku roku popisovaného porodu v časovém horizontu 2000 až 2016 z několika důvodů. Téma celé diplomové práce jsem zaměřila na situaci českého porodnictví ve 21. století. Dále jsem měla snahu posbírat informace od co největšího počtu žen, k čemuž se nabízelo právě dlouhé časové rozmezí. Časový horizont jsem zakončila rokem 2016 z psychologických důvodů. Předpokládala jsem, že ženy bezprostředně po porodu by zážitky z porodu mohly hodnotit méně objektivně kvůli hormonálním změnám spojeným s porodem. Z mé osobní zkušenosti vyplývá, že ženy bezprostředně po porodu hodnotí nepřiměřené intervence méně kriticky, pod vlivem mateřských hormonů jsou shovívavější a vděčnější, nebo naopak mohou být ve stádiu šoku. Až po několika měsících až letech svůj porod vnímají více realisticky. Tato záležitost je však velice individuální a lze ji těžko univerzálně časově ohraničit. Na základě výsledků zpětně hodnotím stanovené rozmezí jako vyhovující. Z mnoha odpovědí je zjevné, že řada respondentek již měla dostatek času zjistit o svém porodu podrobnosti, příčiny, důvody apod., a některé z nich i aktivně začaly své trauma zpracovávat.

V průběhu fáze sběru odpovědí se mi osobně ozvalo několik žen, které porodily v roce 2017 a 2018 s prosbou o účast ve výzkumu. To bylo z výše uvedených důvodů zamítnuto. Avšak jejich zájem svědčí o touze promluvit o nepříjemné zkušenosti a o jejich schopnosti toto bolestivé téma otevřít již tak brzy po porodu.

Na grafu č. 2 si lze všimnout, že s časovou posloupností nepravidelně roste i počet respondentek. Pouze jedna respondentka (0,2 %) porodila v roce 2002, kdežto v roce 2016 154 respondentek (35,7 %). Tento nepoměr přičítám zejména aktuálnosti vlastního porodu, čerstvosti vzpomínek a možným přetrvávajícím problémům po porodu. Vzrůstající počet respondentek s časovou osou by mohl svědčit i o zhoršujícím se přístupu zdravotníků k porodům a k rodičkám. K potvrzení této domněnky by však byla zapotřebí podrobná komparativní studie. Já osobně spíše pozoruji opačný trend, větší informovanost zdravotníků o psychologii porodu, nutnosti empatické péče a úskalích nadbytečných intervencí.

Graf č. 2 – Rok porodu

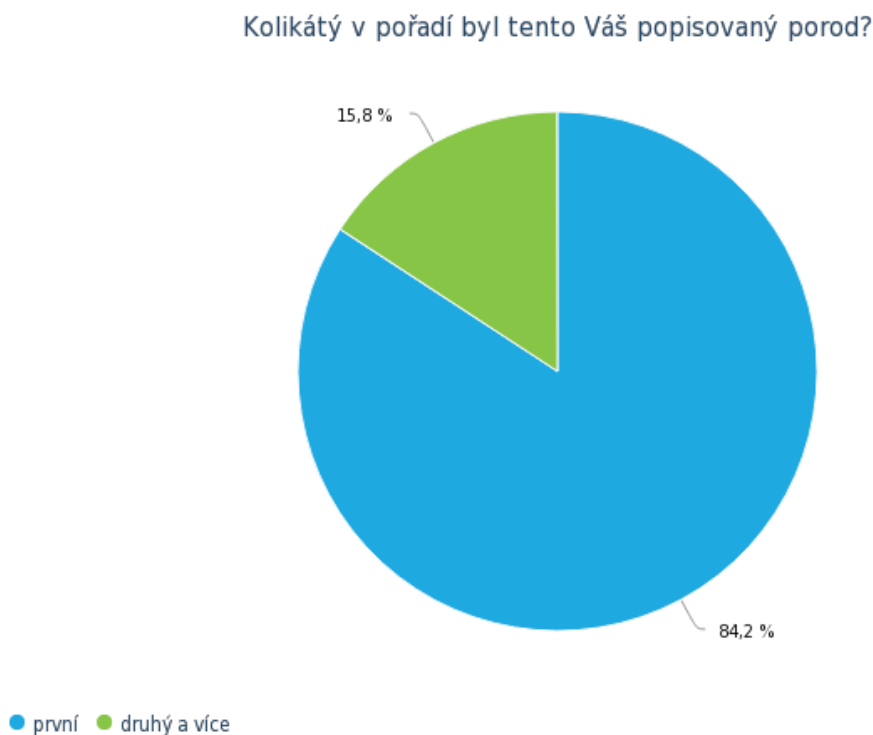


### 3 Kolikátý v pořadí byl tento Váš popisovaný porod?

Zajímalo mne, nakolik se bude lišit zkušenost prvorodiček a vícerodiček, jelikož se jedná o významný faktor. Prvorodičky obvykle potřebují být důsledněji informované. Druhorodičky zase bývají ovlivněné minulou zkušeností a tady rozhoduje, zda byla pozitivní či negativní. Bohužel se mi nepodařil využít plný potenciál této položky. Nabízelo se mnoho možností, jak faktor parity uchopit. Kvůli rozsahu výzkumného nástroje jsem si však nedovolovala pracovat s touto položkou podrobněji.

Na grafu č. 3 mne však zaujala skutečnost, že zúčastněných prvorodiček je tak obrovská převaha (84,2 %) nad vícerodičkami (15,8 %), přestože ty sestávají z více podskupin. Jedním z faktorů může být větší nejistota, úzkostnost a strach z neznámého u žen rodičích poprvé. Druhorodičky už bývají zpravidla více informované, připravené a cílevědomé. Zároveň mne s ohledem na tento nepoměr napadla otázka, jak asi bude žena přistupovat ke svému dalšímu porodu, pokud při tom prvním prožila trauma. A jak to asi v globálním měřítku ovlivní naši společnost.

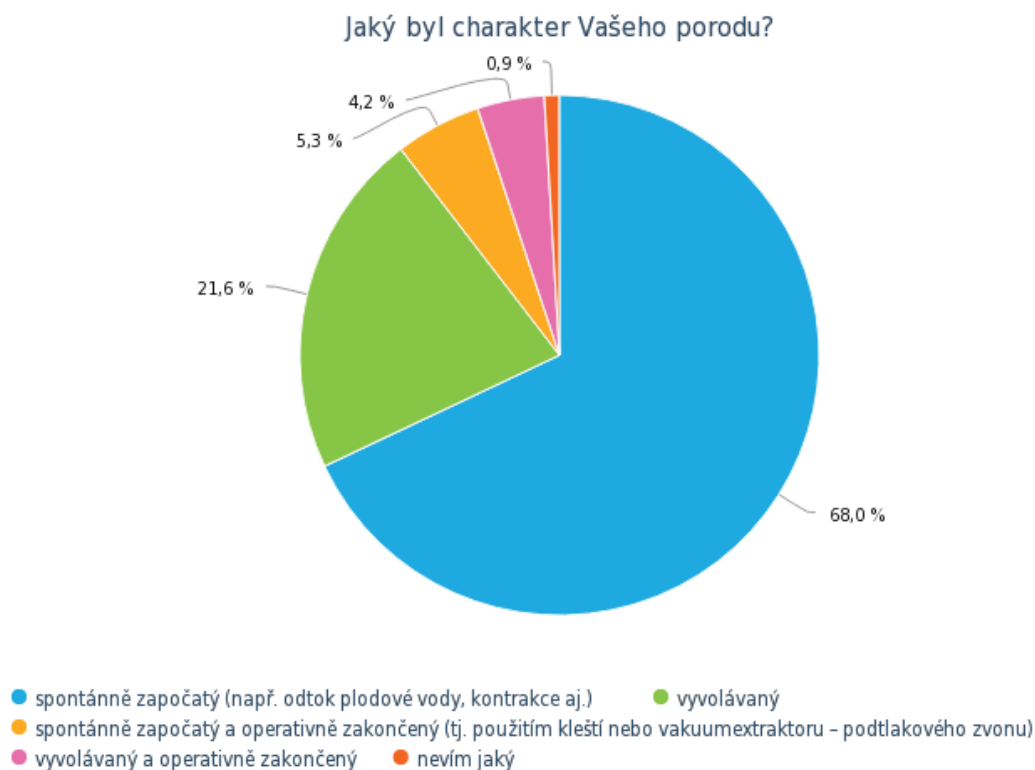
Graf č. 3 – Parita



#### 4 Jaký byl charakter Vašeho porodu?

68,0 % respondentek uvedlo, že jejich porod započal spontánně, což je nejlepší předpoklad k přirozenému a bezpečnému průběhu porodu. Z nějakého důvodu se však tyto porody zkomplikovaly natolik, že je ženy zpětně vnímají jako trauma. V teoretické části práce pojednávám mimo jiné i o tom, že spontánně započatý porod se sám od sebe komplikuje minimálně. Nejčastěji k problémům dochází právě vnějšími zásahy, nevhodnou komunikací, stresujícím prostředím aj. Vyvolávaný porod uvedlo 21,6 % respondentek. Vyvolávání porodu je už samo o sobě pro ženu stresující a bolestivé. Většinou jsou v těchto situacích potřeba další prostředky (analgetika aj.), což jsou další intervence narušující přirozený průběh porodu. U necelé desetiny respondentek (9,5 %) byl porod ukončen operativně. 0,9 % respondentek nevybralo ani jednu z výše uvedených možností, což považuji za důsledek nedostatečné informovanosti ženy během porodu, pokud nevědí, jak jejich porod probíhal.

Graf č. 4 – Charakter porodu





## 5 Kdo Vás k porodu doprovázel?

Největší množství respondentek (76,8 %) k porodu doprovázel jejich partner, což je celkem očekávatelný výsledek. Mnoho jich také uvádí více než jednu osobu (9,0 %), většinou partnera se soukromou porodní asistentkou či partnera s doulou. Výsledek této skupiny je mírně zkreslený chybným vyplněním položky pěti respondentkami ze 39. Třetí nejpočetnější skupina jsou respondentky, které během porodu neměly žádný doprovod (8,8 %). Ve volném vyjádření mne zaujal dovětek jedné respondentky, která si nepřála přítomnost své matky, a přesto ji personál k porodu pustil. Později v jiné položce dodává, že na její nesouhlas reagoval personál tak, „že to není jejich věc a ať se s tím prostě nějak srovnám“.

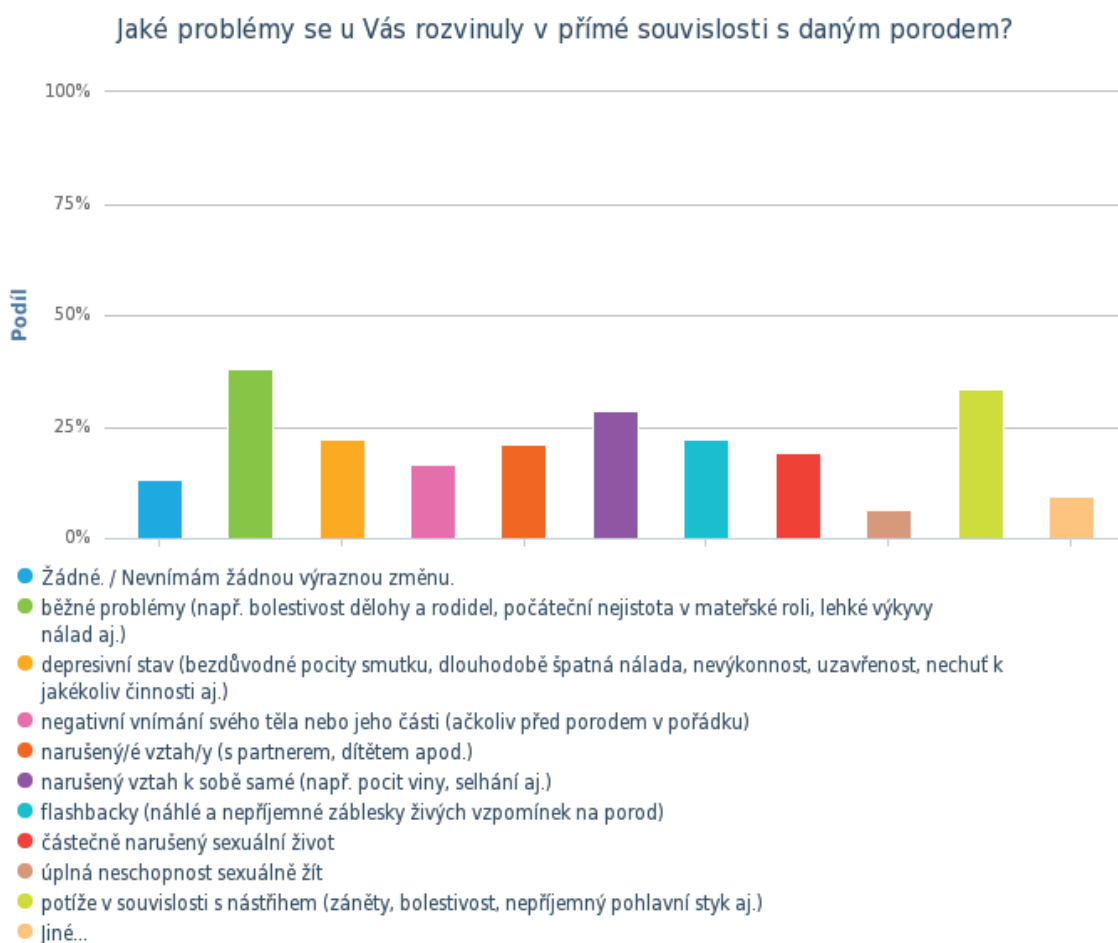
Graf č. 5 – Doprovod rodičky



### 36 Jaké problémy se u Vás rozvinuly v přímé souvislosti s daným porodem?

Běžné poporodní potíže způsobené fyzickými a hormonálními změnami mělo 38,1 % všech respondentek. Jako další problém nejčastěji uváděly potíže v souvislosti s nástřihem (33,6 %), což dokazuje, jak závažný zásah do ženského těla nástřih představuje. Další neuspokojivé zjištění je velké množství respondentek, které měly po porodu narušený vztah k sobě samé (28,5 %). Průběh porodu nepříznivě zasahoval i do vztahů s okolím (20,9 %), do percepce vlastního těla (16,5 %) a zčásti i do sexuálního života (19,3 %). Některé respondentky dokonce nemohly sexuálně žít vůbec (6,5 %). 13,2 % ze všech respondentek neuvedlo žádnou výraznou změnu po porodu. Toto zajímavé zjištění dokládá, že i žena, u níž se po porodu nerozvinuly žádné psychické ani fyzické problémy, může porod zpětně vnímat jako traumatizující.

Graf č. 6 – Problémy po porodu



**40 Prosím, pokud je to možné, popište nejhorší moment Vašeho porodu (z období před, při nebo po něm). Můžete stručně i obsáhle.**

Přestože se jednalo o nepovinnou položku, k mému překvapení se zde sešlo 332 odpovědí (77 %). Dvě z nich jsou bezpředmětné, jelikož jejich obsahem je sdělení, že žádný nejhorší moment při porodu nenastal. Ačkoliv jsou popisované situace různé, velice často se opakují zejména oddělení dítěte a matky po porodu, provádění intervencí navzdory jasnému nesouhlasu, provádění zbytečných úkonů navzdory předchozí domluvě a slibu, že provedeny nebudou, a velice hrubě prováděná vyšetření, ošetření a zákroky, konkrétně násilné vytahování placenty a Kristellerova exprese. Napříč všemi odpověďmi je zjevná nedostatečná komunikace a minimální informovanost rodiček, které opakovaně sdělují, že neví, co a proč bylo provedeno. Kvůli ohromnému množství odpovědí jsem vybrala pro ilustraci jen některé z nich. Už ze způsobu a slov, jakými respondentky své prožitky popisují, si lze představit, jak bolestná a hluboká traumata si z porodu odnesly.

**Komentář č. 1.1 – Hrubé fyzické násilí**

*(...) Porod se mi ze strachu zastavil a z fáze vypuzovací se stala pod jejich vedením krvavá fáze „vymačkávací“.*

*Násilné vyšetření při kontrakci přes můj nesouhlas, násilné cévkování přes můj nesouhlas po porodu tělíčka (kp porod), úmyslné štípnutí peanem do rodidel při šití poranění, bez umrtvení. (...)*

*Chtěla jsem porodit v kleče, ale násilím mně čtyři lidé odtáhli na kozu. Mám v háji kyčelní klouby, tak jsem je prosila, aby dali madla blíž, že to bolí a chytají mě křeče, navíc mi hnuli se zády.. Bylo mi řečeno, že by tam pan doktor neviděl, a že jsem nohy u sebe měla mít před 9měsíci.. Díky tomu mně na pokoj museli odvézt, tři dny jsem obrečela každý pohyb a šourala se jak stará bába..*

*Těžko popsat, celé to vnímám jako smršť hrůzy. Asi absolutně odmítavý postoj k mým prosbám polohu v kleku a dále pak samotná KE, to jsem myslela, že je konečná... Dr mi vyrázil dech a následně seřval že nedýchám.*

*Nečekaná a náhlá Kristellerova exprese. Byla jsem překvapená a v šoku.*

*Tlačení na břicho takovým způsobem, že se mi zatmělo před očima, začala jsem se dusit, nemohla jsem se nadechnout a upadala jsem do tmy. Bála jsem se, že umírám. Šílený pocit. Naštěstí jsem byla schopná ještě tu sestru odstrčit a nadechnout se. (...)*

*Začalo to podáním plegimazinu k němuž mám kontraindikace díky chorobě srdce. Museli mě oživovat, zažila jsem zážitek blízky smrti... V té chvíli jsem absolutně rezignovala a zachvátil mě šílený strach.. Pak já mě pa přivázali ke koze a jak po mě hopsal znechucený doktor a vytlačil ze mě syna jak z tuby zubní pasty. Bylo to otřesné!*

*Doktor přišel, nepředstavil se a řekl, že teda se jde na to. Když jsem žádala, že jsme byly s doktorkou domluvené, že budu na boku, tak řekl, že ani náhodou. Násilím mě otočil na záda, společně s porodní asistentkou mi přikurtovali nohy.*

*PA mě odtáhla na křeslo. Byla jsem nucena ležet na zádech i přesto, že jsem chtěla změnit polohu. A neustálé bolestivé vyšetřování cizími lidmi bez představení a zeptání se.*

## Komentář č. 1.2 – Výhrůžky

*(...) Další nepříjemnost byla, že jsem při prvním kojení zjistila, že má syn ošklivou ránu na hlavičce, kterou mu musela určitě způsobit doktorka, když mi prostřihávala plodové obaly klasickými ostrými nůžkami. Prý se mu to ale u nich stát nemohlo a můžu být ráda, že mě neobviní, že jsem mu to udělala sama.*

*„Teď zatlačte nebo dítě umře!“ – proneseno lékařkou přítomnou u porodu za přítomnosti střídající se směny asistentek, která si sdělovala dojmy z toho, jak jsem se dopoledne snažila marně odmítnout prasknutí vody a lékař mě naštěstí zvládnul. (...)*

*Ten moment kdy mě porodní asistentka seřvala, že mě pošle domů pokud nepřestanu hysterčit. (...)*

## Komentář č. 1.3 – Separace a strach o dítě

*V den porodu večer jsem hledala své dítě a bylo mi nevybíravým způsobem vynadáno, že se mám okamžitě vrátit na pokoj, že jsem po operaci, že mi dítě přinesou na kojení, nepřinesli. Celou noc jsem nespala, usnula nad ránem a ráno mi ten balíček, co ho donesli, byl lhostejný. Cestu k dceři jsem hledala několik let.*

*Nejhorší bylo, když moje miminko odnesli s tím že je to biologický odpad a nesmím ho vidět... (dítě při porodu zemřelo, pozn.)*

*(...) Řekli, že dítě odnesou na 2 hodiny, přinesli ho za 5 hodin (myslela jsem, že je mrtvý) s tím, že si ho tam nechali rovnou na vizitu.*

*Když se mi předčasně narodil syn a 12 hodin mi odmítali říct jestli vůbec žije.*

## Komentář č. 1.4 – Selhání personálu

*Když jsem ležela 30 hodin na hekárně (...) Měla jsem šílené bolesti a prosila, ať mě někdo pomůže. A všem jsem byla úplně fuk. Manžel tam nesměl být. Staraly se o mě ostatní rodičí ženy.*

*Nesnesitelná bolest, strach, že umírám, nemožnost dozvonit se na sesternu. Sesterna – zavřené dveře, smích, nezámek. Moje panika. Hrůza a strach z dalšího porodu. (...)*

*Celé to bylo špatně, přístup, medicí, kterým lékař řekl ať si jdou taky sáhnout (do mé vagíny!), Poznámky, zesměšňování, ignorace potřeb, zákazy... ale nejhorší 2h sama po porodu na chodbě, kde jsem po vytržení placenty začala krvácet a 2x to říkala procházející sestře, ta mě odpálila větou: maminko, po porodu se krvácí. Až 3 prosba, už když jsem nezvládla zvednout ani ruku, byla vyslišena, a pak přišlo peklo v podobě okamžité revize zaživa, bez umrtvení, plakala jsem a prosila je, ať mě nechají. Byla tam konečně moc milá sestra, co mě držela za ruku a říkala, že mě nemůžou nechat, jinak zemřu. A já je prosila, ať mě raději nechají zemřít, byla to nepopsatelná bolest. Byla jsem už před tím kvůli násilnému vedení porodu velmi poraněná. Šili mě velmi dlouho, revize v tu chvíli byla nepopsatelné peklo. Nikdy už jsem děti nechtěla. Až po 7 letech jsem se dala dokupy a měla 2 syna.*



*Zjištění, že byl nástřih hráze proveden asistentkou zbytečně. S důvěrou jsem si nechala doporučit vhodnou porodní pozici, přičemž byla seznámena s tím, že nechci nástřih, nebude-li nutný. Přesto mi doporučila pozici na zádech. Dítě mělo 3,5 kila. O dva roky později jsem porodila doma dítě s váhou 4,2 kg. Provedení nástřihu vnímám jako důsledek neprofesionality porodní asistentky, nikoliv jako nutnost.*

*Po 8 hodinách po odtoku mi byla doporučena atb (antibiotika, pozn.). Jejich podání jsem zprvu odmítla, chtěla jsem si zjistit více informací, cca po dvou hodinách jsem souhlasila, ale dr. který měl službu celý víkend se mnou již skoro vůbec nekomunikoval, protože se naštvál, že jsem zprvu odmítla. Druhý den večer mi již dával vyvolávací tablety, dle slov sestřičky v neadekvátně větším množství...*

*Nejhorší bylo, když mi personál vyhrožoval, že dítě umře proto, že netlačím jak chtějí oni, ale jak mi to říká mé tělo. Tvrdili mi, že nerodím, že mám poslíčky, ale dcera byla za 4h venku. Nadávala mi, že porodím do „hajzlu“ když budu po čípcích tlačít. (...)*

*Po příjezdu do porodnice mě vyslíkly u otevřených dveří, položili a narvali mi ruku až po loket dovnitř... Hruža.*

#### Komentář č. 1.5 – Další nejhorší momenty porodu

*Vstup primáře porodníka těsně před samotným porodem, nařídil sestře, ať okamžitě změním polohu na křesle z polosedu do lehu. Poté se zpomalily ozvy, vzpomínám si, že jsem se cítila jako kus masa, že nedokážu asi porodit dítě sama. Primář se rozhodl porodit dítě za mě, tlačil mi třikrát na břicho tak, že jsem křičela bolestí na celou porodnici a prosila, ať toho nechá, že už nemůžu. To vědomí, že ze mě vytlačil miminko násilím, po předchozím úplně pohodovém běhu celé první doby porodní, mě zdeptalo. Cítila jsem vinu, že jsem se tomu nedokázala ubránit, že jsem dovolila, aby se mnou bylo takto zacházeno.*

*Porod byl nejhorší zážitek v mém životě, ze kterého jsem si odnesla šrámy na těle i na duši do konce svého života. Další děti již mít nebudu.*

*Nucení a násilí při vlastním tlačení – porodit na zádech i přes nesouhlas, pak také nástřih, kdy jsem křičela, že jsem cvičila s anibalem (pomůcka, která snižuje riziko poranění hráze, pozn.), lékař říkal, že prý jsem hezky volná, vypadám jako druhorodička, ale musejí prý nástřihnout dle pokynů seshora.*

*Při vstupu, tykání bez zjevného důvodu ze strany sloužící PA. Po porodu tahání placenty i několik dní, bez znečitlivění. Fyzicky i psychicky mě to poškodilo, dodnes je to hrůzná vzpomínka. V rámci porodu nástřihnutí bez důvodu, jako rutina, bolestivé a bez mého souhlasu – byla jsem upozorněna že to prostě dělají bez možné debaty.*

*Odchod do „přípravy“, kdy jsem zároveň s klystýrem dostala do hýždě naprosto bez varování injekci „vitaminů na prokrvení“. Netuším, co to bylo. Strašně jsem po tom zvracela, což s klystýrem byla šílená kombinace.*

*Když jsem plakala a prosila ať toho lékařka nechá. Ať mě násilím nepolohují a netahají za nohy a nepřevalují na bok. Ať nebere ty nůžky, že nástřih nechci, že to všechno bolí. Já plakala a ona se smála, že to musí udělat nebo dítě umře (apgar plný). Vysmívala se mi. Po porodu se ve mně hrabala jako v kuřeti, do kterého cpe nádivku. Já prosila a plakala, že to bolí, ať mě nechá odpočívat. Zhruba další hodinu trvalo další trýznění v podobě ruky po skoro loket ve mně. Neustálé mačkání. Následně vyhrožování PCR jelikož jsem šla ambulantně domů (dříve než po 72 hodinách, pozn.). Ve 12 letech jsem byla sexuálně napadena. Celé se mi to vrátilo a mám obrovské potíže. Dítě jsem odmítala.*

**41 Popište prosím nejkrásnější moment Vašeho porodu (z období před, při nebo po něm). Můžete stručně i obsáhle.**

Přestože nepříjemné momenty byly velmi různorodé, v těch krásných se ženy až překvapivě shodovaly. Přestože se v této práci zaměřuji na traumata a nepříjemné prožitky, rozhodla jsem se tuto položku zařadit, jelikož mne zajímalo, zda ženy v průběhu traumatického porodu zažívají i světlé momenty, a pokud ano, jaké. U této, rovněž nepovinné, položky ponechalo komentář 339 respondentek. Takřka pro všechny z nich bylo nejkrásnějším momentem setkání s dítětem. Mnoho jich také uvedlo úlevu, že už mají porod za sebou. Další nejčastěji uváděné okamžiky byly pohled na partnera s dítětem v náručí, první minuty strávené ve třech o samotě, vlídný, něžný a respektující personál, dopřání volného průběhu porodu a možnost aktivní účasti na porodu. Celkem 11 (3,2 %) komentujících respondentek výslovně uvedlo, že si nevybavují žádný krásný moment z celého porodu. Pro ukázkou jsem opět vybrala některé z odpovědí.

