

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Veronika Šimanová, DiS.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Veronika Šimanová, DiS.

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

SEXUÁLNÍ PROŽITEK PŘI PORODU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

PLZEŇ 2016

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 03. 2016

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Kašové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a důležitých materiálních podkladů. Dále chci poděkovat svým věrným kamarádkám, které mi poskytly rozhovory a všem, kteří mne plně podporovali.

Anotace

Příjmení a jméno: Šimanová Veronika, DiS.

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Sexuální prožitek při porodu

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

Počet stran – číslované: 43

Počet stran – nečíslované: 14

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: orgasmus, rodička, porod, potřeby u porodu, sebedůvěra rodičky

Souhrn:

Tato bakalářská práce popisuje problematiku sexuálního prožitku při porodu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část pojednává o společných známkách porodu a pohlavního styku. Popisuje definici hormonů, psychický vjem ženy, funkčnost pudů a proces orgasmu. Dále se zabývá i narušením fyziologického procesu porodu. Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum zaměřený na popis prožívání porodu ve spojitosti s pohlavním stykem. Cíle práce jsou zanalyzovat uspokojenost očekávání rodiček a porovnat je mezi sebou i s odbornou literaturou, dále pak zjistit důsledky prožitku z porodu a navrhnout lepší podmínky pro intimitu porodu.

Annotation

Surname and name: Šímanová Veronika, DiS.

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Sexual experience during giving birth

Consultant: Mgr. Lucie Kašová

Number of pages – numbered: 43

Number of pages – unnumbered: 14

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 29

Keywords: orgasm, a woman in labor, labor, needs at birth, confidence mothers

Summary:

This thesis describes the issue of sexual experience during giving birth. The thesis is divided into the theoretical and the practical part. The theoretical part is occupied with common features of a childbirth and sexual intercourse. There are the definitions of hormones, woman's mental perception, functionality of instincts and the process of orgasm described in this part. It is also concerned with the disruption of the physiological process of childbirth. The practical part is comprised of a qualitative survey focused on the description of the experience while giving birth in connection with sexual intercourse. Aims of the thesis are to analyse meeting of the expectations of women in labour and compare them among themselves and among dedicated literature, and to find out the impact of experience with giving birth and to suggest better conditions for intimacy while giving birth.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SPOLEČNÉ ZNÁMKY PORODU A POHLAVNÍHO STYKU.....	10
1.1 Hormony	10
1.1.1 Oxytocin	10
1.1.2 Endorfin	11
1.1.3 Hormony skupiny adrenalinů	11
1.1.4 Prolaktin	12
1.2 Fyziologie sexuálních procesů.....	12
1.2.1 Pud	12
1.2.2 Orgasmus	13
1.2.3 Psychika.....	13
2 NARUŠENÍ FYZIOLOGICKÉHO PROCESU PORODU A POHL. STYKU.....	15
2.1 Narušení intimity	15
2.1.1 Osobnost porodní asistentky.....	15
2.1.2 Partner u porodu	16
2.2 Úzkost a strach.....	17
2.3 Narušení přirozeného porodu.....	18
2.3.1 Podání umělého oxytocinu	19
2.3.2 Kontinuální CTG záznamy.....	20
2.3.3 Léky na bolest a spasmolytika.....	20
2.3.4 Císařský řez	22
2.4 Následky z poporodního traumatu	23
3 PODPOŘENÍ PŘIROZENÉHO PORODU.....	24
3.1 Intimní prostředí	24
3.2 Důležitost bolesti při porodu.....	24
3.3 Podpora psychiky.....	25
3.4 Polohy a pohyb při porodu.....	26
3.5 Bonding.....	26
3.6 Sebedůvěra ženy	27
PRAKTICKÁ ČÁST	29
4 ZPRACOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	29
4.1 Formulace problému	29
4.2 Stanovení cílů	29
4.3 Výzkumné otázky	30

4.4	Druh výzkumu a výběr metodiky	30
4.5	Metoda	30
4.6	Vzorek respondentů	31
4.7	Způsob získávání informací.....	31
4.8	Organizace výzkumu	31
4.9	Životní anamnéza.....	32
4.10	Rozhovory o porodech	33
4.10.1	Rozhovor s Petrou	33
4.10.2	Rozhovor s Karolínou.....	40
	DISKUZE	48
	ZÁVĚR.....	51
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

V minulosti bylo zcela normální, tradiční, když ženy rodily v kruhu svých blízkých s pomocí porodní báby. Ta dříve zastávala zkušenou matku od dětí, která věděla, co je při porodu nezbytné. Porod byla věc ženská a ženy tenkrát o svém sebevědomí nijak nepochybovaly, protože by jinak vůbec neporodily. Dříve se u porodů dost umíralo, ale ani to ty silné ženy neodradilo a zvládaly to. Proto se ptám, proč dnes ženy vkládávají svou sebedůvěru do pracovníků ve zdravotnictví, když dříve byly tak silné. Sebedůvěra ženy totiž umožní zažít krásné chvílky během procesu porodu, včetně spojitosti se sexuálním aktem.