**Komentář č. 2.1 – Přirozený průběh porodu, podpůrný personál**

*Než mne donutili vylézt na kozu, tak jsem se vznášela na vlně, mimo vědomí. A tělo vědělo co dělá.*

*První cca 4h s původní PA před změnou směny. Byla podporující a milá, cítila jsem se, že vše zvládnou a že jsem hrdinka. Druhá PA po změně směny byla katastrofa. (...)*

*Kromě dítěte to, že jsem rodila v noci s velmi podporující nemocniční PA, která mi nechávala klid, mohla jsem si poprvé za 4 porody skutečně nerušeně vychutnat kontrakce a spolupráci s bolestí, ocitnout se ve vlastním nevědomí, byl to fakt až tranz.*

*Na začátku porodu, pobyt ve sprše, prodýchávání kontrakcí s manželem, tančení... Vše krásné až do aplikace oxytocinu...*

*Tma, vlhko, teplo, sprcha, já v kleče na zemi opřená o gymball a teplá voda dopadající na moje bedra... A při každé kontrakci ruce duhy, která mi přidržovala boky.. Byl to nádherný pocit.. Bolest, ale zároveň rozkoš a radost v jednom... Připadala jsem si jako zvíře v nože, které si tam v klidu vrní a je mu dobře... Pravidelná bolest s pravidelnými chvilkami úlevy mě s tímhle vším (teplo, tma, vlhko) dostaly jakoby do tranzu...*

## Komentář č. 2.2 – Bonding, shledání s dítětem

*První pohled do očí mého syna.*

*Když mi dali syna okamžitě na břicho, pak už jsem nevnímala nic jiného. Byl to nejkrásnější okamžik v životě.*

*Když jsem poprvé viděla svou dceru, hned po porodu, ještě celou od krve, plačící. Na to nikdy v životě nezapomenu. Navíc mě všichni chválili, jak jsem krásně porodila, a já jsem byla strašně pyšná. (...)*

*Když jsem klečela ve sprše a dcera byla stále uvnitř. Cítila jsem, jak se uvnitř hýbe, a říkala jsem jí „Pojď už k nám Beruško naše.“ A pak jsem i cítila hlavičku jak sestupuje a za pár minut se narodila. Tahle fáze byl ten nejkrásnější zážitek v životě, cítila jsem tolik hrdosti a síly.*

*Závěrečné tlačení, vnímání, jak moje dítě se rodí. S holčičkou jsem byla celou dobu ve spojení, uklidňovala jsem jí, těšila se na ni. A pak ta její krásná vůně, vůně miminka s prvním shledáním, prohlížením, seznamováním na mých prsou. To je pro mě krásný zážitek, na který ráda vzpomínám.*

*Když partner (nevidomý) dostal dítě do náruče v době mého šití a dohlížející lékař mu ho popisoval.*

*Přiložení dcerky na tělo, jak se po mě sápala a hledala, kde se přisát... Prostě jen instinkty, příroda, krása.*

*Přiložení dcerky na mé nahé tělo. Svět přestal existovat.*

### **39 Jak změnil průběh Vašeho porodu v porodnici postoj k dalšímu porodu?**

Pokud žena prožije traumatizující porod, je pochopitelné, že okolnosti případného dalšího porodu plánuje pečlivěji. Tato položka nabízí i vzhled do toho, co ženy považují za kořen problému. 8,8 % respondentek svůj postoj nezměnilo. Důvodem může být spokojenost se službami porodnice a personálem a přesvědčení, že negativní prožitky byly jen nešťastnou souhrou náhod. V horším případě neoprávněný pocit vlastního selhání, tedy že problém nebyl v porodnici ani v personálu, nýbrž v nich samotných. Ke zjištění, proč respondentky volily tuto odpověď, by byl zapotřebí podrobnější výzkum. Jiné respondentky (5,8 %) by taktéž příště rodily v porodnici, ale s tím rozdílem, že by si přály příznivější okolnosti. Pravděpodobně věří, že se jim v porodnici může dostat nejen kvalitní péče, ale i respektujícího a empatického přístupu, a jejich poslední zkušenost byla tedy ojedinělá. Největší množství respondentek (25,3 %) by příště nejradši porodilo v porodním domě. Problematické porodních domů, se v této práci nevěnuji, přesto si tato možnost zasluhuje zmínku. Porodní dům, tedy samostatné porodnické centrum, které tvoří kompromis mezi klasickou porodnicí a domácím prostředím, u nás v České republice neexistuje, ačkoliv se v zahraničí těší velké oblibě. Skutečnost, že se pro tuto možnost

rozhodlo největší množství respondentek, svědčí o nemalém zájmu rodiček o zřízení této instituce i u nás. Druhou nejčastější odpovědí u položky (22,3 %) je zájem o porod doma se soukromou porodní asistentkou. Navzdory obavám široké veřejnosti z rizik komplikací při mimonemocničním porodu tyto respondentky jednoznačně vnímají domácí porod jako bezpečnější a vhodnější než porod v porodnici. Vystává tak mnoho znepokojivých otázek. Je domácí prostředí skutečně jediným místem, kde ženy mohou porodit bez zásahů, v klidu a důstojně? Pokud jsou ženy schopné oželeť moderní vybavení porodnic s možností okamžitého zásahu, neznamená to snad, že v nich tato zkušenost zanechala trauma nepředstavitelných rozměrů? Neměly by mít ženy svobodnou volbu vybrat si místo porodu? Problematika domácích porodů je natolik obsáhlá, že by vydala na jinou akademickou práci. Jsou to tedy pouze podněty k zamyšlení, které díky této položce vyvstaly. Část respondentek (7,2 %) není úplně rozhodnuta, kde přesně by chtěla příště porodit, ale jistě ví, že v porodnici ne. Zřejmě v nich špatná zkušenost vyvolala velký strach z prostředí porodnice nebo z rizika, že by další porod mohl probíhat podobně nepříjemným způsobem. Třetí nejčastěji volenou možností (20,2 %) je opakovaný porod v porodnici, avšak po důslednější přípravě či s podpůrnou osobou. Svědčí to o nejspíše o tom, že se ženy cítily nedostatečně informované nebo měly pochybnosti o adekvátnosti jednání personálu. Také je to známkou toho, jak zoufale rodičky potřebují podporu a bezpečné prostředí. Znepokojivé jsou zbylé dvě odpovědi, ve kterých respondentky sdělovaly, že by po špatné zkušenosti raději rovnou volily císařský řez (1,9 %) nebo dokonce mají strach z dalšího otěhotnění (8,6 %). Při pohledu na výše analyzovanou statistiku se neubráním otázce, zda je péče v porodnicích skutečně ve všech směrech tak kvalitní, pokud má tolik žen strach se tam vrátit. Zároveň je to jasným sdělením, že pro ženy není důležitý jen výsledek porodu (porod přežít), ale především jeho okolnosti a průběh (porod prožít).



Graf č. 7 – Postoj k dalšímu porodu



**42 Vřele Vám děkuji za vyplnění dotazníku, Vaší účasti si velice vážím. Pokud chcete ještě něco dodat, zde je prostor pro Vaše poznámky či připomínky.**

Přestože prostor pro vyjádření byl v dotazníku velký, rozhodla jsem se zařadit i položku, kde ženy mohly doplnit cokoliv, co je během jeho vyplňování napadlo, a tuto možnost jich využilo 132 (30,6 %). Odpovědi jsou, jak se dalo očekávat, rozmanité. Mnoho respondentek těší, že se mohly podělit o svou zkušenost, a doufá, že se tak problematika porodnického násilí dostane do středu pozornosti veřejnosti. V této souvislosti i řada z nich navrhuje, aby byly v České republice i jiná místa porodu (porodní domy, domácí prostředí) kromě porodnic a aby mezi nimi mohly svobodně volit bez rizika společenské stigmatizace. Některé respondentky prostřednictvím této položky varují před konkrétními porodnicemi, kde zažily trauma, nebo naopak chválí ty, ve kterých byly spokojené. Názvy

porodnic a města jsem anonymizovala, jelikož diskuze o konkrétních zařízeních není předmětem této práce a jejich nejbližší možná specifikace je omezena pouze na kraje. Opět jsem si dovolila vybrat pár komentářů jako ukázkou toho, co v respondentkách po vzpomínce na jejich porody doznívá.

### Komentář č. 3.1 – Dodatek k porodu

*13 let mi trvalo, než jsem trauma částečně zpracovala a riskla další těhotenství, které jsem dlouho odmítala.*

*Co se týče zákroků, neměla jsem čas s nimi souhlasit, protože mi je oznámili během toho, co je prováděli, (...)*

*Tento porod (v pořadí třetí), způsobil, že jsem čtvrté miminko porodila doma, bez asistence, pouze za přítomnosti manžela na závěr. Byl to nejhezčí zážitek v životě.*

*Druhé dítě jsem po této zkušenosti porodila doma s PA. Muž s tím po předchozí zkušenosti okamžitě souhlasil.*

*Snad jen že jsem na zdravotníka, který se takto choval, podala stížnost, a jeho reakce na mé „znásilnil jste mě, mám z toho velké problémy a nepřijde mi to v pořádku“ byla „žalujte mě, mám svědky“.*

*Nikdo z lékařů si neuvědomuje, co svým jednáním může způsobit za fatální následky. Mám strach z lékařů, nedůvěřuji jim. Půl roku jsem měla deprese a chtěla se syna zbavit. Dva roky po porodu se cítím více hůř a nesu si trauma znásilnění. Nejsem schopná si představit sex a zvedá se mi žaludek. Vše co mělo být krásné se zkazilo. Nepomohl ani porodní plán, ani mé studium... Spoléhala jsem, že proti vůli a výslovnému NE nikdo nic neudělá. Že si nikdo nedovolí mi ublížit. A stalo se.*

*Další porod jsme naplánovali doma a i se tak před šesti týdny událo, bylo to léčivé, intenzivní a naše, nechala jsem tělo dělat, co potřebuje, máme úžasného syna, který nám vplul přímo do vany, luxus toho, že jsme ihned po porodu nikam nemuseli jezdit, se nedá ani popsat, natož celorodinný bonding i se starším synem, jsem ohromně vděčná za takový zážitek, důvěřuji svému tělu a tomu, že miminko vědělo nejlépe...*

*Mnohem lépe jsem snášela první, méně přirozený porod, po kterém jsem dítě dostala hned na tělo, než druhý, přirozenější, po kterém ale bylo ode mě dítě několik hodin odděleno. Dva roky jsem se potom trápila panickou poruchou, než jsem porodila zcela přirozeně doma, poté panické ataky zcela zmizely.*

## Komentář č. 3.2 – Touha po změně systému

*Moc ráda bych si přála, aby moje dcera nemusela zažít to co já. Aby mohla porodit zcela přirozeně. Tak aby to bylo příjemné jí, ne personálu. A aby mohla mít u sebe osobu která ji podpoří.*

*Je nezbytně nutná změna nejen v českých porodnicích, ale v celém zdravotnickém systému. Je třeba, aby lékaři a zdravotnický personál přistupoval k lidem jako ke klientům, ne jako k nesvéprávným pacientům. Na druhé straně je třeba, aby byli lidé informovaní a znali svá práva.*

*(...) Doufám, že jednou moje dcera už bude rodit jen tak, jak je to přirozené!*

*O zdravotnický personál by měli pravidelně pečovat psychologové, především zážitkovou formou např. formou supervizí, individuálních sezení atp.*

*Přeji všem ženám, aby měly v nemocnici možnost rodit s respektem, aby se zdravotníci k ženám chovali jako k rovnocennému partnerovi.*

*Doufám, že se naše porodnictví brzy změní a naše děti už budou rodit beze strachu a s důvěrou v sebe sama a své tělo. Také doufám, že se změní zákony a budou tu moct vyrůst porodní domy a bude se moct legálně rodit doma s PA*

*Nechodit do české porodnice bez doprovodu duhy nebo vlastní PA.*

## KOMUNIKACE

V teoretické části je mnohokrát kladen důraz na komunikaci zdravotníků s pacienty. Do výzkumného nástroje bylo proto zařazeno šest položek sledujících tento prvek péče.

### 8 Představil se Vám ze zdravotníků každý, kdo s Vámi komunikoval?

Pouze 12,1 % respondentkám se představil všechen personál. Takřka dvojnásobné množství (26,0 %) uvedlo, že se jim ze zdravotníků nepředstavil nikdo. Nejčastěji volenou možností (57,1 %) je situace, kdy se představila pouze část personálu.

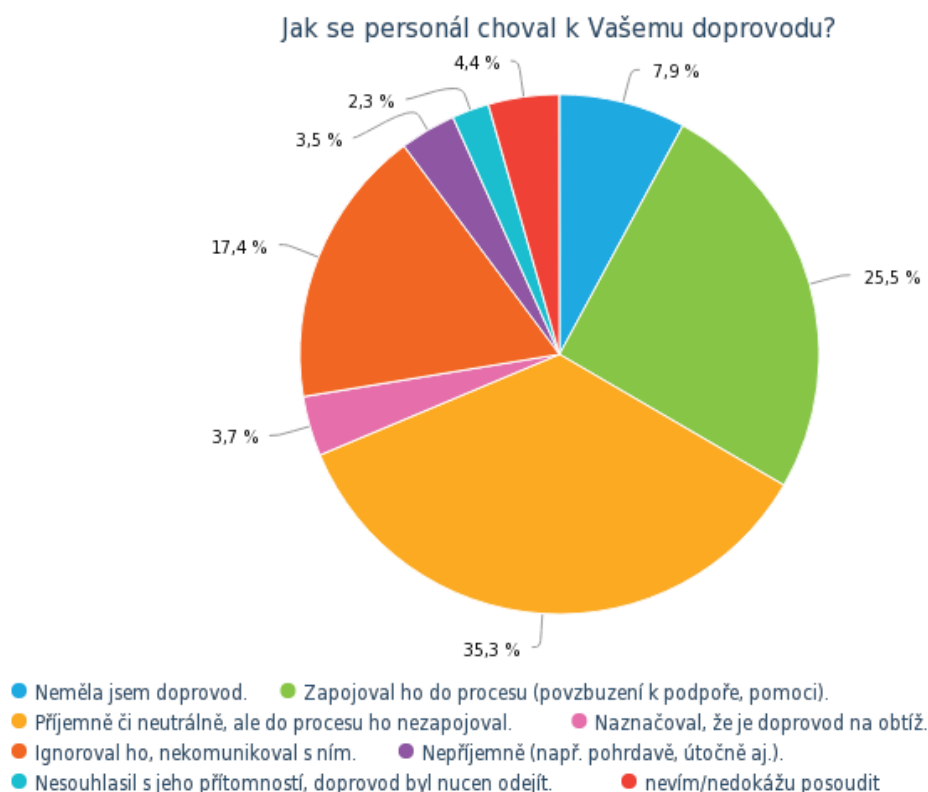
Graf č. 8 – Uvedení totožnosti zdravotníků



## 18 Jak se personál choval k Vašemu doprovodu?

Povětšinou byla komunikace v přátelském duchu nebo neutrální. Nejčastěji (35,3 %) respondentky uváděly, že byl personál vůči doprovodu milý a přátelský, avšak do procesu porodu ho nezapojoval. Naopak povzbuzení personálem k aktivní účasti sdělilo 25,5 %. Třetí nejčastější situací (17,4 %) byla úplná ignorace doprovodu personálem. Negativní interakce jako náznaky nadbytečnosti (3,7 %), pohrdání či útočnost (3,5 %) nebo bezdůvodné vykázání doprovodu (2,3 %) jsou zde v malé míře, avšak za pozornost stojí, že k nim přesto dochází. Mezi možnostmi není zahrnuta ještě jedna specifická situace, na kterou mě v soukromé zprávě upozornila jedna z respondentek, a to, že byl její doprovod naváděn ke kolaboraci s personálem. Ze své praxe vím, že ono „Tak své ženě zkuste domluvit...“ se občas skutečně děje. Pokud žena svůj doprovod vnímá jako podporu, útěchu a jistotu, pak takové jednání personálu významnou roli doprovodu maří.

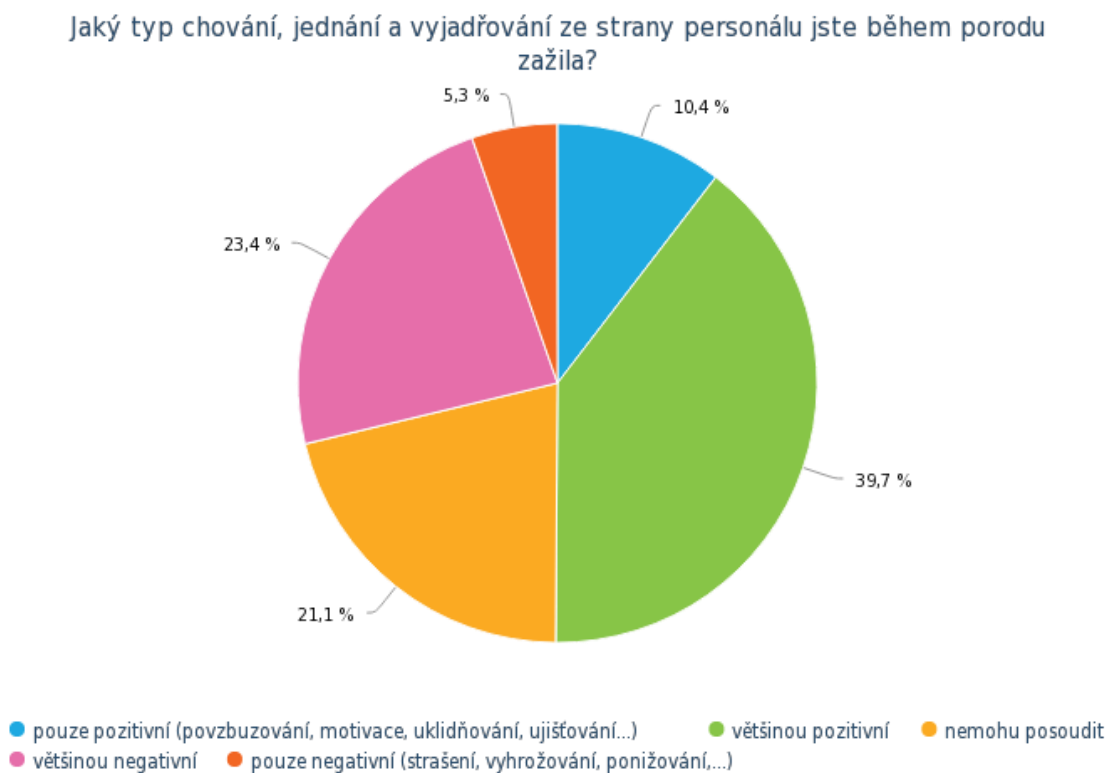
Graf č. 9 – Přístup personálu k doprovázející osobě



## 23 Jaký typ chování, jednání a vyjadřování ze strany personálu jste během porodu zažila?

Většina respondentek hodnotila komunikaci ze strany personálu jako pozitivní, ať už výhradně (10,4 %) nebo převážně (39,7 %). Avšak vysoký podíl negativní interakce, převážně (23,4 %) či výhradně (5,3 %) svědčí mnohé o neprofesionalitě zdravotníků v našich porodnicích. Poměrně vysoké procento respondentek (21,1 %) nedokázalo posoudit charakter komunikace a od konkrétní volby pozitivní/negativní upustilo.

Graf č. 10 – Přístup personálu k rodičce



## 24 S jakými nevhodnými slovními výroky ze strany personálu jste se setkala?

Vyplnění této položky bylo na svobodném uvážení každé respondentky. O nevhodný slovní výrok se podělila skoro polovina respondentek (211, tj. 48,9 %). Jako nejčastěji opakované výroky zmíním naprosto nevhodné a dehonestující familiérní oslovení („maminko“, „mamko“), dále kritika dýchání nebo tlačení („špatně dýcháte“, „neumíte

tlačít“), zlehčování a popírání bolesti při porodu nebo během ošetřování porodního poranění („*Tohle vás nemůže bolet*“) a hodnocení prsou, zda jsou vhodná ke kojení („*S těmahle bradavkama nikdy nebudete kojít*“). Jednotlivé výroky jsem si dovolila opět roztřídit do kategorií.

#### Komentář č. 4.1 – Zlehčování a popírání bolesti

*„Když byste měla tak silné kontrakce, jak tu vyvádíte, tak jste dávno porodila.“*

*Na hekárně přišlo dle mého názoru naprosto nevhodné komentování že špatně zvládám bolest, do té doby jsem byla přesvědčená, že to zvládám dobře, tato informace mě natolik rozhodla, že jsem přestala věřit tomu, že to zvládnu...*

*To jste netušila, že porod bolí? Tak jste si neměla pořizovat dítě. Musíte tak řvát?*

*Po příjezdu do porodnice a natočení monitoru – PA: „Teď mi řekněte jestli jste měla nějaké kontrakce během monitoru?“ Já: „Ano, měla“ PA: „hmm, to asi těžko, když tady na papíře nic nemám. Asi trochu citlivka, že?!“ (Opravdu jsem je měla, ale i tak jsem byla poslána domů).*

#### Komentář č. 4.2 – Rádoby vtipné komentáře

*„Moje motorka řve méně než vy.“*

*Hmm, pěkná placenta. Dal bych placentu na vině... Ošetřující lékař.*

*„Paní si hraje na pejska.“ (Vylezla jsem ze záchodu po 4, protože jsem cítila hlavičku mezi nohama, špatně se mi chodilo.)*

#### Komentář č. 4.3 – Nepravdivá tvrzení

*„Tohle vám ale nepomůže, mamko“ – mi řekla PA když jsem křičela u kontrakce.*

*Bonding se nedělá na nahé tělo.*

*Po porodu mi odmítli dát dceru na prsa se slovy „stejně vám teď k ničemu nebude“ a odnesli ji do inkubátoru.(...)*

*(...) Dítěti bude u nás v sesterně líp než s vámi. (...)*

*„Doporučení WHO platí tak maximálně pro Afriku...“ (...)*



#### Komentář č. 4.4 – Pochybení personálu

*Po porode som sa od spolubývajúcej na izbe dozvedela, že pred ňou rozoberali moj porodny plán a smiali sa z toho, že chcem behom 2. fázy meniť polohy a nájsť si tú, ktorá mi vyhovuje.*

*„Já tohle nemám zapotřebí“ – řekla nemocniční PA a odešla, zanechala mne samotnou, bez pomoci na ‚hekárně‘.*

*(...) Že to musí urychlit, jelikož mají moc plánovaných porodů.*

*Pokud nezatlačíte hned, musím vás nastříhnout, vedle rodi další.*

#### Komentář č. 4.5 – Ponižování

*Pokud bych byla její dcera, tak mě nafackuje...*

*„A teď poděkujte sestřičce, že vám porodila dítě“ (udělala KE)*

*(...) „Chovejte se jako dospělá.“ (...)*

*Dovnitř to bylo příjemný a když to má jít ven, tak vyvádíte. (...)*

*(...) „Mamčo ležte na zádech.“*

*Lékař si postěžoval, že mi unikla moč při tlačení, bála jsem se pak tlačit a styděla se.*

*Byla jsem těsně nezletilá, nikdo mi nevykal, tykali s pohrdáním, oslovovali mne příjmením. Několikrát jsem slyšela, že jsem zřejmě nějaká poběhlice, když rodím v tomhle věku. „To jsi taky takhle řvala, když ho do tebe strkal?“ (...)* „Ty vůbec neumíš tlačit, vůbec bys žádný děti mít neměla.“...

*(...) „Taková mladá, to bylo chtěné?“*

#### Komentář č. 4.6 – Nerespektování nesouhlasu a přání ženy

*(...) Při prořezávání hlavičky mi lékařka strčila do pochvy obě ruce a velmi bolestivě ji roztahovala. Při mém křičení, že to bolí a že cítím, jak mě trhá, mi paní doktorka řekla, že o tom nic nevím a že to prostě tak dělat bude, protože musí. Přestože jsem apelovala, že to není fyziologické a nechci, aby mi to dělala, dělala jako že neslyší a pokračovala dále. Výsledkem byla trhlina hráze až ke konečníku a močové trubice.*

*„Jako prvorodička si nemáte co poroučet.“*

*(...) „Ale doktor jsem tady já, paní magistro!“ (...)*

*(...) PA mě vyšetřovala jako kus dobytka a manuálně roztahovala čípek i přes můj nesouhlas a prosby. Nakonec jsem ji kopl až přeletěla na druhou stranu místnosti, načež mě naštvane bezeslov přivázala ke „koze“ i přes můj nesouhlas. (...)*



#### Komentář č. 4.7 – Záměrné strašení matky, obviňování a manipulace

*„Když teď tlačíte, tak to je, jako byste mlátila miminko po hlavě lopatou.“ (ve chvíli, kdy tělo tlačilo samo a nešlo to ovládat) (...)*

*„Vaše žena přežila a dokonce ani nepřišla o dělohu, tak co řešíte?“*

*Při příjmu porodní asistentka na otázku, zda za mnou pustí mého partnera „jste tady 10 minut a ještě ani nevíme jestli ve vás to mimino vůbec žije. Musíte si počkat“.*

*(...) „Jestli rychle neporodíte, tak vám miminko zemře.“*

*„Kdybyste se nechala více monitorovat, tak se to nestalo“ – (Řečeno po více jak 2 hodinách na monitoru, po porodu, kdy dítě museli křisit a já nevěděla, co s ním je...)*

*„Za to zvracení si můžete sama, porod není procházka růžovým sadem.“ – Po předávkování tabletami na vyvolání porodu a následném kolapsu.*

*Po porodu, když mi sestra oznámila, že mi malého vezmou na noc k sobě jsem se zeptala proč: „Chcete aby vám tady přes noc umřel?“. Tuto situaci hodnotím jako jeden ze spouštěčů poporodní deprese.*

*Když nebudu spolupracovat, tak kvůli mě může moje dítě umřít.*

*„Jestli teď nezatlačíte pořádně, vezmu na ni kleště.“*

*Pokud chci zavinit úmrtí dítěte či sebe. Vyhrožování PČR. (...)*

*„Netlačte, zabijíte dítě!“ „Tlačte nebo umře!“*

*(...) „Za porodní poranění dcery si můžete sama, neuměla jste tlačit.“*

#### Komentář č. 4.8 – Urážky, vulgární výrazy

*„Jestli se pobleješ, dostaneš hadr a vytřeš si to.“*

*Odmítla jsem klystír: „Jste nějaká drzá, mám děti ve vašem věku!“*

*„Do prdele, nechte toho nebo vás rodit nebudu. Vytáhneme to dítě vexem, nebo vám přivážu nohy. No tak, kurva už, udělám Vám nástřih.“*

*„Ste se ale zasvinila.“ „Ste nemožná.“*

*Co tady křičíte, vy hysterko. Apod.*

*„Tak už se to sere.“ „To je tak, když si maminka myslí, že je chytřejší než doktoři.“...*

## Komentář č. 4.9 – Další nevhodné výroky

*„Co tady děláte, když po nás nic nechcete?“*

*Personál se o mně v mé přítomnosti bavil ve 3. osobě. (...)*

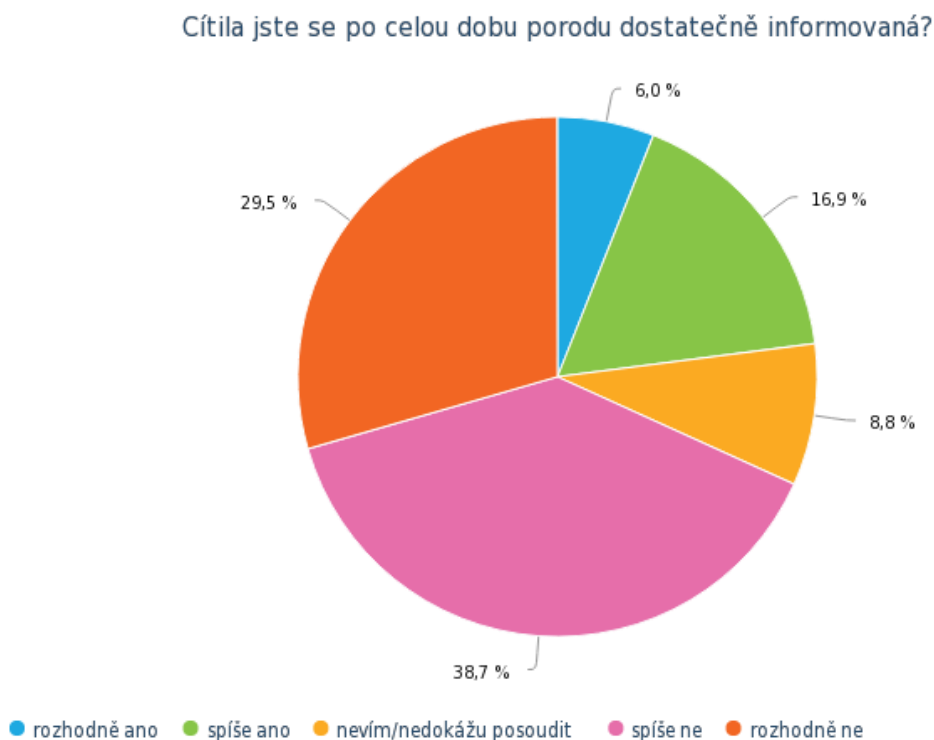
*(...) Nekřičte, vyplašíte miminko.*

*Před 24tt nerodíte, jenom máte potrat, to přežijete.*

### 26 Cítila jste se po celou dobu porodu dostatečně informovaná?

Většina respondentek se během porodu necítila dostatečně informovaná, buďto převážně (38,7 %) nebo vůbec (29,5 %). Velmi dobře informované se cítilo nejmenší množství respondentek (6,0 %) ze všech. Přitom, jak již bylo zdůrazněno v teoretické části práce, dostatečná informovanost je základem úspěšné komunikace.

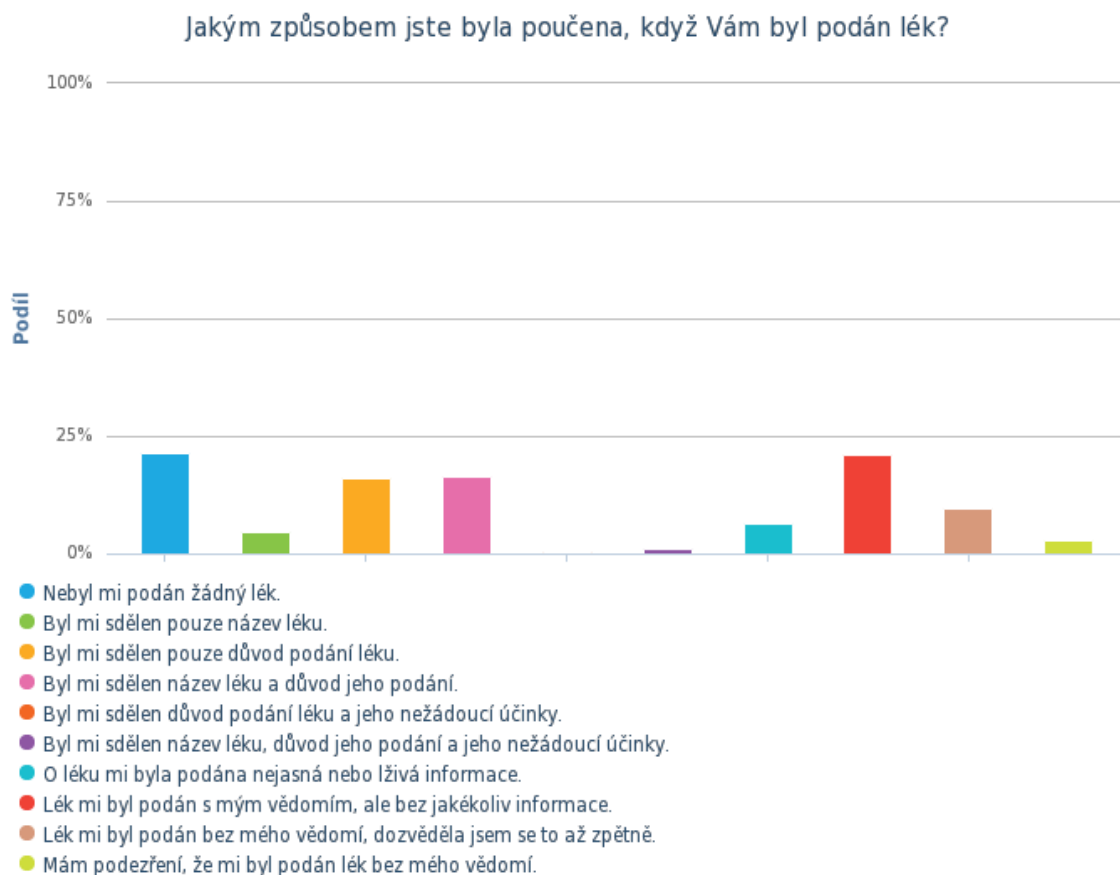
Graf č. 11 – Informovanost rodičky



## 16 Jakým způsobem jste byla poučena, když Vám byl podán lék?

Ze zvolených možností vyplývá, že byly respondentky nedostatečně informované o lécích, které dostávaly. Pouze 1,2 % obdržela o léku kompletní informace, tedy název léku, důvod jeho podání a možné nežádoucí účinky. Ve většině případů jim byl sdělen pouze název léku a indikace (16,5 %) nebo jen důvod podání léku (16,0 %) nebo jen název léku (4,6 %). Pak jsou zde skupiny respondentek, které o léku informovány nebyly. Některým tedy informace podána byla, avšak nesrozumitelně či dokonce lživě (6,5 %). Mnoho jich sděluje, že o aplikaci léku věděly, ale nedostalo se jim žádného vysvětlení ani poučení (21,1 %). Část respondentek se dozvěděly až zpětně, že jim byl podán nějaký lék (9,5 %) a několik dalších jich má podezření na totéž, avšak bez jasného důkazu (2,8 %). Ve světle toho, že se jedná o závažnou situaci a personálu obvykle nic nebrání ženu stručně a jasně informovat, jsou procenta nedostatečně informovaných a úplně neinformovaných žen poměrně vysoká.

Graf č. 12 – Poučení při podání léku



## DOPORUČENÉ POSTUPY

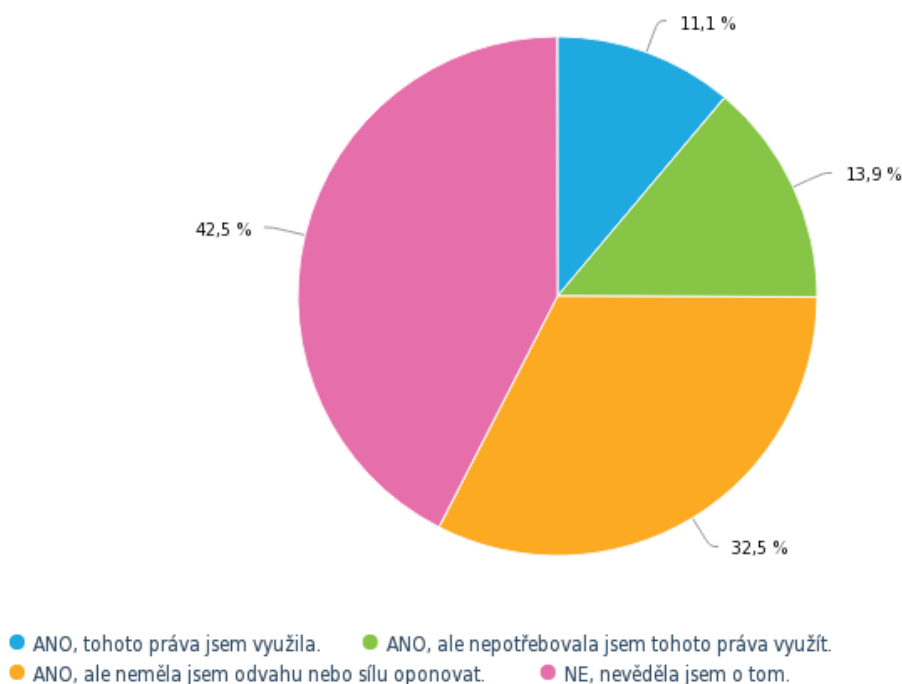
Od zdravotníků se očekává nejen etické jednání a empatie, ale také znalost zákonů a doporučených postupů pro výkon dané profese. Následující položky mapovaly, nakolik se personál porodnických oddělení těmito závaznými a důležitými doporučeními a postupy řídí.

### 17 Věděla jste (v době porodu), že můžete v porodnici jakýkoliv zásah nebo návrh odmítnout, pokud se nejedná o život ohrožující stav?

Nejčastěji volená možnost u této položky svědčí o tom, že mnoho respondentek (42,5 %) vůbec nevědělo o svém právu odmítnout intervenci nebo návrh plánu péče s výjimkou život ohrožujícího stavu. Skoro třetina respondentek (32,5 %) si ho vědoma byla, ale bála se nebo neměla sílu ho využít. Učinilo tak pouze 11,1 % respondentek. Zbylé (13,9 %) žádný zásah nebo návrh odmítnout nepotřebovaly.

Graf č. 13 – Informovanost rodiček o právu na odmítnutí péče

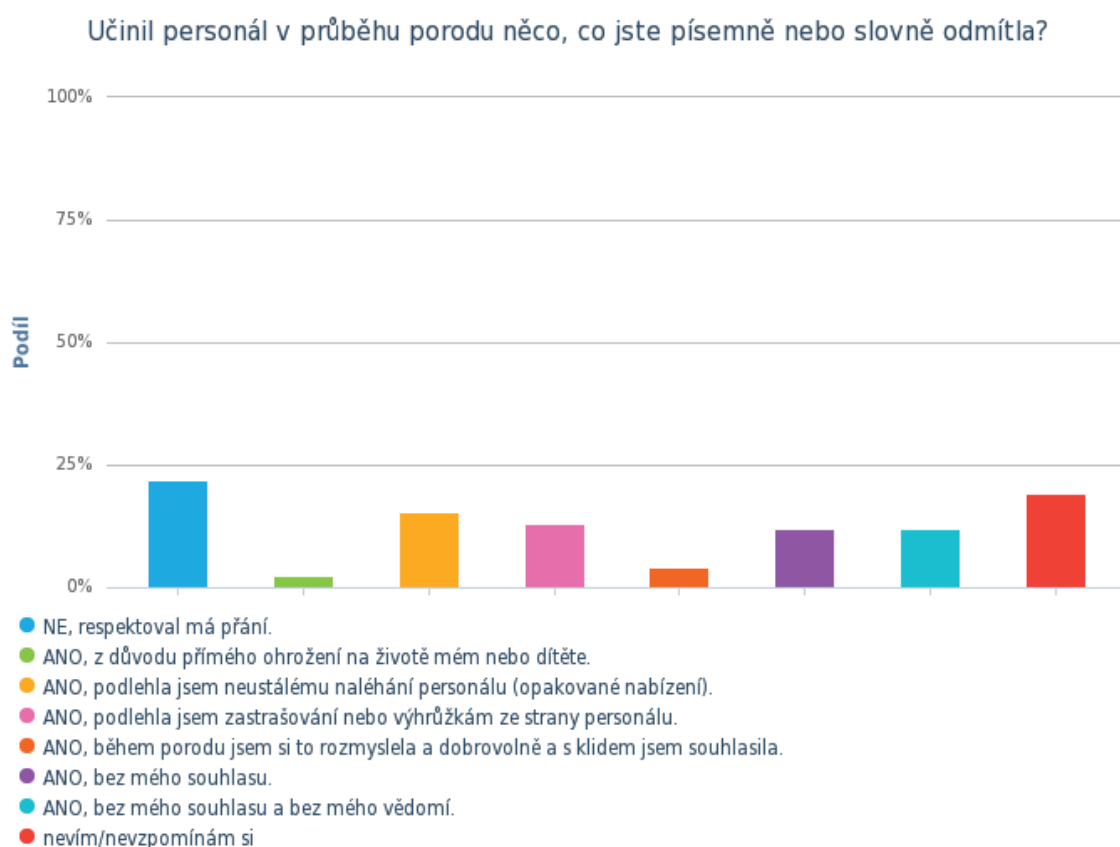
Věděla jste (v době porodu), že můžete v porodnici jakýkoliv zásah nebo návrh odmítnout, pokud se nejedná o život ohrožující stav?



### 33 Učinil personál v průběhu porodu něco, co jste písemně nebo slovně odmítla?

I výsledky u této položky jsou neuspokojivé. V teoretické části práce jsem předložila stanovisko Informovaného souhlasu a Dříve vysloveného přání, která personál zavazují k respektování přání a rozhodnutí pacienta s výjimkou život ohrožujícího stavu. Přesto tyto dvě možnosti volila malá část respondentek. Plně respektovaných bylo 22,0 %, respektovaných do vlastní změny názoru 4,2 % a nerespektovaných z důvodu akutní závažné situace 2,3 %. Následně jsou ve velkém množství voleny možnosti, ke kterým by docházet nemělo. 15,5 % nedokázalo v citlivé situaci čelit soustavnému působení personálu ve prospěch nechtěné intervence. 13,0 % podleho manipulaci ze strany personálu. Srovnatelné množství respondentek (11,8 %) uvedlo, že personál jednal navzdory předem sdělenému přání bez jejich souhlasu nebo bez souhlasu i tajně.

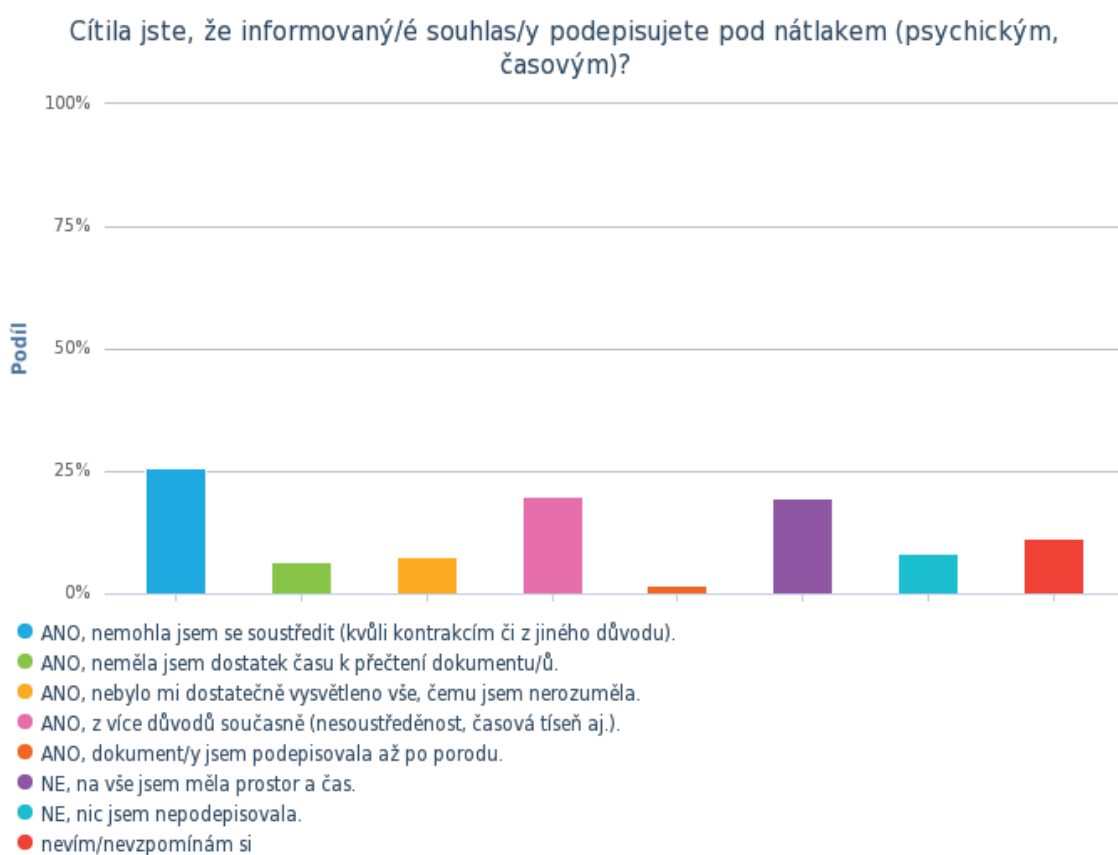
Graf č. 14 – Jednání personálu navzdory nesouhlasu rodičky



## 9 Cítla jste, že informovaný/é souhlas/y podepisujete pod nátlakem (psychickým, časovým)?

Pouze 19,5 % respondentek mělo prostor i čas k přečtení a podepsání informovaného/ných souhlasu/ů. Většina respondentek se však cítila pod nátlakem. Buďto se nemohly z nějakého důvodu soustředit (25,5 %), bylo ve hře více nepříznivých faktorů (20,0 %), nacházely se v časové tísní (6,5 %) nebo jim informace nebyly dostatečně vysvětlené (7,7 %). Pár respondentek (1,6 %) dokumenty podepsalo až po porodu a část (8,1 %) nepodepisovala dokumenty žádné. Vzhledem k výše uvedenému je na místě zvážit možnost vyplňování informovaných souhlasů předem, například již v rámci těhotenských poraden. Ženy by tak měly dostatek prostoru a času k přečtení dokumentů a také příležitost dotázat se na informace doplňující nebo ty, které jsou jim nejasné. Zatěžování rodiček administrativou během porodu patří mezi významné stresové faktory, které mají pochopitelně nepříznivý vliv na jeho průběh.

Graf č. 15 – Podepisování dokumentů pod nátlakem

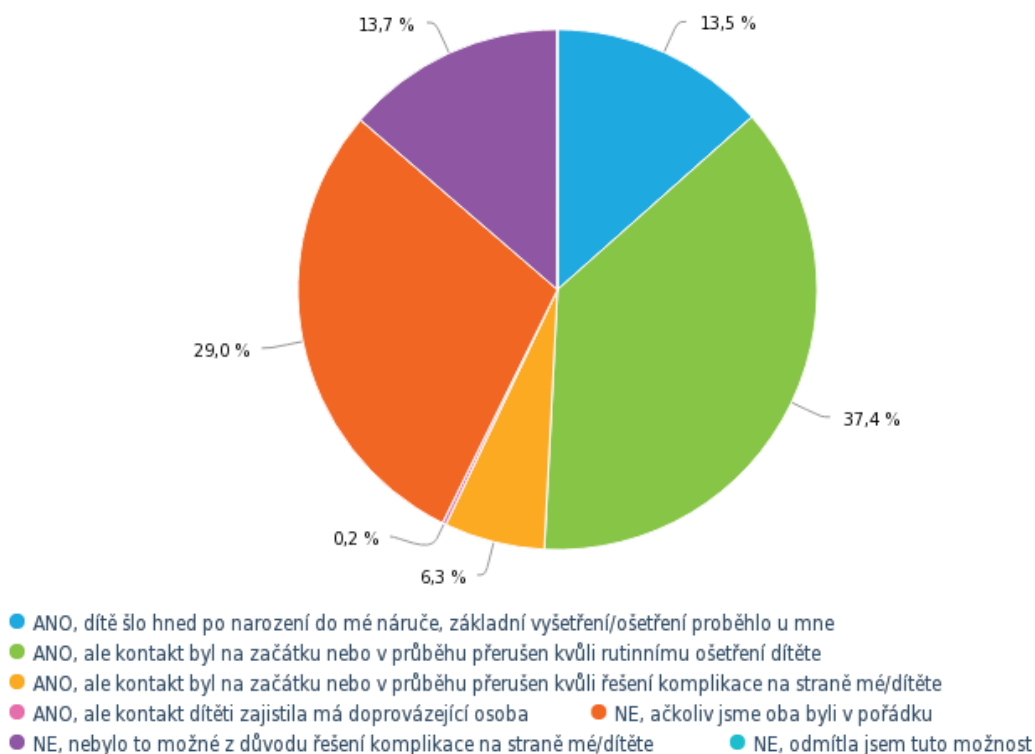


**29 Byl Vám bezprostředně po porodu dopřán okamžitý kontakt s nahým, neošetřeným a nezabaleným dítětem? (Ať už jste sama projevila zájem nebo ne.)**

Navzdory nejnovějším poznatkům a odborným doporučením, kterým se věnuji v teoretické části práce, mnoha respondentkám nebyl umožněn okamžitý kontakt s nahým dítětem, a to bezdůvodně (29,0 %) nebo z důvodu rutinního ošetření dítěte (37,4 %), což není život zachraňující intervence a lze ho bez problému provést na těle matky. Řada respondentek udává řešení zdravotních komplikací jako důvod, proč jim kontakt s dítětem nebyl dopřán vůbec (13,7 %) nebo jen na chvíli (6,3 %). Tolik doporučený a blahodárny kontakt s dítětem proběh nakonec jen u 13,5 % respondentek. Za zmínku stojí i fakt, že přestože se jednalo o porody, které respondentky vnímají jako těžké, nepříjemné nebo traumatizující, ani jedna z nich neodmítla první kontakt s dítětem (0 %).

Graf č. 16 – Okamžitý kontakt s nahým dítětem

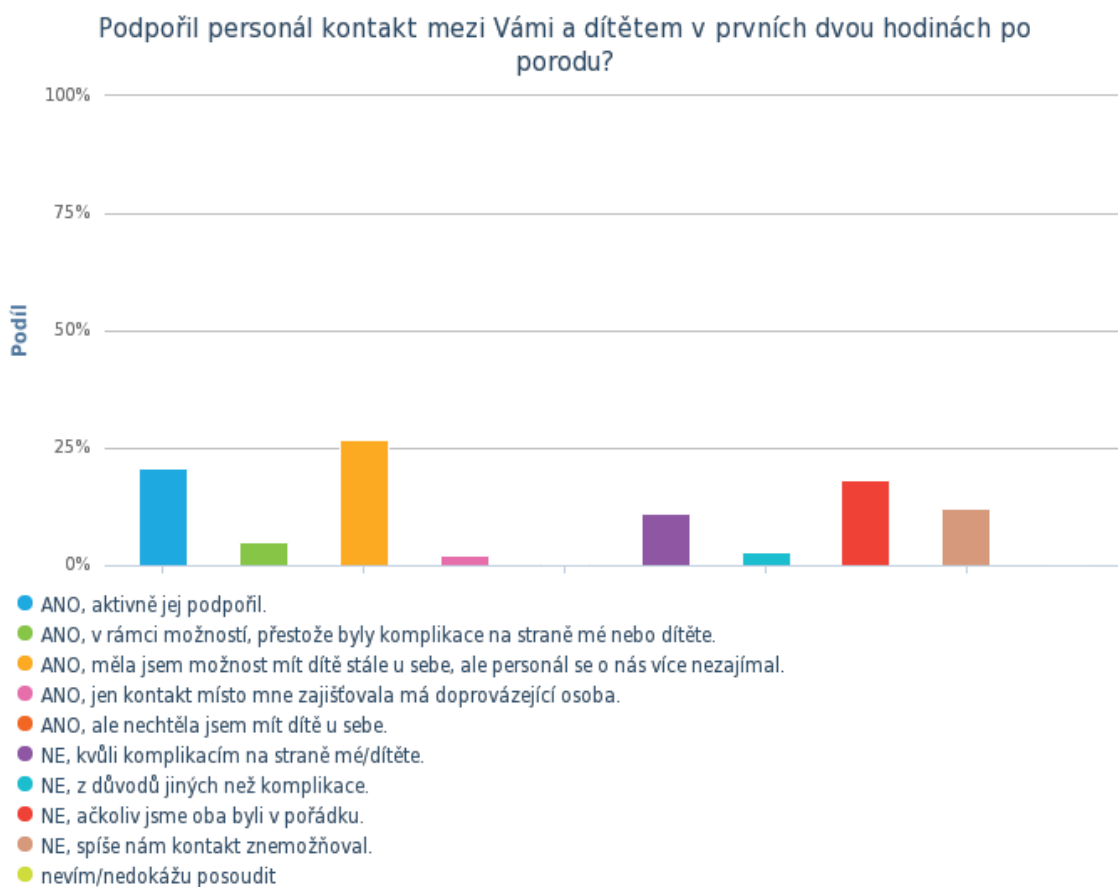
Byl Vám bezprostředně po porodu dopřán okamžitý kontakt s nahým, neošetřeným a nezabaleným dítětem? (Ať už jste sama projevila zájem nebo ne.)



### 30 Podpořil personál kontakt mezi Vámi a dítětem v prvních dvou hodinách po porodu?

Výsledky ohledně kontaktu s dítětem v následujících dvou hodinách jsou taktéž nejednoznačné. Respondentky, kterým byl kontakt s dítětem zajištěn, personálem aktivně podpořené byly (20,9 %) i nebyly (26,7 %). U 5,1 % respondentek byl kontakt zajištěn i přes to že se vyskytly zdravotní komplikace. Ve 2,3 % případů bylo dokonce umožněno, aby kontakt dítěti zajistila doprovázející osoba. Pouze jedna respondentka (0,2 %) nechtěla i přes podporu personálem mít dítě u sebe. Mnohým respondentkám však personál kontakt s dítětem neumožnil. V 10,9 % případů z důvodu zdravotních komplikací, ve 3,0 % z jiných konkrétních důvodů, v 18,3 % bez zjevných důvodů a došlo tedy ke zbytečné škodlivé separaci. K překvapení 12,3 % respondentkám personál kontakt s jejich dítětem znemožňoval.

Graf č. 17 – Podpora kontaktu matky a dítěte

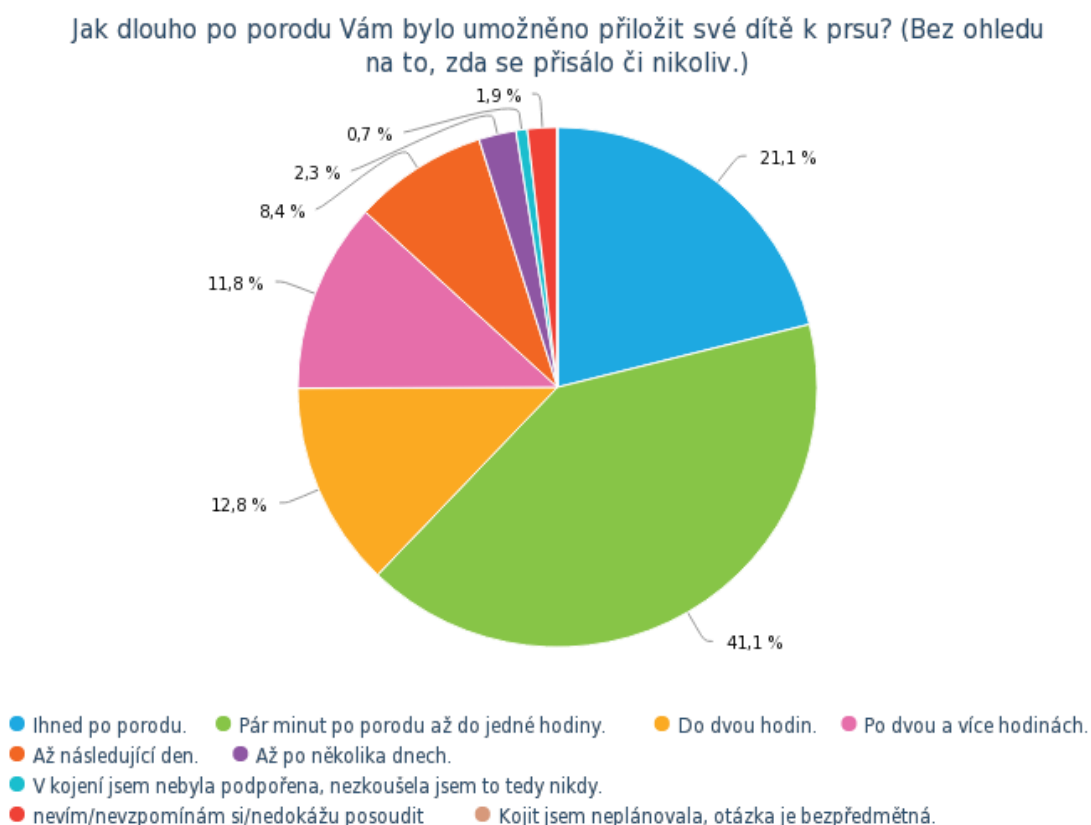




### 31 Jak dlouho po porodu Vám bylo umožněno přiložit své dítě k prsu? (Bez ohledu na to, zda se přisálo či nikoliv.)

Shledávám jako pozitivní, že rané přiložení dítěte k prsu bylo umožněno největšímu počtu respondentek. Buďto okamžitě (21,1 %) nebo do první hodiny po porodu (41,1 %). Při pohledu na graf je zjevné, že čím déle po porodu, tím je procentuální zastoupení respondentek nižší. Bez povšimnutí však nemůže zůstat, že 2,3 % mohla své dítě poprvé přiložit k prsu až po několika dnech a 0,7 % k prsu nepřiložila nikdy, jelikož v kojení nebyla personálem podpořena.

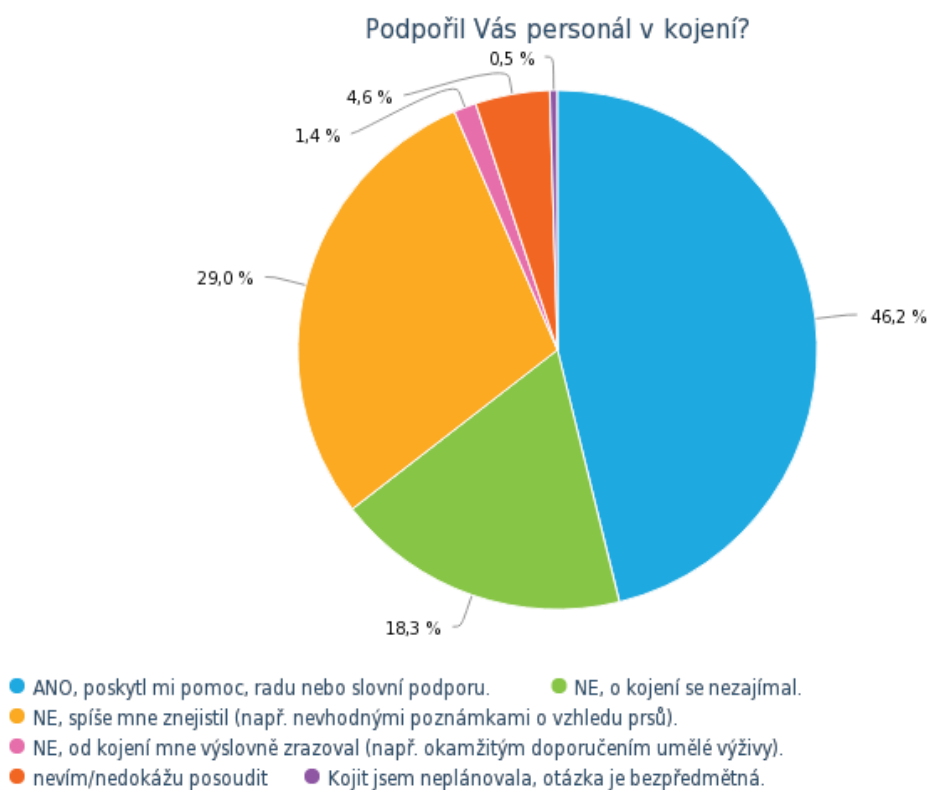
Graf č. 18 – První přiložení k prsu



### 32 Podpořil Vás personál v kojení?

Pouze 46,2 % respondentek personál pomohl s kojením nebo jim poskytl podporu. Celých 48,7 % se jich však ocitlo bez podpory. Buďto personál nebyl iniciativní (18,3 %), ženy místo podpory znejistil (29,0 %) nebo je od kojení vyloženě zrazoval (1,4 %). Vzhledem k současným poznatkům a strategiím k podpoře kojení v porodnicích se jedná o smutný a neočekávaný výsledek.

Graf č. 19 – Podpora kojení



## PSYCHICKÉ ASPEKTY

Jelikož je porod z nezanedbatelné části ovlivňován psychikou, zaměřila jsem se na psychické aspekty prostřednictvím osmi položek. Souvislost prožitků žen a průběhu porodu je z výsledků tak patrná, že nám umožňuje zčásti porozumět hlubokým traumatům žen po komplikovaných porodech a nekompromisně vyzdvihuje potřebu empatické, citlivé a důstojné péče o rodící ženu.

Prvními čtyřmi následujícími položkami jsem chtěla zjistit stav a proměnlivost pocitů v závislosti na čase, situaci a prostředí, ve které se rodičky nachází. Pocity nejvíce a nejméně frekventované jsou pouze stručně vypsány, grafy z důvodu nepřehlednosti nedoplňuji. Z otevřených odpovědí byl proveden výběr.

### **6 Jaké jste měla pocity před porodem (než jste odjela do porodnice)?**

Nejčastějšími pocity v této době byly následující, posoupně řazené:

- nervozita (41,5 %),
- nedočkavost (28,3 %),
- zvědavost (26,5 %),
- radost (25,8 %),
- strach/úzkost/obavy (23,7 %),
- odhodlání (22,7 %) a nejistota (20,6 %).

Naopak minimální počet respondentek uváděl:

- apatii (0,2 %),
- nedůvěru v sebe samu (2,8 %)
- a paniku (4,2 %)

Komentář č. 5 – Pocity před porodem (mimo porodnici)

*Klid.*

*Obavy, jak se ke mě budou chovat v nemocnici.*

*Vnitřní klid, smíření.*

*Odhodlání bojovat za sebe i dítě, aby tento porod nedopadl tak, jako první.*

## **7 Jaké jste měla pocity před porodem (po příjezdu do porodnice)?**

Po příjezdu do porodnice se pocity mírně změnilo. Nejčastěji respondentky pociťovaly

- nervozitu (43,9 %),
- strach/úzkost/obavy (35,0 %),
- nejistotu (33,6 %),
- nedočkavost (20,4 %),

Pocity nejméně uváděné byly

- apatie (0,7 %)
- sebejistota (4,6 %)
- nedůvěra v sebe sama (7,2 %)
- panika (8,8 %)
- radost (9,7 %)
- zvědavost (13,7 %),
- odhodlání (16,7 %),

Komentář č. 6 – Pocity před porodem (v porodnici)

*Vzteky.*

*Rozhořčení.*

*Znechucení.*

*Důvěra.*

## **20 Jaké jste měla pocity při porodu?**

Během vlastního porodu respondentky nejčastěji zažívaly jednoznačně negativní pocity:

- touha dítě porodit co nejrychleji (38,3 %)
- nejistota a zmatenost (36,0 %)
- bezmoc (31,8 %)
- strach/úzkost/obavy (30,2 %)
- ztráta důstojnosti (28,5 %)
- paralýza (24,4 %)
- strach o život dítěte (24,1 %)

- nedůvěra v sebe sama a svoji schopnost porodit (23,0 %)
- neúčast na procesu porodu (22,3 %)
- ztráta napojení na dítě (22,3 %)
- nevladatelnost vlastního těla (21,1 %)
- neživotnost (20,6 %)

Nejméně volené možnosti byly následující:

- kontrola nad situací (2,8 %)
- synchronizace s dítětem (3,7 %)
- strach přivést na svět své dítě (4,4 %)
- apatie (4,9 %)
- spolupráce s vlastním tělem (7,0 %)
- strach o svůj život (7,2 %)
- sebejistota a sebedůvěra ve vlastní schopnost porodit (8,4 %)

Komentář č. 7 – Pocity v průběhu porodu

*Extrémní zhnusení chováním personálu.*

*Naprostá odevzdanost a pocit, že potřebuju, aby mi někdo přesně říkal, co mám dělat.*

*Prvně jsem byla veselá, rozhodnutá to skvěle zvládnout, odhodlaná... Po tisících zásazích se to změnilo ve strach o život.*

*Pocit, že mi do toho stále zdravotníci zasahovali, např. otázkami nebo neustálým děláním monitoru, rušilo mě to, chtěla jsem v klidu родit a ne řešit.*

*Vztek na personál, s kterým jsem se neustále musela dohadovat o tom, co chci a co ne.*

*Nevnímala jsem svět.*

*Tlak ze strany personálu na postup porodu a následné nevnímání vlastního těla.*

### **34 Jaké jste měla pocity bezprostředně po porodu?**

Přestože byl pro respondentky průběh porodu velmi stresující a nepříjemný, jak lze vidět u předchozí položky, zaujímají zde první tři příčky velmi pozitivní pocity. Zvláštností je zde také to, že se výrazně prolínají pozitivní i negativní pocity.

- úleva (54,1 %)
- zájem o dítě (40,6 %)
- radost (33,9 %)
- psychické vyčerpání (32,5 %)
- selhání v roli rodičí ženy (25,3 %)
- bezmoc (23,0 %)
- nejistota v mateřské roli (22,3 %)
- strach o dítě (21,6 %)
- příliv energie (21,1 %)

Nejméně časté pocity, avšak též nezanedbatelné:

- nezájem o dítě (4,4 %)
- vina (10,0 %)
- obavy z budoucnosti (10,4 %)
- vděk (11,1 %)
- zneužití/znásilnění (12,3 %)
- sebevědomí, hrdost (12,5 %)
- vztek (12,8 %)
- neživotnost (13,7 %)
- ztráta vazby s dítětem (13,7 %)
- smutek (17,2 %)
- spojení s dítětem (17,6 %)

Komentář č. 8 – Pocity bezprostředně po porodu

*Cítila jsem se jako věc, odrodili mě, jak to říkají, vlastně bez jakéhokoli zájmu o mou osobu.*

*Zhnusení nad personálem, co dovedli udělat z bezproblémového porodu.*

*Přežila jsem.*

*Pocit, že druhé dítě už nechci...*

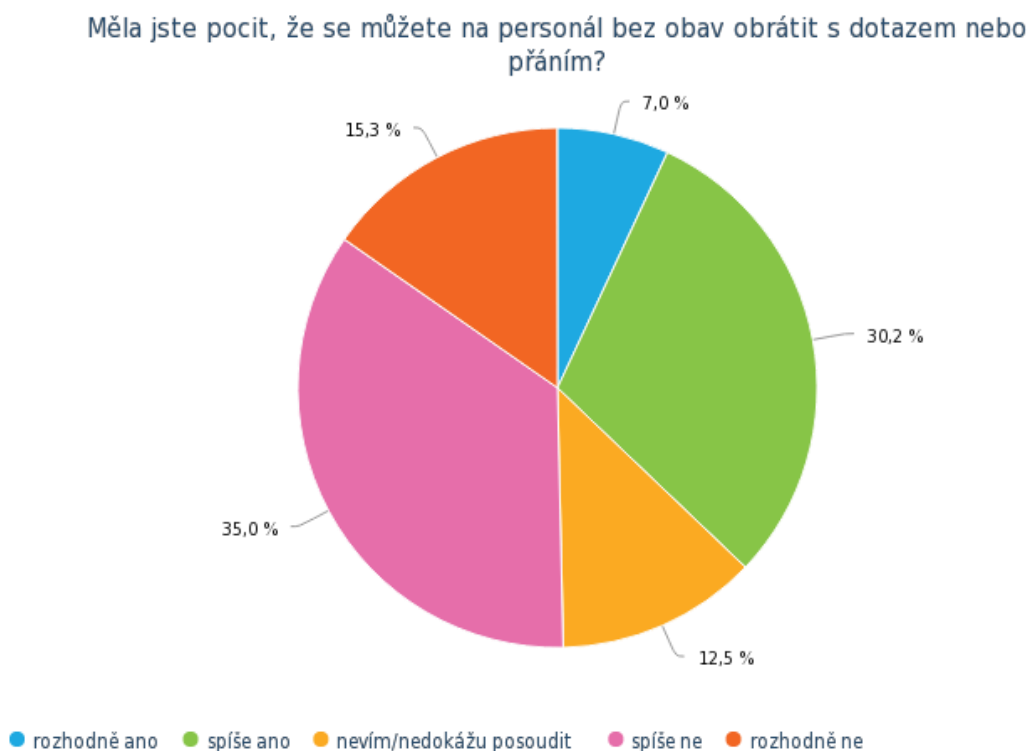
*Až po porodu jsem se ostře vymezila proti dalším slovním útokům personálu. Doktor dostal strach a zpětně mi začal osvětlovat průběh a v čem se zmylili.*

*Velká lítost, že jsem do porodnice jela, huř nám nikde jinde být nemohlo.*

## 25 Měla jste pocit, že se můžete na personál bez obav obrátit s dotazem nebo přáním?

Touto položkou sleduji míru důvěry vůči personálu. Do hry kromě důvěry rodiček vstupují i jiné faktory, jako například ochota a naladění personálu, atmosféra na porodním sále aj. U této položky je minimum jednoznačných odpovědí a respondentky se spíše přiklání k neutrální možnosti. Většina sdělila, že se na personál spíše obávala obrátit (35,0 %), v těsném závěsu je druhá největší skupina, jež se při žádosti na personál cítila naopak svobodněji (30,2 %). Bohužel, respondentky, které se na personál mohly bez obav obrátit, tvoří skupinu nejmenší (7,0 %). Pokud má pacient ke zdravotníkům důvěru, nemá zpravidla problém je o něco požádat nebo se zeptat. Výsledek u této položky svědčí o tom, že důvěra respondentek byla výrazně narušena. To následně mohlo mít dopad i na jejich informovanost a uspokojení aktuálních potřeb.

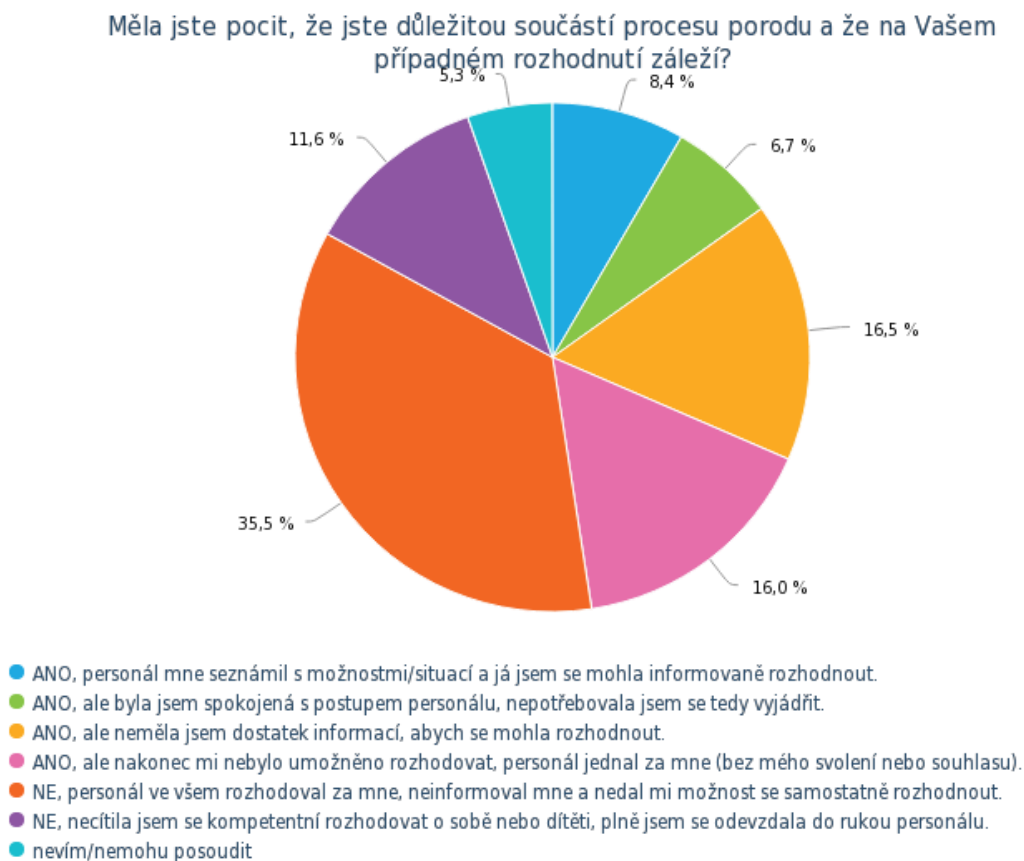
Graf č. 20 – Důvěra k personálu



## 27 Měla jste pocit, že jste důležitou součástí procesu porodu a že na Vašem případném rozhodnutí záleží?

Již dříve jsem poukázala na to, že je velmi důležité, aby rodička byla při porodu aktivním prvkem, aby nebyla připravena o důstojnost ani svá základní lidská práva. Vedle nedostatku důvěry zde hrála roli zjevně i nesprávná komunikace, jelikož nejvíce klientek u této položky mělo pocit, že se nemohou na procesu porodu spolupodílet. Sdělily, že personál jednal bez jejich svolení a souhlasu, nepodával jim informace ani neponechal svobodu rozhodovat o svém těle a porodu (35,5 %). Opačný dojem měla menší skupina respondentek, se kterými personál efektivně komunikoval a dal jim prostor (8,4 %). I jiné respondentky pocítovaly svou důležitost během porodu. Část z nich byla s návrhy a konáním personálu spokojená (6,7 %), část se necítila dostatečně informovaná (16,5 %) a dalším byla možnost spolupodílení se na procesu porodu přesto odepřena (16,0 %). Některé respondentky se necítily dostatečně kompetentní se k průběhu svého porodu vyjadřovat a s důvěrou toto přenechaly na personálu (11,6 %), což opět svědčí o nedostatečné informovanosti a podpoře ze strany poskytovatelů služeb.

Graf č. 21 – Pocit aktivní účasti na porodu





## 22 Jaký nepříjemný PSYCHICKÝ zásah personál učinil?

Respondentky se nejčastěji setkávaly s níže uvedenými zásahy:

- přítomnost mnoha osob (39,2 %)
- záměrné dramatizování, strašení (35,7 %)
- manipulace (35,3 %)
- nepříjemné neverbální projevy (34,8 %)
- necitlivě prováděné vyšetření/zásah (34,6 %)
- zlehčování bolesti a pocitů (31,8 %)
- nerespektování soukromí a intimity (28,8 %)
- vstup na pokoj bez zaklepaní (26,7 %)
- ignorace sdělených potřeb (26,7 %)
- nepříjemný tón, negativní emoce (25,8 %)
- ponižující komentáře (22,7 %)
- přítomnost negativně naladěné osoby (22,3 %)
- ponižující jednání (20,9 %)
- necitlivé chování zdravotníka ošetřujícího porodní poranění (20,6 %)
- nátlak k vynucení rozhodnutí či souhlasu s léky/zákrokem (20,0 %)

Některým respondentkám bylo také vyhrožováno (9,5 %), personál na ně křičel či zvyšoval hlas (11,4 %) nebo zasahoval do jejich intimní zóny bez svolení (19,7 %), ba dokonce navzdory nesouhlasu (6,7 %). Ze všech respondentek jich pouze 50 (11,6 %) nehodnotilo žádný zásah personálu jako psychicky nepříjemný. Jistě není pochyb o tom, že by se nic z výše uvedeného rodičkám dít nemělo. Je těžko pochopitelné, že v dnešní době zažívají psychické násilí v takové míře. Zvláště když víme, že ke zdárnému průběhu porodu žena potřebuje především klid, něhu a citlivý přístup okolí.

Komentář č. 9 – Nepříjemný psychický zásah

*Nepřítomnost personálu, (...)*

*Syn byl hned po porodu odnesen. (...)*

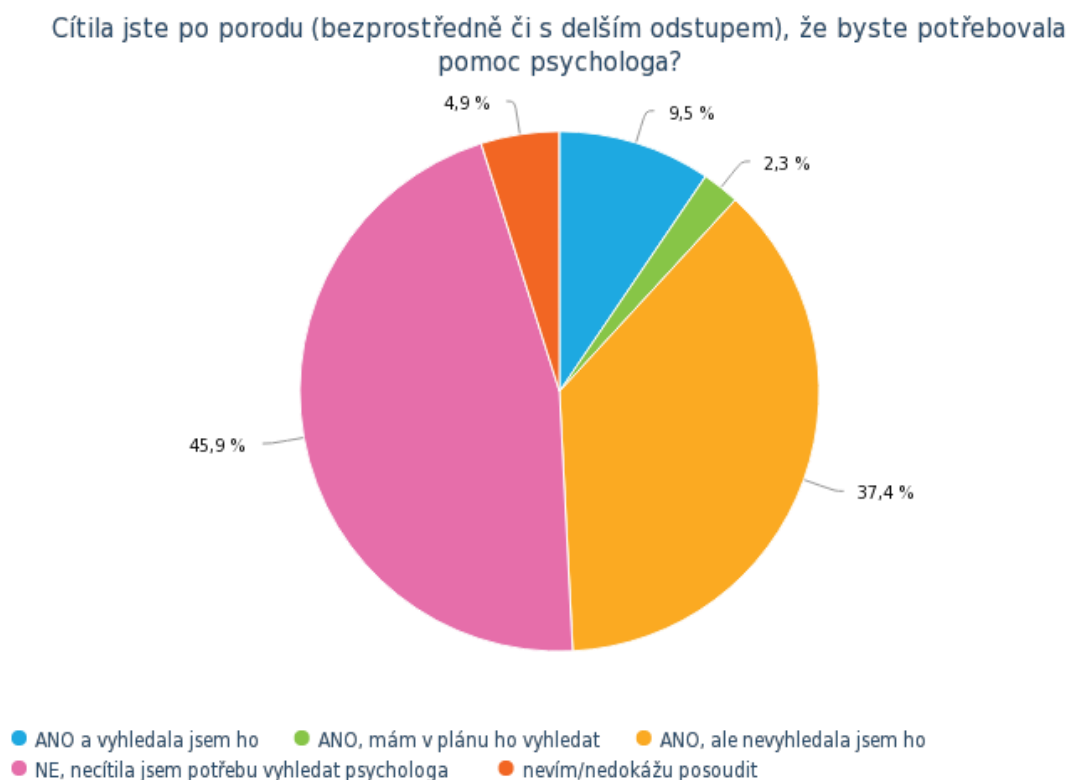
*Lékařka byla spolužačkou mého doprovodu, komunikovala tedy s ní, dokonce jí po porodu chtěla podat moje novorozence!*

*Komentáře o tom, že nezvládnou porodit, že je moje děloha po tak dlouhé době příliš unavená.*

### 35 Cítala jste po porodu (bezprostředně či s delším odstupem), že byste potřebovala pomoc psychologa?

Navzdory vnímání porodu jako velmi nepříjemného zážitku, téměř polovina respondentek (45,9 %) neměla potřebu po porodu vyhledat psychologa. Z těch, které tuto potřebu cítily, jich většina nevyhledala (37,4 %). Pomoc psychologa reálně využila jen malá část respondentek (9,5 %) a pár se jich k tomu teprve chystá (2,3 %).

Graf č. 22 – Potřeba pomoci psychologa



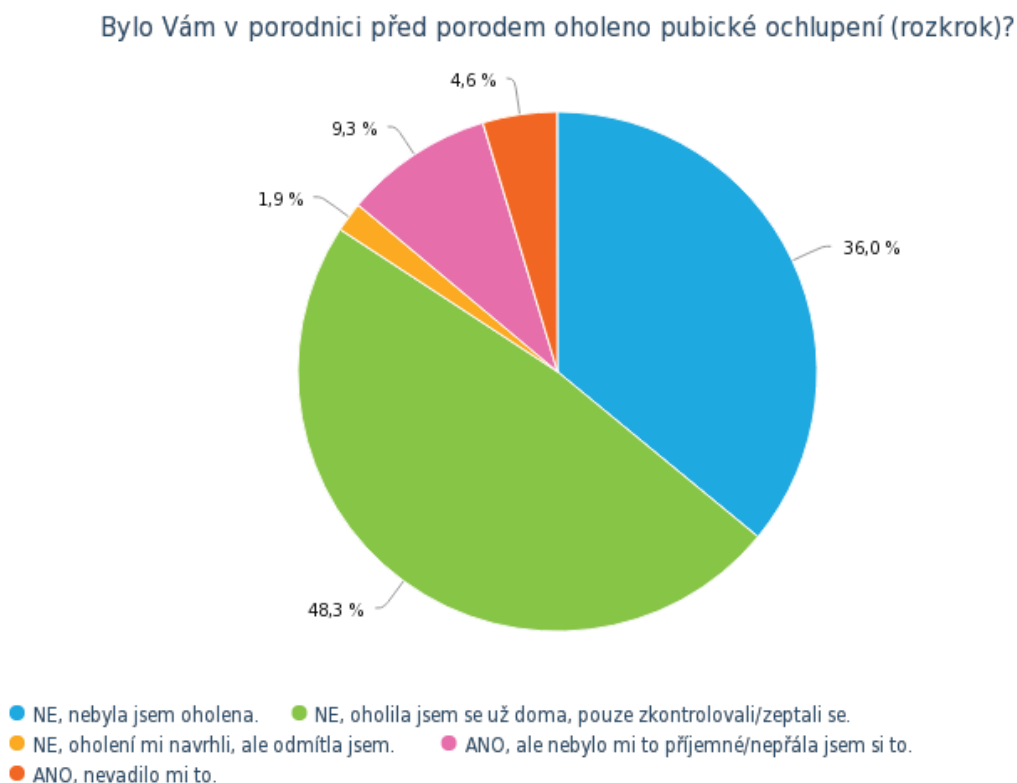
## FYZICKÉ ASPEKTY

Intervencím do porodu je věnována podstatná část teoretické práce, stejně tak empirické. Kromě intervencí byl věnován prostor i následkům po traumatizujícím porodu.

### 10 Bylo Vám v porodnici před porodem oholeno pubické ochlupení (rozkrok)?

Tento rutinní zákrok vesměs nepředstavoval pro respondentky problém. Buďto si pubické ochlupení oholily samy ještě doma (48,3 %) nebo nebyly oholené vůbec (36,0 %). Část respondentek musela podstoupit oholení, přestože jim to nebylo příjemné nebo si to nepřály (9,3 %) a pouze pár respondentek mohlo intervenci odmítnout (1,9 %).

Graf č. 23 – Rutinní oholení pubického ochlupení

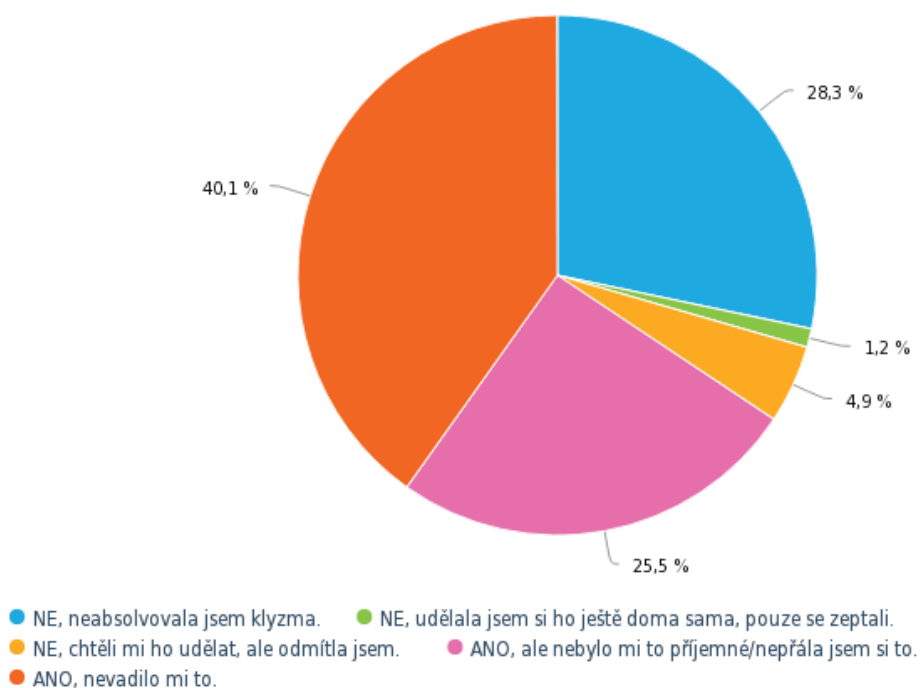


## 11 Bylo Vám v porodnici před porodem provedeno klyzma (výplach střev)?

Jak se ukázalo, klyzma také nepředstavovalo problémovou intervencí. Největšímu množství respondentek nevadilo vůbec (40,1 %) a mnohé ho vůbec neabsolvovaly (28,3 %). Řada klientek ho však vnímala jako nepříjemný zákrok, který podstoupit nechtěla, ale musela (25,5 %). Zde bych chtěla podotknout, že velmi záleží na vysvětlení účelu klyzmatu. Ne každá žena ho vnímá jako nepříjemný nebo zbytečný. Některé ho vítají jako užitečný prostředek, který porod zpříjemní a usnadní. Je však samozřejmé, že by k jeho využití neměla být žádná rodička nucena.

Graf č. 24 – Rutinní provedení klyzmatu

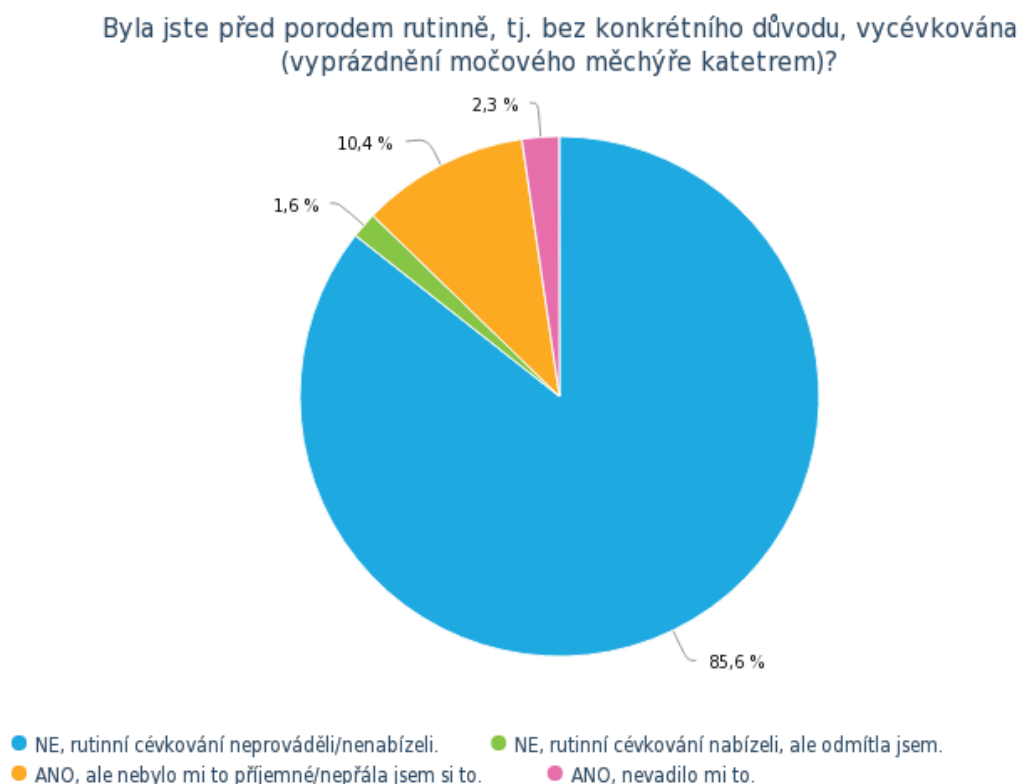
Bylo Vám v porodnici před porodem provedeno klyzma (výplach střev)?



## 12 Byla jste před porodem rutinně, tj. bez konkrétního důvodu, vycévkována (vyprázdnění močového měchýře katetrem)?

Z výsledků vyplývá, že se od rutinního cévkování zřejmě ustupuje, jelikož naprostá převaha respondentek tvrdila, že jim nebylo provedeno ani nabídnuto (85,6 %). Respondentkám, které rutinně vycévkovány byly, to povětšinou přineslo nepříjemné pocity (10,4 %), některým však nevadilo (2,3 %).

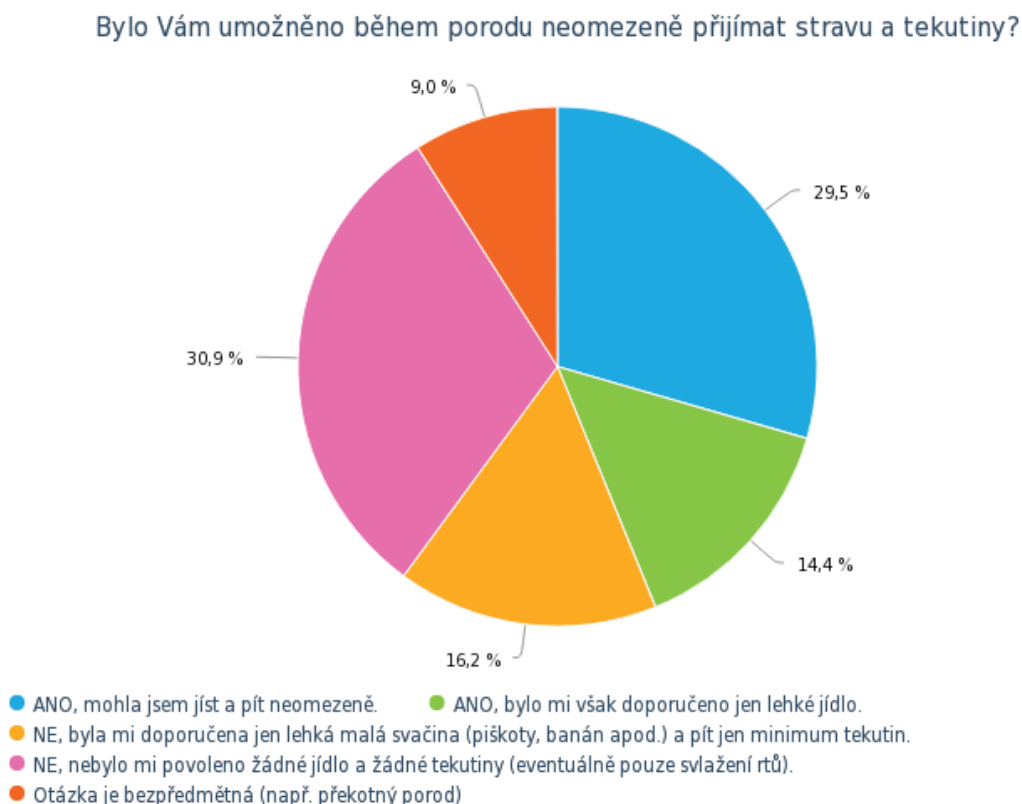
Graf č. 25 – Rutinní vyprázdnění močového měchýře katetrem



### 13 Bylo Vám umožněno během porodu neomezeně přijímat stravu a tekutiny?

Zde jsou odpovědi velmi různé, což zřejmě vypovídá o rozdílných zvyklostech jednotlivých porodnic. Množství respondentek, kterým bylo striktně zakázáno jídlo i nápoje (30,9 %) je téměř srovnatelné s těmi, které mohly stravu a tekutiny přijímat neomezeně (29,5 %). Jedna respondentka svou odpověď doplnila v poslední položce dotazníku tím, že sice nemohla konzumovat stravu a běžné tekutiny, ale mohla neomezeně pít iontový nápoj, který měla v porodnici k dispozici.

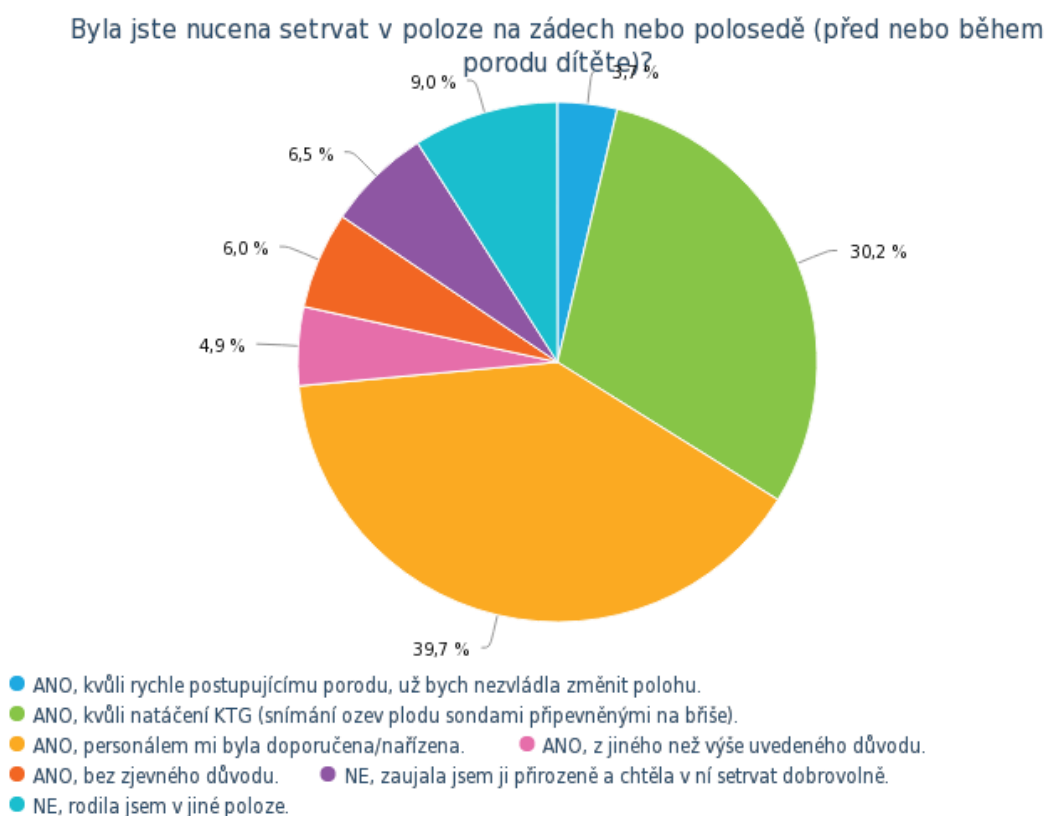
Graf č. 26 – Možnost konzumace stravy a tekutin



## 19 Byla jste nucena setrvat v poloze na zádech nebo polosedě (před nebo během porodu dítěte)?

Nejvíce volené odpovědi u této položky potvrzují, že poloha na zádech či v polosedě je v porodnicích stále nejvíce doporučovaná poloha v první a druhé době porodní. Personál ji doporučuje nebo na ní přímo trvá (39,7 %) a mnoho žen je nucených v ní setrvat kvůli pořizování KTG záznamu (30,2 %). Respondentky, které ji zaujaly spontánně a dobrovolně, tvoří poměrně malou část (6,5 %) z celku. V jiné než výše uvedené poloze rodilo 9,0 % respondentek.

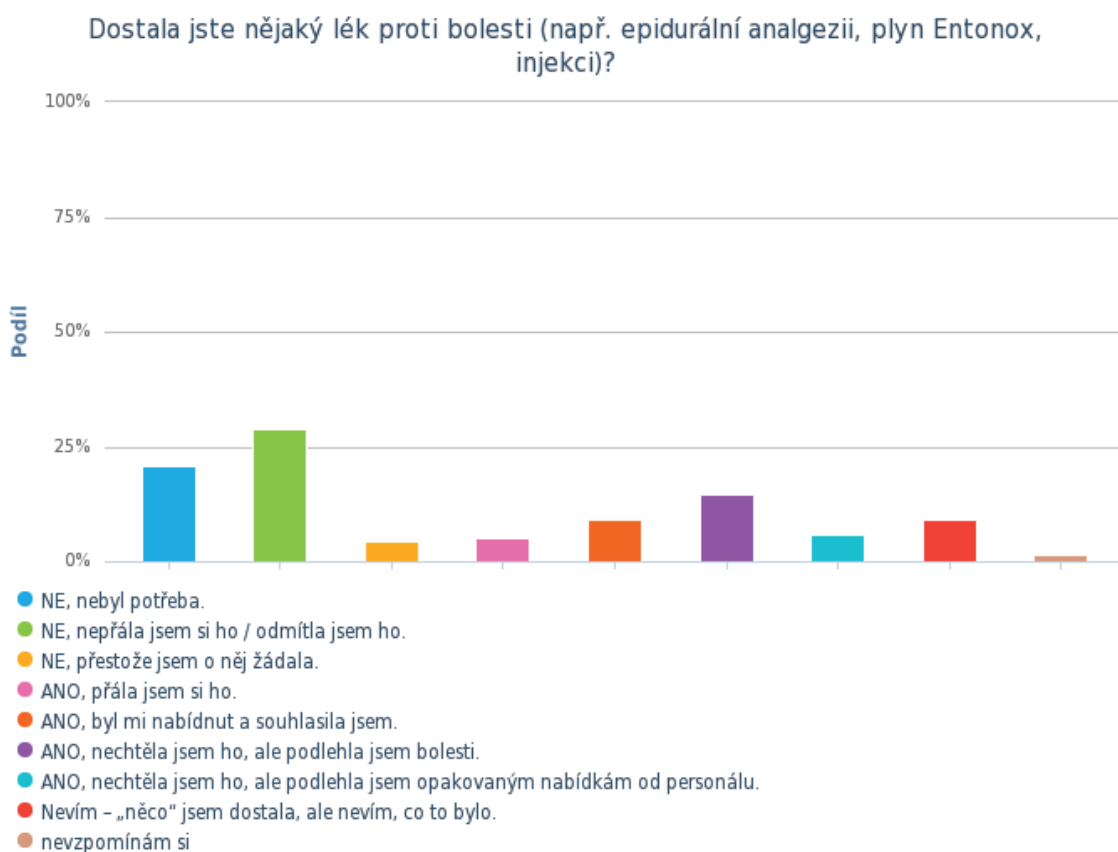
Graf č. 27 – Poloha na zádech nebo v polosedě během porodu



#### 14 Dostala jste nějaký lék proti bolesti (např. epidurální analgezií, plyn Entonox, injekci)?

Výsledek u této položky hodnotím celkem pozitivně. Mnoho respondentek nedostalo žádný lék proti bolesti (20,9 %) a stejně tak si jich ho mnoho nepřálo/odmítlo a jejich rozhodnutí bylo respektováno (29,0 %). Na druhou stranu, několik jich o analgetika žádalo, ale neúspěšně (4,4 %). K okolnostem této situace by byl zapotřebí hlubší výzkum. Zarážející je také množství respondentek, které sdělily, že jim „něco bylo aplikováno bez informace a bez jejich svolení (9,3 %).

Graf č. 28 – Analgetika

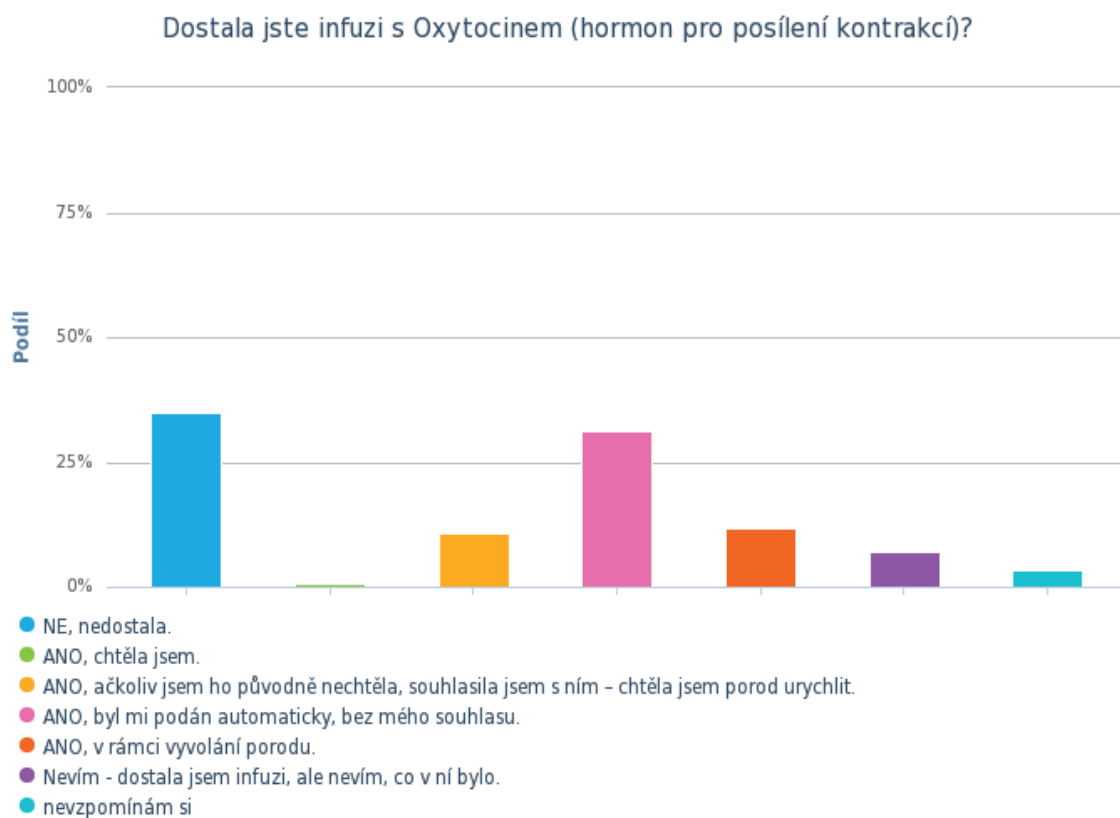




## 15 Dostala jste infuzi s Oxytocinem (hormon pro posílení kontrakcí)?

Infuze s umělým Oxytocinem byla podána více než polovině respondentek (54,5 %), přičemž nejčastěji automaticky bez jejich svolení (31,3 %). 35,0 % respondentek tuto intervenci nejuje (35,0 %), ale opět zde vidíme i ty, které jsou si vědomy toho, že dostaly infuzi, avšak nebyly obeznámeny s jejím obsahem (7,0 %).

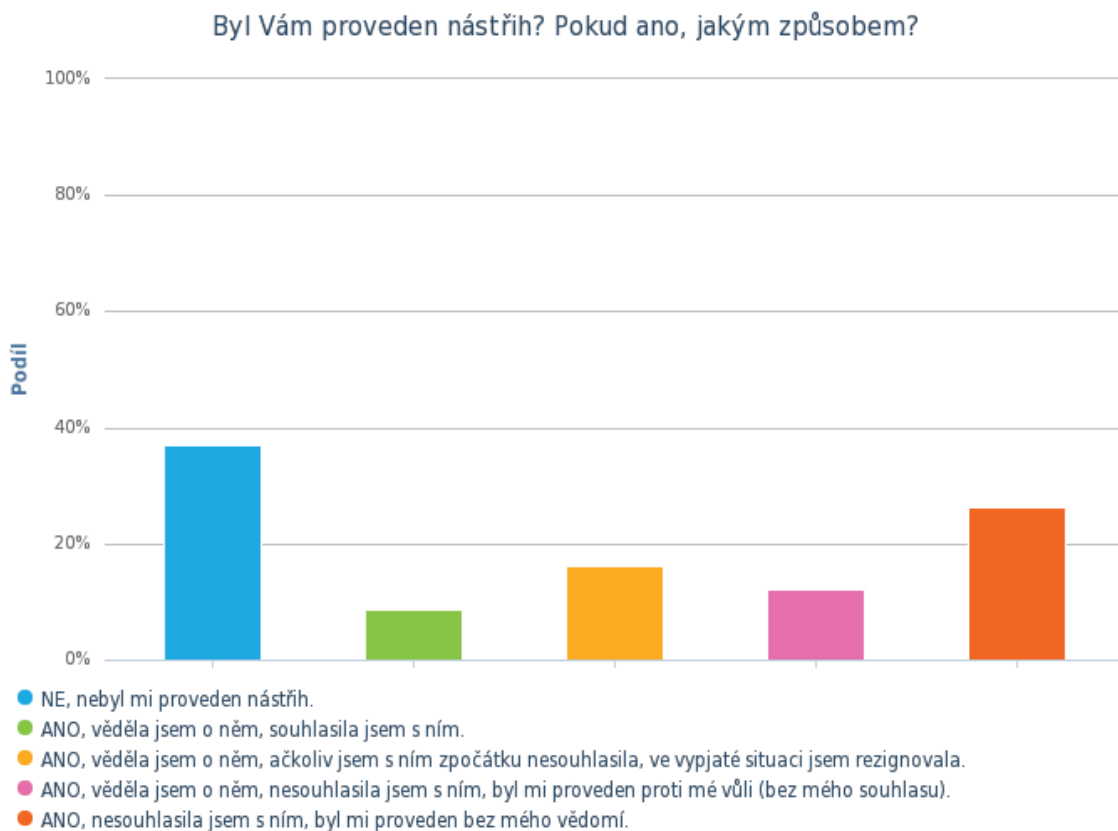
Graf č. 29 – Oxytocin



## 28 Byl Vám proveden nástřih? Pokud ano, jakým způsobem?

Menšina respondentek provedení nástřihu vyloučila (36,9 %), všem ostatním proveden byl (63,1 %). Výsledek je znepokojivý i v tom smyslu, že většina respondentek byla nastřížena bez předchozí informace a tudíž bez svolení (26,2 %) a nemalá část vědomě, ale přes výslovný nesouhlas (12,1 %). Další respondentky sdělily, že nástřih původně odmítaly, ale ve vypjaté situaci rezignovaly (16,2 %). Zda lze rezignaci ve vyčerpání a zoufalství brát jako informovaný souhlas, lze polemizovat. Zbylá skupina respondentek o možném nástřihu předem věděla a s jeho provedením souhlasila (8,6 %).

Graf č. 30 - Episiotomie



## 21 Jaký nepříjemný FYZICKÝ zásah personál učinil?

Nejprve bych zmínila, že 17,9 % respondentek žádný fyzický zásah nevnímaly jako nepříjemný. Ostatní respondentky se nejčastěji setkávaly s následujícími:

- necitlivé vaginální vyšetření (46,4 %)
- tlačení na břicho (43,2 %)
- necitlivé ošetřování porodního poranění (25,3 %)
- zásahy do intimní zóny bez předchozího upozornění (25,1 %)
- fyzická manipulace personálem do nepříjemné polohy (20,4 %)

Ačkoliv jsou veškeré nabídnuté možnosti naprosto nepřijatelné a neospravedlnitelné, šokovalo mne zjištění, že mnoho respondentek bylo nastříženo mimo kontrakci, což je nesmírně bolestivé (17,2 %), dále byly svázány (7,7 %), násilím drženy personálem, aby se nemohly hýbat (10,4 %), bolestivě uchopeny (7,7 %), nedůstojně postrčeny (8,1 %). Nemálo jich bylo poraněno personálem, který použil nepřiměřenou fyzickou sílu (7,2 %) a dvě respondentky byly dokonce uhozeny (0,5 %).

V možnosti „jiný“ se často opakuje manuální roztahování děložního hrdla, tahání za pupeční šňůru, násilné vytahování placenty a bolestivé mačkání břicha k vypuzení placenty.

Komentář č. 10 – Nepříjemný fyzický zásah

*Zbytečně obrovský nástřih nezkušeným doktorem – tehdy nováčkem.*

*Rvání za pupeční šňůru.*

*Tahání za placentu, v podstatě ji ze mě vyrvali.*

*Nástřih hráze, bez upozornění, bez zeptání.*

*Vytrhli ze mne dítě mezi kontrakcemi. Takovou bolest jsem v životě nezažila. Doktorka mi odstříhla kousek labia s kouskem klitoris, bez anestezie.*

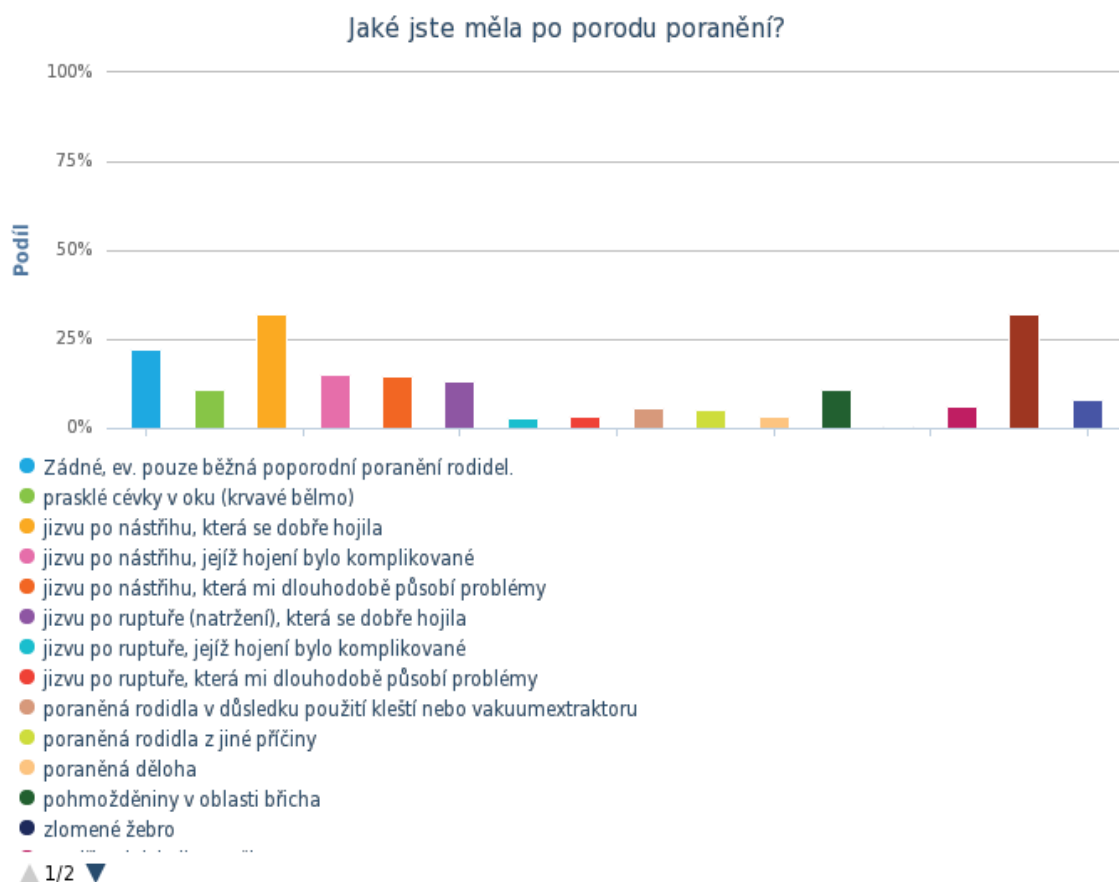
### 37 Jaké jste měla po porodu poranění?

Žádné poranění, eventuelně běžná porodní poranění udalo 22,3 % respondentek. Ty zbylé si z porodu nejčastěji odnášely následující traumata:

- dobře hojící se jizvu po nástřihu (32,0 %)
- hemoroidy (32,0 %)
- problémově hojící se jizvu po nástřihu (15,3 %)
- jizvu po nástřihu, dlouhodobě působící problémy (14,8 %)
- dobře hojící se jizvu po natržení (13,0 %)

Znepokojující je vysoké zastoupení respondentek u poranění rodidel porodnickými kleštěmi či vakuumextraktorem (5,6 %), poranění dělohy (3,2 %), modřiny (6,3 %) a pohmožděnin v oblasti břicha (10,7 %). Dvěma respondentkám (0,5 %) bylo při porodu dokonce zlomeno žebro.

Graf č. 31 – Porodní poranění ženy



Ve volném vyjádření respondentky doplňovaly mnoho dalších různorodých poranění v důsledku porodu.

Komentář č. 11 – Porodní poranění ženy

*Vychýlená kostrč.*

*Povolené svaly pánevního dna.*

*Ruptura stydké spony, (...)*

*Spontánní pneumotorax, (...)*

*Zlomená kostrč.*

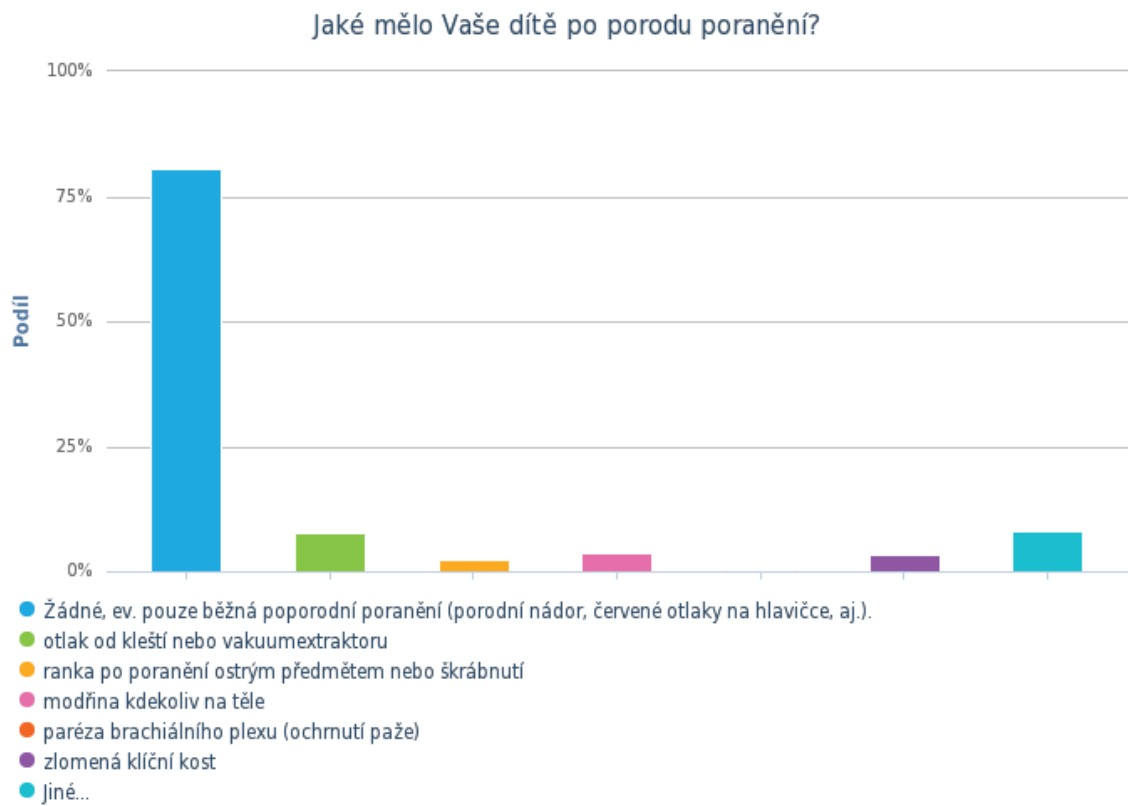
*Zánět šlach na ruce, necitlivou hýždí kvůli intramuskulární injekci, která byla špatně aplikována, (...)*

*Poranění nervu v levé ruce, PA mi nestihla sundat zaškrcovadlo, když šla pro oxytocin, (...)*

### **38 Jaké mělo Vaše dítě po porodu poranění?**

Drtivá většina dětí měla z porodů běžná poranění, eventuelně žádná (80,5 %). Traumatizované děti měly nejčastěji otlak na hlavičce po použití kleští/vakuumextraktoru (7,7 %), modřinu (3,7 %) nebo zlomenou klíční kost (3,5 %). Celkem 8,1 % respondentek využilo otevřené možnosti a i zde lze vidět rozmanitá poranění, například hemiparéza, pohmožděnina, torticollis, kiss syndrom, kompletní sepse zlatým stafylokokem aj. Jedna respondentka uvádí, že jí miminko zemřelo. Není jasné, jestli při porodu nebo až po něm, ani mi nejsou známy bližší okolnosti a příčiny této tragické události.

Graf č. 32 – Porodní poranění dítěte



## 9 DISKUSE

Pro tuto práci byly vytyčeny tři hlavní a tři dílčí cíle. Tato kapitola shrnuje nakolik se jich podařilo dosáhnout a s jakým výsledkem.

### **Hlavní cíl č. 1: *Předložit současné poznatky o problematice porodnického násilí.***

Po úvodní definici vlastního násilí a specifikaci násilí porodnického, byly aspekty řešeného tématu podrobně popsány ve třetí kapitole Prvky násilí v porodnictví teoretické části práce. Záměrem bylo podat ucelenou představu o tom, co porodnické násilí obnáší a jak vzniká. Kapitola č. 4 doplňuje tyto informace o možné důsledky takové praxe. Popis problematiky by nebyl úplný, kdyby nenabízel adekvátní řešení častých situací. Proto jsou představeny Cesty k eliminaci porodnického násilí v kapitole páté. Vzhledem k výše uvedenému považují nastínění problematiky za dostatečné a tedy cíl za dosažený.

### **Hlavní cíl č. 2: *Realizovat výzkum za účelem zjištění, s jakými typy násilí se rodičky při porodu setkávají, a prezentace, jaké intenzity násilí při porodu dosahuje.***

Empirická část práce předkládá metodiku realizovaného kvantitativního výzkumu, jehož nástrojem byl dotazník v elektronické formě. Dříve popsané prvky porodnického násilí skutečně korespondovaly s výsledky, které se podařilo získat od 431 respondentek. Výzkum potvrdil nejen, že je na ženách v českých porodnicích pácháno násilí, ať už vědomě či bezděčně, ale dokonce poskytl velmi konkrétní představu o jeho podobě a intenzitě. Bylo zaznamenáno, že se personál vždy nejedná dle doporučených postupů a dle nejnovějších poznatků vědy. Stále jsou rutinně prováděny intervence, které WHO deklaruje jako potenciálně škodlivé, a zákroky, které nejsou v souladu s definicí *Lege artis*. Bylo odhaleno, že jsou často porušována práva žen na ochranu zdraví, osobní svobodu, důstojnost a na osobní nedotknutelnost a soukromí. Respondentky mimo jiné popsaly aplikaci léků bez jejich souhlasu, realizování intervencí navzdory jejich výslovnému odmítnutí, nedostatečnou informovanost v zásadních záležitostech a zbytečnou separaci matky a dítěte po porodu. Velké nedostatky byly zaregistrovány i v komunikaci personálu s rodičkami, a to od úplně absence komunikace, přes nedostatečné a nepodložené informace až po agresivní a ponižující výroky či jednání. Dále se ukázalo, že ženy musí v porodnicích čelit i psychickému násilí, což zahrnuje manipulaci, citové vydírání, výhrůžky, zásahy do důstojnosti, soukromí a intimity, zlehčování pocitů a ignoraci potřeb.

Otevřené výpovědi respondentek poskytly také důkaz o existenci fyzického násilí v porodnicích. I zde se jedná o širokou škálu prvků, od hrubého vyšetřování a ošetřování poranění, přes řadu rutinně, tedy neopodstatněně, prováděných zákroků, nadměrnou medikaci, až po drsnou fyzickou manipulaci, cílené znehybňování přivazováním či fyzické napadení. Každý jednotlivý prvek násilí jinak vnímá žena, která jej prožila, a jinak nezávislý pozorovatel. Proto posuzování v jaké míře bylo porodnické násilí zaznamenáno mi jednak nepřísluší, jednak vlastní škála intenzity je obtížně definovatelná. Ostatně cílem bylo tuto intenzitu pouze prezentovat. S ohledem na velice podrobná a výstižná data, jež výzkum poskytnul, považuji hlavní cíl č. 2 za dosažený.

**Hlavní cíl č. 3: *Zjistit, jakým způsobem je problematika komunikace a etiky zařazena do učebních osnov oboru Zdravotnický asistent.***

Poznatky k uvedené problematice kladou velký důraz na schopnost zdravotníků efektivně a správně komunikovat. I znalost a zvnitřnění etických principů představují základní výbavu osobnosti zdravotníka. Pozornost byla zaměřena na středoškolský obor Zdravotnický asistent z toho důvodu, že zde dochází k vůbec prvnímu seznámení s komunikací a etikou ve zdravotnických oborech. Toto učivo tvoří základ každého zdravotníka, formuje osobnost žáků bez ohledu na to, kterým směrem se později ve zdravotnictví vydají. Svě znalosti a dovednosti v těchto oblastech budou jistě upevňovat i v následném studiu, avšak klíčové první seznámení s problematikou nepochybně tvoří pevný základ a předpoklad k úspěšnému dalšímu rozvoji.

Bylo zjištěno, že žáci oboru Zdravotnický asistent jsou během studia vedeni k respektu, k úctě, toleranci, slušnosti a zodpovědnosti. Jsou podněcováni k seberozvoji, iniciativě, k jednání v duchu udržitelnosti, k dodržování předepsaných norem. RVP nabízí velmi podrobný výčet všech jednotlivých témat, která z žáků utváří informované, otevřené osobnosti, jež pacientovi nabízí nejen jistotu a podporu, ale i partnerský přístup. Proto tento cíl považuji za dosažený.



**Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jaký je vztah mezi charakterem porodu rodičky v porodnici a jejím pocitem dostatečné informovanosti v jeho průběhu.**

Testování hypotézy k tomuto cíli prokázalo, že jsou pocity dostatečné informovanosti stejné, bez ohledu nato, zda byl ženě porod vyvolán uměle nebo započal spontánně. Cíle bylo dosaženo.

**Dílčí cíl č. 2: Zjistit jaká je souvislost mezi paritou rodičky, jež hodnotí průběh porodu v porodnici negativně, a její potřebou vyhledání psychologa po tomto porodu.**

K tomuto cíli byla vytvořena hypotéza, kterou nebylo možné z důvodů nesplnění podmínek aproximace ověřit. Na základě dostupných dat lze pouze předpokládat, že závislost zde existuje, a to taková, že prvorodička má pravděpodobně větší potřebu vyhledání psychologa po porodu než vícerodička. Cíle bylo dosaženo částečně.

**Dílčí cíl č. 3: Zjistit, jaký má vliv chování, jednání a vyjadřování personálu během porodu v porodnici na postoj rodičky k jejímu dalšímu porodu.**

Po otestování hypotézy lze jednoznačně říci, že pokud rodička nebyla spokojena s přístupem a jednáním personálu, má větší tendenci zvažovat jiné okolnosti svého dalšího porodu. Cíle bylo dosaženo.

O dosažení jednotlivých cílů práce svědčí i zřetelná podobnost s výsledky výzkumů, jež jsou uvedené v kapitole *Provedené studie k problematice porodnického násilí*. Použitou metodiku a nástroj k výzkumu zpětně hodnotím jako vhodně zvolené. Avšak problematikým shledávám obrovský rozsah jak teoretické, tak empirické části. Přestože jsem téma specifikovala, stále se jedná o velice obsáhlou problematiku. Navzdory tomu, že velikost výzkumu překračuje povolený rozsah pro diplomovou práci, vnímám že poskytl velmi užitečná data, která lze rozličně využít.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se věnovala problematice porodnického násilí. Konkrétně jeho existenci, prvkům, a důsledkům. Bylo vytyčeno celkem šest cílů, z nichž pěti bylo úspěšně dosaženo a jednoho pouze částečně. V teoretické části práce jsou nejdříve jasné definovány pojmy ‚násilí‘ a ‚porodnické násilí‘, dále jsou podrobněji rozpracovány jednotlivé prvky tohoto fenoménu, včetně důsledků. V závěru jsou navržena možná východiska k eliminaci porodnického násilí. Pozornost byla zaměřena i na neméně důležité téma, kterým je vzdělání budoucích zdravotníků v oblasti komunikace a etiky, což jsou prvky, které se úzce vztahují k násilí jako takovému.

Praktická část se věnovala sběru dat od rodiček, které v letech 2000-2016 prožily v české porodnici spontánní porod, který je nějakým způsobem nepříjemně poznamenal. Celkový počet použitelných vyplněných dotazníků byl 431. Výsledky prokázaly, že problém porodnického násilí je skutečný a vyžaduje řešení. Respondentky popisovaly fyzické a psychické násilí, špatnou komunikaci, nerespektování práv a neadekvátní intervence.

Během studia různých dokumentů při tvorbě práce mi neunikl do očí bijící rozdíl v postoji a vyjadřování českých autorů a těch zahraničních. Převážná část českých autorů je velice hrdá na stav našeho porodnictví, o ženách se často vyjadřují pohrdavě, nedůstojně, vyžadují jejich poslušnost, označují je za ‚pacientky‘. Vyjadřování je technické, odborné, strohé, upjaté a medicínsky zaměřené. V pasážích o psychologii porodu jsem těžko hledala zmínky o nevhodném chování personálu vůči rodičkám. Naopak o ‚nespolupracujících‘ a ‚problémových‘ rodičkách jsem dočetla několikrát, včetně rad, jak je ‚zpacifikovat‘. V našem českém prostředí, jako by zkrátka problém porodnického násilí neexistoval. Oproti tomu zahraniční články a publikace nabízí komplexní pohled na porod, autoři zde o ženách mluví s úctou, označují je jako ‚ženy‘ nebo ‚rodičky‘, zohledňují jejich psychiku, zcela samozřejmě přijímají partnerský přístup a především otevřeně promlouvají o nerespektujícím jednání s rodičkami, pokládají si otázky a usilují o nalezení řešení.

Rada Evropy roku 1995 vyhlásila den 25. 11. jako Mezinárodní den násilí na ženách, přičemž vznikla řada aktivit k jeho prevenci: Nadace Rosa (domácí násilí), Elektra (sexuální násilí, znásilnění), La Strada (obchod se ženami), proFem (ženské projekty),

Gender Studies (rovnost pohlaví). (Haškovcová, 2004) Kromě uvedených probíhá celosvětově každoročně 25. listopadu Roses Revolution, což je globální hnutí proti porodnickému násilí. Jeho motto „Každá žena je růže“, poukazuje na krásu, zranitelnost a zároveň sílu rodící ženy. V tento den chodí ženy před vchody porodnic klást růže s osobními vzkazy v podobě popisu bolestné události, přání či výzvy k zastavení porodnického násilí.

Každý třetí květnový týden probíhá Světový týden respektu k porodu. Při této příležitosti se po celé České republice konají festivaly, přednášky, diskuze, setkání a další. Mají za cíl upozornit na porodnické násilí, technokratický přístup k porodu, nadbytečné intervence a zároveň podpořit přirozený porod.

Ženám, které čelí porodnickému násilí v daný moment nebo se s ním setkaly nedávno či dříve v minulosti, aktivně pomáhá Petra Langová, zakladatelka spolku Juno Moneta z.s., a Ágnes Němečková. Poskytují ženám telefonickou konzultaci, právní, organizační či materiální pomoc a psychickou podporu. Jejich služby jsou bezplatné, avšak podmínkou jejich nezištné pomoci je ochota a snaha aktivně svou situaci řešit.

Proti porodnickému násilí se dnes již veřejně vymezuje mnoho porodních asistentek, duš, psychologů i známých osobností a téma se konečně dostává i mezi širokou veřejnost. Žádné násilí není společensky a eticky nepřijatelné. Je alarmující, že mu musí čelit ženy v tak zranitelné situaci, jakou je porod, navíc ze strany lidí, od kterých očekávají kvalitní péči, laskavý přístup, pomoc a podporu. Vřele doufám, že i tato práce částečně přispěje k veřejné diskuzi a pomůže nejen nastínit závažnost problému, ale i prokázat, že porodnického násilí nemá v současné moderní medicíně místo.

Výsledky této práce by mohly sloužit budoucím zdravotníkům jako materiál, ze kterého mohou čerpat jednak odborné informace, jednak zpětnou vazbu příjemců péče, která má nesmírnou hodnotu. Dále by práce mohla přispět k informovanosti neoborné veřejnosti o problematice porodnického násilí, což by podnítilo veřejnou diskuzi o tomto závažném fenoménu. Nakonec by diplomová práce mohla být i jedním z podkladů důležitých pro změnu systému porodnické péče v České republice.

## **SOUHRN**

Diplomová práce se věnuje problematice porodnického násilí. V teoretické části práce jsou nejdříve jasně vymezeny ústřední pojmy, dále jsou formulovány jednotlivé prvky porodnického násilí, včetně jeho důsledků. V závěru je rozpracován návrh možných východisek k eliminaci řešeného fenoménu. Pozornost je zaměřena i na vzdělání budoucích zdravotníků v oblasti komunikace a etiky, což jsou prvky, které se úzce vztahují k násilí jako takovému. Praktická část se věnuje sběru dat od rodiček s traumatickou zkušeností s porodem v porodnici. Výsledky výzkumu prokázaly existenci a aktuálnost porodnického násilí. Respondentky popisovaly fyzické a psychické násilí, špatnou komunikaci, nerespektování práv a neadekvátně aplikované intervence. Diplomová práce poskytuje dostatečný souhrn informací o porodnickém násilí pro odbornou i laickou veřejnost a může sloužit jako jeden z podkladů pro změnu systému porodnické péče v České republice.

## **SUMMARY**

The thesis deals with the issue of obstetric violence. The theoretical part starts with a clear definition of the main terms and continues by formulation of individual elements of obstetric violence, including their consequences. Suggestions are outlined at the end for possible solutions to eliminate the phenomenon. Attention is focused on the education of future health care professionals in communication and ethics, i.e. elements which are closely related to violence as such. The empirical part is focused on collecting data from women with traumatic experience with birth at maternity hospitals. The results of the research have shown the existence and currency of obstetric violence. Respondents described physical and psychological violence, poor communication, disrespect and inadequately applied interventions. The diploma thesis provides a comprehensive summary of information about obstetric violence for both the professional and non-professional public and can serve as one of the basis for changing the system of obstetric care in the Czech Republic.

## REFERENČNÍ SEZNAM

1. ANTALOVÁ, Ivana. 2011. In: MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. 2011. *Bonding - porodní radost*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia (Šťastné dítě). ISBN 978-80-7436-014-5.
2. BORGES, Maria. 2018. A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. *Duke University School of Law* [online]. **67**(4), 827-862 [cit. 2018-04-29]. ISSN 0012-7086. Dostupné z: <https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=3924&context=dlj>
3. BUDÍKOVÁ, Marie, Maria KRÁLOVÁ a Bohumil MAROŠ. 2010. *Průvodce základními statistickými metodami*. Praha: Grada (Expert). ISBN 978-80-247-3243-5.
4. COHEN SHABOT, Sara. 2016. Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies* [online]. **39**(2), 231-247 [cit. 2018-04-19]. DOI: 10.1007/s10746-015-9369-x. ISSN 0163-8548. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10746-015-9369-x>
5. ČEKAL, Miloš a Jan ŠULC. 2010. *Průvodce ženy jiným stavem*. Praha: Československý spisovatel. ISBN 978-80-87391-39-6.
6. ČEPICKÝ, Pavel. 2013. In: PTÁČEK, Radek et al. 2013. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5126-9.
7. ČERNÝ, Andrej. 2017. In: FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. 2017. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-482-1.
8. ČLK, Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory. 2007. *Etický kodex České lékařské komory*. Dostupné také z: [http://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/10\\_sp\\_c\\_10\\_eticky\\_kodex-100217.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf)

9. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.
10. FRANCOVÁ, Veronika a Karel HNILICA. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.
11. FRITZ, Jimena et al. 2017. Can a Simulation-based Training Program Impact the Use of Evidence-based Routine Practices at Birth? Results of a Hospital-based Cluster Randomized Trial in Mexico. *PLOS ONE* [online]. **12**(3), 1-15 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1371/journal.pone.0172623. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0172623>
12. GEISEL, Elisabeth. 2004. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*. Praha: One Woman Press. ISBN 80-863-5632-9.
13. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2004. *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3397-X.
14. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2015. *Lékařská etika*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.
15. HREŠANOVÁ, Ema. 2011. In: CANDIGLIOTA, Zuzana et al. 2011. *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies. ISBN 978-80-86520-38-4.
16. CHAMBERLAIN, David B. 2013. *Fascinující mysl novorozeného dítěte*. Praha: Beta Books. ISBN 978-80-87197-66-0.
17. CHAPMAN, Vicky a Cathy CHARLES. 2013. *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. 3. vyd. Ames, Iowa: Wiley-Blackwell. ISBN 978-0-470-65513-9.
18. CHARLES, Sonya. 2011. Obstetricians and Violence Against Women. *The American Journal of Bioethics* [online]. **11**(12), 51-56 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1080/15265161.2011.623813. ISSN 1526-5161. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265161.2011.623813>

19. CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. 2014. *Kvantitativní design v pedagogických výzkumech začínajících akademických pracovníků*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-420-0.
20. CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. 2015. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-553-5.
21. ICM. 2008. *International Code of Ethics for Midwives*. Glasgow: International Confederation of Midwives. Dostupné také z: <http://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2017/04/International-Code-of-Ethics-for-Midwives.pdf>
22. IFMSA. 2017. *Policy Document: Obstetric Violence and Humanized Birth* [online]. Amsterdam: Academic Medical Center. Dostupné z: [https://ifmsa.org/wp-content/uploads/2017/03/GS\\_MM2017\\_Policy\\_Obstetric-Violence-and-Humanized-Birth\\_Ammendment.pdf](https://ifmsa.org/wp-content/uploads/2017/03/GS_MM2017_Policy_Obstetric-Violence-and-Humanized-Birth_Ammendment.pdf)
23. INDROVÁ, Dominika. 2017. In: FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. 2017. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-482-1.
24. JONÁŠOVÁ, Kateřina. 2011. In: CANDIGLIOTA, Zuzana et al. 2011. *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies. ISBN 978-80-86520-38-4.
25. KANTOR, Lumír. 2012. In: FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.
26. KANTOROVÁ, Blanka. 2012. In: FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.
27. KITZINGER, Sheila. 2006. Birth as Rape: There Must Be an End to ‚Just in Case‘ Obstetrics. *British Journal of Midwifery* [online]. **14**(9), 544-545 [cit. 2018-03-21]. DOI: 10.12968/bjom.2006.14.9.21799. ISSN 0969-4900. Dostupné z: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjom.2006.14.9.21799>



28. KREJČÍKOVÁ, Helena. 2015. In: TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ, ed. 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
29. KUBEK, Milan. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.
30. LABUSOVÁ, Eva a Alena FRYDRYCHOVÁ. 2002. *Průvodce porodnicemi České republiky*. Praha: Aperio. ISBN 80-903-0870-8.
31. LAKTAČNÍ LIGA. 2015. *Deset kroků k úspěšnému kojení* [online]. World Health Organisation, s. 1 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: [http://kojeni.cz/wp-content/uploads/2015/04/deset\\_kroku.pdf](http://kojeni.cz/wp-content/uploads/2015/04/deset_kroku.pdf)
32. LOKUGAMAGE, A. U. a S. D. C. PATHBERIYA. 2017. Human Rights in Childbirth, Narratives and Restorative Justice: a review. *Reproductive Health* [online]. **14**(1), 1-8 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1186/s12978-016-0264-3. ISSN 1742-4755. Dostupné z: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0264-3>
33. MÁCA, Miloš. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.
34. MACH, Jan. 2013. In: PTÁČEK, Radek et al. 2013. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5126-9.
35. MACH, Jan. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.
36. MCGARRY, Julie et al. 2017. Experiences and Impact of Mistreatment and Obstetric Violence on Women During Childbearing. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* [online]. **15**(3), 620-627 [cit. 2018-03-01]. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-002950. ISSN 2202-4433. Dostupné z: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=01938924-201703000-00006>

37. MĚCHUROVÁ, Alena. 2014. *Kardiotokografie: minimum pro praxi*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-388-6.
38. MILLER, Suellen a Andre LALONDE. 2015. The Global Epidemic of Abuse and Disrespect During Childbirth: History, Evidence, Interventions, and FIGO's Mother-Baby Friendly Birthing Facilities Initiative. *International Journal of Gynaecology and Obstetric*. [online]. **131**(Suppl. 1), S49-S52 [cit. 2018-02-12]. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.02.005. ISSN 0020-7292. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>
39. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. 2008. *RVP pro obor vzdělání 53-41-M/01 Zdravotnický asistent*. Základ pro poskytování ošetrovatelské péče. Národní ústav odborného vzdělávání. [online]. 47-48 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://zpd.nuov.cz/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnicky%20asistent.pdf>
40. MOHR, Pavel. 2015. In: TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ, ed. 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
41. MONGAN, Marie F. 2010. *Hypnoporod*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-364-6.
42. MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. 2011. *Bonding - porodní radost*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia (Šťastné dítě). ISBN 978-80-7436-014-5.
43. MROWETZ, Michaela. 2011. In: MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. 2011. *Bonding - porodní radost*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia (Šťastné dítě). ISBN 978-80-7436-014-5.
44. MUNZAROVÁ, Marta. 2013. In: PTÁČEK, Radek et al. 2013. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5126-9.
45. MUNZAROVÁ, Marta. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.

46. NAVRÁTILOVÁ, Daniela. 2017. In: ROZTOČIL, Aleš et al. 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
47. NICOLSON, Paula. 2001. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-716-9938-1.
48. ODENT, Michel. 1995. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo. ISBN 80-857-9469-1.
49. ODENT, Michel. 2001. *Láska jako věda*. Praha: SZ, Rodiče. ISBN 80-864-8902-7.
50. ODENT, Michel. 2013. *Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení: přímé cesty k transcedenci*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-87249-43-7.
51. ODENT, Michel. 2014. *Porod a budoucnost homo sapiens: první kniha o evoluci člověka v souvislosti s tím, jak přicházíme na svět*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-052-1.
52. OLIVEIRA, Tayse Ribeiro de et al. 2017. Women's Perception on Obstetric Violence. *Journal of Nursing UFPE* [online]. **11**(1), 40-46 [cit. 2018-04-29]. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201706. ISSN 1981-8963. Dostupné z: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11876/14328>
53. OLIVEIRA, Virgínia Junqueira a Cláudia Maria de Mattos PENNA. 2017. Discussing Obstetric Violence through the Voices of Women and Health Professionals. *Texto Contexto Enferm* [online]. **26**(2), 1-10 [cit. 2018-03-01]. DOI: 10.1590/0104-07072017006500015. ISSN 0104-0707. Dostupné z: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf>
54. PÁRALOVÁ, Helena. 2012. In: FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.
55. PAŘÍZEK, Antonín a David KUŽEL. 2012. In: PAŘÍZEK, Antonín et al. 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-949-7.

56. PAŘÍZEK, Antonín, Jarmila DRÁBKOVÁ a Zuzana KOKRDOVÁ. 2012. In: PAŘÍZEK, Antonín et al. 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-949-7.
57. PAŘÍZEK, Antonín. 2017. In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-7492-334-0.
58. PAŠKOVÁ, Sandra. 2018. *Porodnické násilí v současném právním a medicínském diskursu*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Právnická fakulta. Dostupné také z: [https://is.muni.cz/th/bcobj/Paskova\\_Sandra\\_Porodnicke\\_nasili\\_tisk\\_final.pdf](https://is.muni.cz/th/bcobj/Paskova_Sandra_Porodnicke_nasili_tisk_final.pdf).
59. PAVLÍKOVÁ, Markéta. 2013. *Je nemocnice nejbezpečnější místo pro porod?* In: Biostatisticka.cz - Blog [online]. 2013-12-09 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/je-nemocnice-nejbezpecnejsi-misto-pro-porod/>
60. PAVLÍKOVÁ, Markéta. 2014a. *Krátká poznámka o klystýru*. In: Biostatisticka.cz - Blog [online]. 2014-10-08 [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/kratka-poznamka-o-klystyru/>
61. PAVLÍKOVÁ, Markéta. 2014b. *Episiotomie jako příklad porodnického násilí v České republice*. In: Biostatisticka.cz - Blog [online]. 2014-11-26 [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/episiotomie-jako-priklad-porodnickeho-nasili-v-ceske-republice/>
62. PAVLÍKOVÁ, Markéta. 2015. *O čem se nemluví, to neexistuje - Kristellerova exprese*. In: Biostatisticka.cz - Blog [online]. 2015-03-13 [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/o-cem-se-nemluvi-to-neexistuje-kristellerova-exprese/>
63. PÉREZ D'GREGORIO, Rogelio. 2010. Obstetric Violence: A New Legal Term Introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [online]. **111**(3), 201-202 [cit. 2018-03-06]. DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.09.002. ISSN 0020-7292. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>

64. PETERKOVÁ, Helena. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.
65. PICKLES, Camilla. 2015. Eliminating Abusive ‘Care’: A Criminal Law Response to Obstetric Violence in South Africa. *South African Crime Quarterly* [online]. **54**, 5-16 [cit. 2018-03-01]. DOI: 10.4314/sacq.v54i1.1. ISSN 1991-3877. Dostupné z: <http://www.ajol.info/index.php/sacq/article/view/127746>
66. PINTADO CUCARELLA, Sheila, Julio C. PENAGOS CORZO a Marco A. CASAS ARELLANO. 2015. Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos y Percepción de la Violencia Obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* [online]. **83**(3), 173-178 [cit. 2018-04-29]. ISSN nenalezeno. Dostupné z: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom153f.pdf>
67. PONĚŠICKÝ, Jan. 2010. *Agrese, násilí a psychologie moci: v životě i v procesu psychoterapie*. 2. doplněné vydání. Praha: Triton (Psyché). ISBN 978-80-7387-378-3.
68. PRUDIL, Lukáš a Anna ZEMANDLOVÁ. 2017. In: ROZTOČIL, Aleš et al. 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
69. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.
70. PTÁČEK, Radek et al. 2013. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5126-9.
71. PTÁČEK, Radek. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.
72. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada (Psyché). ISBN 978-80-247-2223-8.
73. RAUDENSKÁ, Jaroslava, Petra HANULÍKOVÁ a Alena JAVŮRKOVÁ. 2015. In: TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ, ed. 2015. *Psychologie*

*v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.

74. RODRIGUES, Diego Pereira et al. 2018. A Violência Obstétrica no Contexto do Parto e Nascimento. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [online]. **12**(1), 236-246 [cit. 2018-04-29]. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i1a23523p236-246-2018. ISSN 1981-8963. Dostupné z: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23523>
75. ROZTOČIL, Aleš et al. 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
76. ROZTOČIL, Aleš. 2015. *Porodnické soudní kazuistiky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5547-2.
77. RUBASHKIN, Nicholas a Nicole MINCKAS. 2018. How Should Trainees Respond in Situations of Obstetric Violence? *AMA Journal of Ethics* [online]. **20**(3), 238-246 [cit. 2018-04-19]. DOI: 10.1001/journalofethics.2018.20.3.ecas2-1803. ISSN 2376-6980. Dostupné z: <http://journalofethics.ama-assn.org/2018/03/ecas2-1803.html>
78. SAUAIA, Artenira Da Silva e Silva a Maiane Cibeles de Mesquita SERRA. 2016. Uma Dor Além do Parto: Violência Obstétrica em Foco. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade* [online]. **2**(1), 127-147 [cit. 2017-11-05]. DOI: 10.26668/IndexLawJournals/2526-0022/2016.v2i1.1076. ISSN 2526-0022. Dostupné z: <http://www.indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076>
79. Sdělení 96/2001 Sb., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Dostupné také z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/Umluva%20o%20biomedicine.pdf>
80. Sdělení č.209/1992 Sb., Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících. Dostupné také z: <http://www.nssoud.cz/historie/umluva.pdf>
81. SILVA CARVALHO, Isaiane a Rosineide SANTANA BRITO. 2017. Formas de Violência Obstétrica Vivenciadas por Puérperas que Tiveram Parto

Normal. *Enfermería Global* [online]. **16**(3), 89-97 [cit. 2018-04-18]. DOI: 10.6018/eglobal.16.3.250481. ISSN 1695-6141. Dostupné z: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/250481>

82. SMETÁČKOVÁ, Irena, Tereza BARAKZIHYOVÁ, Veronika FRANCOVÁ a Karel HNILICA. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.
83. SMOLÍK, Petr. 2012. In: HAŠTO, Jozef a Hana VOJTOVÁ. 2012. *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození: prípadová štúdia*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2944-1.
84. SOBOTKOVÁ, Daniela, Eva PROCHÁZKOVÁ a Jaroslava DITTRICHOVÁ. 2015. In: TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ, ed. 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
85. SOTO TOUSSAINT, Luis Héctor. 2016. Violencia Obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología* [online]. **39**(Suppl. 1), S55-S60 [cit. 2018-04-29]. ISSN nenalezeno. Dostupné z: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>
86. SOUZA, Karina Junqueira de, Daphne RATTNER a Muriel Bauermann GUBERT. 2017. Institutional Violence and Quality of Service in Obstetrics are Associated with Postpartum Depression. *Revista de Saúde Pública* [online]. **51**, 1-11 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1590/s1518-8787.2017051006549. ISSN 0034-8910. Dostupné z: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006549.pdf>
87. SPURNÝ, Joža. 1996. *Psychologie násilí: o psychologické podstatě násilí, jeho projevech a způsobech psychologické obrany proti němu*. Praha: Eurounion. ISBN 80-858-5830-4.
88. STEHLÍKOVÁ, Helena. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.

89. ŠIMETKA, Ondřej. 2012. In: PAŘÍZEK, Antonín et al. 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-949-7.
90. TAKÁCS, Lea a Aleš ROZTOČIL. 2015. In: TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ, ed. 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
91. TAKÁCS, Lea a Marie PEČENÁ. 2015. In: TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ, ed. 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
92. TAKÁCS, Lea et al. 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček: zpráva z výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7308-431-8.
93. TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ, ed. 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
94. Usnesení předsednictva České národní rady ze dne 16. prosince 1992 č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, v platném znění. Dostupné také z: [http://www.exekuceberoun.cz/pravni\\_predpisy/2-1993.pdf](http://www.exekuceberoun.cz/pravni_predpisy/2-1993.pdf)
95. VELOSO, Roberto Carvalho a Maiane Cibebe de Mesquita SERRA. 2016. Reflexos da Responsabilidade Civil e Penal nos Casos de Violência Obstétrica. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito* [online]. 2(1), 257-277 [cit. 2018-03-26]. DOI: 10.26668/2525-9849/Index\_Law\_Journals/2016.v2i1.1048. ISSN 2525-9849. Dostupné z: <http://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/1048>
96. VRÁNOVÁ, Věra. 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1764-6.
97. Vyhláška č. 64/2007 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Dostupné také z: [http://www.detskylekar.cz/cps/rde/xbc/dlekar/Stred\\_VOX\\_duben2007\\_Zdr.dokumentace.pdf](http://www.detskylekar.cz/cps/rde/xbc/dlekar/Stred_VOX_duben2007_Zdr.dokumentace.pdf)



98. WALSH, Denis. 2012. *Evidence and Skills for Normal Labour and Birth: Guide for Midwives*. 2. vydání. Abingdon, Oxon: Routledge. ISBN 978-0-415-57731-1.
99. WHO statement. 2015. *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-based Childbirth* [online]. Switzerland: World Health Organization. Dostupné z:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1)
100. WHO. 1999. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka* [online]. Ženeva: Světová zdravotnická organizace. Dostupné z:  
<http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/08/pece-u-porodu-WHO.pdf>
101. WHO. 2002. *World Report on Violence and Health*. [online]. Ženeva: World Health Organisation. Dostupné z:  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf)
102. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 8. prosince 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dostupné také z:  
<http://www.kst.cz/wp-content/uploads/2014/11/Zakon-372-2011.pdf>
103. ZIMA, Tomáš. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.
104. ZLATOHLÁVKOVÁ, Blanka. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.
105. ŽALOUDÍK, Jan. 2014. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada (Edice celoživotního vzdělávání ČLK). ISBN 978-80-247-5471-0.

## SEZNAM ZKRATEK

ZKRATKA	ČESKÝ NÁZEV	ANGLICKÝ NÁZEV
BFHI	Iniciativa Nemocnice přátelská k dětem	Baby friendly hospital initiative
CPME	Stálý výbor evropských lékařů	Standing Committee of European Doctors
ČGPS	Česká gynekologická a porodnická společnost	-
ČLK	Česká lékařská komora	-
ČR	Česká republika	Czech Republic
DVP	Dříve vyslovené přání	-
EBM	Medicína založená na důkazech	Evidence-Based Medicine
EDA	Epidurální analgezie/anestezie	-
FIGO	Mezinárodní federace gynekologů a porodníků	International Federation of Gynecology and Obstetrics
ICM	Mezinárodní konfederace porodních asistentek	International Confederation of Midwives
IFMSA	Mezinárodní federace asociací studentů medicíny	International Federation of Medical Students Associations
IPA	Mezinárodní asociace pediatriů	International Pediatric Association
IS	Informovaný souhlas	-
KTG	Kardiotokografie	-
OSN	Organizace spojených národů	-
PA	Porodní asistentka	-

PTSP	Posttraumatická stresová porucha	-
RVP	Rámcový vzdělávací program	-
VEX	Vakuumextrakce	-
WHO	Světová zdravotnická organizace	World Health Organisation
WRA	Aliance Bílá stuha	White Ribbon Alliance

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1.1.1 - Charakter porodu - absolutní četnost .....	85
Tabulka č. 1.1.2 - Charakter porodu - relativní četnost.....	85
Tabulka č. 1.2.1 - Charakter porodu - absolutní četnost ve čtyřpolní tabulce .....	86
Tabulka č. 1.2.2 - Charakter porodu - relativní četnost ve čtyřpolní tabulce .....	86
Tabulka č. 2.1.1 - Parita - absolutní četnost .....	86
Tabulka č. 2.1.2 - Parita - relativní četnost.....	87
Tabulka č. 2.2.1 - Parita - absolutní četnost ve čtyřpolní tabulce .....	87
Tabulka č. 2.2.2 - Parita - relativní četnost ve čtyřpolní tabulce .....	87
Tabulka č. 3.1.1 - Postoj k dalšímu porodu - absolutní četnost.....	88
Tabulka č. 3.1.2 - Postoj k dalšímu porodu - relativní četnost .....	88
Tabulka č. 3.2.1 - Postoj k dalšímu porodu - absolutní četnost ve čtyřpolní tabulce .....	89
Tabulka č. 3.2.2 - Postoj k dalšímu porodu - relativní četnost ve čtyřpolní tabulce.....	89
Tabulka č. 4 – Testování hypotéz .....	90

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Kraje.....	92
Graf č. 2 – Rok porodu.....	94
Graf č. 3 – Parita .....	95
Graf č. 4 – Charakter porodu .....	96
Graf č. 5 – Doprovod rodičky .....	97
Graf č. 6 – Problémy po porodu.....	98
Graf č. 7 – Postoj k dalšímu porodu.....	105
Graf č. 8 – Uvedení totožnosti zdravotníků.....	108
Graf č. 9 – Přístup personálu k doprovázející osobě.....	109
Graf č. 10 – Přístup personálu k rodičce .....	110
Graf č. 11 – Informovanost rodičky .....	114
Graf č. 12 – Poučení při podání léku.....	115
Graf č. 13 – Informovanost rodiček o právu na odmítnutí péče .....	116
Graf č. 14 – Jednání personálu navzdory nesouhlasu rodičky.....	117
Graf č. 15 – Podepisování dokumentů pod nátlakem.....	118
Graf č. 16 – Okamžitý kontakt s nahým dítětem .....	119
Graf č. 17 – Podpora kontaktu matky a dítěte .....	120
Graf č. 18 – První přiložení k prsu .....	121

Graf č. 19 – Podpora kojení .....	122
Graf č. 20 – Důvěra k personálu .....	127
Graf č. 21 – Pocit aktivní účasti na porodu .....	128
Graf č. 22 – Potřeba pomoci psychologa.....	130
Graf č. 23 – Rutinní oholení pubického ochlupení .....	131
Graf č. 24 – Rutinní provedení klyzmatu .....	132
Graf č. 25 – Rutinní vyprázdnění močového měchýře katetrem .....	133
Graf č. 26 – Možnost konzumace stravy a tekutin.....	134
Graf č. 27 – Poloha na zádech nebo v polosedě během porodu .....	135
Graf č. 28 – Analgetika .....	136
Graf č. 29 – Oxytocin .....	137
Graf č. 30 – Episiotomie.....	138
Graf č. 31 – Porodní poranění ženy.....	140
Graf č. 32 – Porodní poranění dítěte .....	142

## SEZNAM KOMENTÁŘŮ

Komentář č. 1.1 – Hrubé fyzické násilí .....	99
Komentář č. 1.2 – Výhrůžky.....	100
Komentář č. 1.3 – Separace a strach o dítě.....	100
Komentář č. 1.4 – Selhání personálu.....	100
Komentář č. 1.5 – Další nejhorší momenty porodu .....	101
Komentář č. 2.1 – Přirozený průběh porodu, podpůrný personál .....	102
Komentář č. 2.2 – Bonding, shledání s dítětem .....	103
Komentář č. 3.1 – Dodatek k porodu .....	106
Komentář č. 3.2 – Touha po změně systému .....	107
Komentář č. 4.1 – Zlehčování a popírání bolesti .....	111
Komentář č. 4.2 – Rádoby vtipné komentáře .....	111
Komentář č. 4.3 – Nepravdivá tvrzení .....	111
Komentář č. 4.4 – Pochybení personálu .....	112
Komentář č. 4.5 – Ponižování.....	112
Komentář č. 4.6 – Nerespektování nesouhlasu a přání ženy .....	112
Komentář č. 4.7 – Záměrné strašení matky, obviňování a manipulace.....	113
Komentář č. 4.8 – Urážky, vulgární výrazy .....	113
Komentář č. 4.9 – Další nevhodné výroky .....	114

Komentář č. 5 – Pocity před porodem (mimo porodnici) .....	123
Komentář č. 6 – Pocity před porodem (v porodnici).....	124
Komentář č. 7 – Pocity v průběhu porodu.....	125
Komentář č. 8 – Pocity bezprostředně po porodu.....	126
Komentář č. 9 – Nepříjemný psychický zásah.....	129
Komentář č. 10 – Nepříjemný fyzický zásah.....	139
Komentář č. 11 – Porodní poranění ženy .....	141



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Desatero přirozeného porodu v porodnici

Příloha č. 2 – Deset kroků k podpoře bondingu

Příloha č. 3 – Deset kroků k úspěšnému kojení (BFHI)

Příloha č. 4 – Násilí v porodnictví – výsledky výzkumu

**Příloha č. 4 z důvodu velkého rozsahu není součástí tištěné diplomové práce, je k dispozici pouze v elektronické podobě. Její součástí je i vzor elektronického dotazníku.**

## Příloha č. 1 – Desatero přirozeného porodu v porodnici

- 1) **Dialog.** Usilovat o dialog, vstřícnou komunikaci a empatické jednání veškerého personálu.
- 2) **Individuální přístup.** Zohledňovat individuální přání a potřeby rodičky i novorozence po celou dobu pobytu v porodnici.
- 3) **Informovanost.** Informovat pravdivě, srozumitelně, bez zbytečného zastrašování a včas o všech úkonech v rámci poskytované péče.
- 4) **Respekt.** Respektovat intimitu a soukromí ženy, vyvarovat se familiárnosti v přístupu k ženě.
- 5) **Odbornost.** Sledovat a uplatňovat nejnovější odborná doporučení (WHO, ENCA apod.).
- 6) **Souhlas.** Provádět veškeré lékařské zásahy a medikaci pouze v opodstatněných případech a vždy na základě informovaného souhlasu rodičky.
- 7) **Bez poplatků.** Nezpoplatňovat přítomnost blízké osoby u porodu a umožnit, aby ženu mohlo doprovázet více osob najednou.
- 8) **Svoboda.** Volbu polohy ponechat ve všech dobách porodních na rozhodnutí rodičky.
- 9) **Stop separaci.** Zajistit nepřetržitý kontakt matky a dítěte po porodu i na oddělení šestinedělí – bonding, první přisátí, vyšetření fyziologického novorozence na těle matky nebo v její těsné blízkosti, rooming-in.
- 10) **Kojení.** V maximální možné míře podporovat kojení, zajistit vlídnou a praktickou pomoc, naslouchat potřebám a požadavkům matky.

## Příloha č. 2 – Deset kroků k podpoře bondingu

- 1) **Položení nahého novorozence na nahou hrud' matky.** V případě porodu císařským řezem na horní část hrudníku nebo k tváři matky.
- 2) **Ošetření novorozence v náruči matky.** Je vhodné novorozence pouze jemně osušit, přikrýt suchým ručníkem a zabalit ho spolu s matkou do teplých osušek jako jednu jednotku.
- 3) **Zajištění pohodlné polohy pro matku s novorozencem.**
- 4) **Zajištění klidného prostředí, empatického přístupu a respektování intimity ze strany personálu.** Napjatá atmosféra, stres a zasahování mohou proces narušit.
- 5) **Provádět nutná vyšetření novorozence v matčině náruči nebo za její přítomnosti.** Veškerá neodkladná vyšetření bezprostředně po porodu lze provést na těle matky. Jde například o skóre Apgarové, kontrola dechu novorozence stetoskopem, podvázání a přetnutí pupečníku aj. Pupeční šňůru necháváme dotepat tak dlouho, jak si přeje matka. Pokud novorozenec není v dobrém stavu, je vhodné provést všechna vyšetření v blízkosti matky tak, aby neztratila alespoň vizuální kontakt.
- 6) **Zajistit kontakt ‚kůže na kůži‘.** V tomto bodě může ženu v případě potřeby zastoupit například partner. Kontakt zaručuje tepelný komfort a podílí se tak na lepší poporodní adaptaci. Dítě navíc osídleno bakteriemi matky/otce, což je podstatné pro rozvoj jeho imunitního systému.
- 7) **Pohled z očí do očí.** Pokud musí být dítě převezeno na jiné oddělení, zprostředkovat matce pravidelný vizuální kontakt prostřednictvím fotografií, videonahrávky nebo webové kamery.
- 8) **Pomoc s prvním přisátím novorozence k prsu.** Upřednostňujeme samopřisátí, neboli přisátí dítěte z jeho vlastní iniciativy. K tomu může dojít někdy až za třicet minut po narození. Je třeba trpělivost, protože každý novorozenec má svůj čas. Déle odpočívají novorozenci po překotných nebo medikalizovaných porodech. Snaha novorozence vyhledat matčin prs se projevuje tím, že si instinktivně strká do úst pěstičky od plodové vody, která má stejnou vůni a chuť jako matčiny bradavky. Její nalezení mu usnadňuje i kontrast tmavé bradavky s bílou kůží (ke zvýšené pigmentaci prsního dvorce s bradavkou dochází už během těhotenství). Hledání prsu bývá

doprovázeno plazením, tzv. „breast crawl“, kterého je novorozenec ihned po porodu schopen. Samotné sání z prsu zvyšuje hladinu oxytocinu v matčině krvi, který způsobí kontrakce dělohy. Napomáhá tak přirozenému odloučení placenty a prevenci nadměrného poporodního krvácení.

**9) Eliminace techniky a elektronických přístrojů.** V prvních chvílích po narození dítěte je vhodné odložit mobilní telefony, vypnout přístroje, zajistit klid a naplno si tyto nenahraditelné okamžiky užívat.

**10) Podpora kontaktu a jeho nepřerušování alespoň po dobu dvou hodin.**

### Příloha č. 3 – Deset kroků k úspěšnému kojení (BFHI)

- 1) Mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu.
- 2) Školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie.
- 3) Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení.
- 4) Umožnit matkám zahájit kojení do jedné hodiny po porodu.
- 5) Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí.
- 6) Nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů.
- 7) Praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně.
- 8) Podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu).
- 9) Nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
- 10) Povzbuzovat zakládání podpůrných skupin kojících matek pro podporu kojení

## ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Naomi Ella Nerudová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Násilí v porodnictví
Název práce v AJ:	Violence in Obstetrics
Anotace práce:	<p>Předkládaná diplomová práce pojednává o různých formách násilí vůči ženám a jejich dětem českých v porodnicích v období před, při a po porodu. V teoretické části práce jsou předloženy odborné poznatky o porodnickém násilí. Na problematiku je nahlíženo z odborného, právního a etického hlediska. Pozornost je věnována také současnému vzdělávání zdravotníků v oblasti komunikace a etiky. Empirická část založená na plošném dotazníkovém šetření přináší osobní zkušenosti a subjektivní vnímání násilí v porodnicích ženami, které jej zažily. V neposlední řadě práce nabízí doporučení a možné návrhy k eliminaci násilí v porodnicích.</p>
Klíčová slova:	porod, porodnické násilí, posttraumatická stresová porucha, rodička, novorozenec, právo, zákon, etika
Anotace v AJ:	The thesis presents various forms of violence against women and their babies in Czech maternity hospitals before, during and after childbirth. The theoretical part

	<p>introduces facts about obstetric violence from the professional, legal and ethical perspectives, focusing on contemporary education of health professionals in communication and ethics. The empirical part based on a questionnaire survey brings personal experiences and subjective perceptions of women who experienced violence in maternity hospitals. The thesis also provides recommendations and suggestions for eliminating obstetric violence.</p>
Klíčová slova v AJ:	<p>birth, childbirth, labour, delivery, obstetric violence, post-traumatic stress disorder, mother, woman, newborn, child, right, law, ethics</p>
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 - Desatero přirozeného porodu v porodnici  Příloha č. 2 - Deset kroků k podpoře bondingu  Příloha č. 3 - Deset kroků k úspěšnému kojení (BFHI)</p>
Přílohy nevázané v práci:	<p>Příloha č. 4 - Násilí v porodnictví – výsledky výzkumu</p>
Rozsah práce:	<p>168 stran, 4 přílohy</p>
Jazyk práce:	<p>Český jazyk</p>