Téma sexuálního prožitku u porodu je zajímavým zjištěním, co ženy, které si věří a mají dodrženy určité podmínky, mohou zažít. V této oblasti jde spíše o posílení sebedůvěry ženy do takového stupně, aby nemusela být při porodu závislá na bezpečí zdravotníků, ale věřila ve svou sílu porodit zdravého jedince. Ze své školní praxe vidím většinu žen, které se plně spoléhají na zdravotníky, nikoliv na sebe. Je však zřejmé, že tyto sebevědomé ženy ani rodit do nemocnice nepůjdou, právě kvůli tak zmiňovanému narušení intimity porodu. Dnešní zdravotníci se hodně snaží být empatictí, ale stále to není ono. Stále hodně žen trpí ze špatných vzpomínek na porod. Navíc moc odborné literatury na toto téma není přeloženo do českého jazyka, avšak v cizím jazyce lze knihy sehnat.

V praktické části sleduji psychické vjemy rodiček ze svých porodů, působení prostředí na psychiku rodící ženy, intimitu porodu a soukromí partnerů. V dílčích cílech se zajímám o důsledky prožitků z porodů na budoucnost rodiček, analyzuji uspokojení potřeb a očekávání rodiček a porovnávám je mezi sebou. A v neposlední řadě navrhuji řešení pro zdravotníky, aby umožnily lepší podmínky pro intimitu porodu. Výzkum bude jako polostrukturovaný individuální rozhovor s otevřenými otázkami, jenž bude doplněn pozorováním respondentů. Hlavním cílem mého výzkumu je zjistit, zda jsou možné určité podobnosti porodu se sexuálním stykem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SPOLEČNÉ ZNÁMKY PORODU A POHLAVNÍHO STYKU

1.1 Hormony

Od počátku devadesátých let biologické vědy dokazují, že první hodina po porodu je nejkritičtějším momentem pro rozvíjení schopnosti milovat. V matčině a novorozeneckém těle hned po porodu vzniká neustálý hormonální systém právě tehdy, když jsou okamžitě spolu. Tato událost je výjimečná svou jedinečnou neopakovatelností, protože nastává speciální hormonální bilance mezi oběma (Marek, 2002).

Láska je totiž pocíťována díky stejným druhům hormonů, jako jsou oxytocin, endorfiny, prolaktin a hormony skupiny adrenalinů. Proto je právě sexualita úzce spjata s tématem porodu (Marek, 2002).

1.1.1 Oxytocin

Hlavní roli v tom neúžasnejším citu jako je láska má právě tento hormon. Syntetizuje se v hypotalamu, ve starší struktuře mozku, a vylučuje se do krve z neurohypofýzy za určitých podmínek. Tvrdilo se, že je to hormon příslušící jen ženám kvůli stimulu děložních kontrakcí během porodu a prsů při kojení. Avšak je to i mužský hormon, který se stejně tak dobře podílí i na sexuálním životě. Jako důkaz slouží vědecká studie týmu výzkumníků ze Stanfordské univerzity v Kalifornii zkoumající hladiny oxytocinu při orgasmu lidí. Při sebeukájení se měřily hladiny oxytocinu v krvi u žen i u mužů. U žen byl tento hormon u masturbace před vyvrcholením vyšší. Stejně tak je tomu i v druhé fázi menstruačního cyklu. U mužů oxytocin, vyprodukovan díky orgasmu, napomáhá stahům prostaty a semenných váčků. Děložní kontrakce, které napomáhají spermiím se dostat k vajíčku během pohlavního styku, jsou způsobeny též vyplavením oxytocinu díky vyvrcholení (Marek, 2002).

Při porodu je důležitost tohoto hormonu neopomenutelná. Na základě výzkumu lze tvrdit, že pouze těsně po porodu dojde k největší produkci hormonu lásky vůbec v životě ženy. Avšak s podmínkou naprosto přirozeného porodu, kdy se neuzije podání hormonálních náhrad. Oxytocin je vyplavován i u dítěte, které tak spouští porod (Marek, 2002).

Když matka zaslechne své hladové dítě naříkat, hned se zvýší hladina oxytocinu v její krvi stejně tak jako u sexuálního vzrušení vzniklého jakoukoliv stimulací kůže. Při kojení je tedy hladina hormonu lásky na stejné úrovni jako při orgasmu a tím se opět dostáváme k srovnání se sexuálním životem. Oxytocin z mateřského mléka, kterým je dítě kojeno, je též v určitém množství zpracováván. Hladinu oxytocinu lze zvýšit i pouhým společným jídlem s přáteli. Hormon lásky je tedy i altruistický (Marek, 2002).

1.1.2 Endorfin

Svémi účinky se podobá hormonu morfinu, takže též patří mezi důležité porodní hormony. Působí na tlumení bolesti a má zjevné vylepšující účinky na náladu. Až 30x více se vyskytuje v ženském těle při nerušeném čistě přirozeném průběhu porodu. Při jakékoliv obtíži během porodu se ještě jeho hladina mnohonásobně zvýší (Labusová, 2016).

1.1.3 Hormony skupiny adrenalinů

Adrenalin se řadí do celé skupiny adrenalinových hormonů, tedy mezi katecholaminy. Vždy se jedná o hormonální koktejl působící na ženské tělo. V tomto případě jde o adrenalin s noradrenalinem. Adrenalin se uvolňuje obvykle v tíšňových situacích (vystrašení, při pocitu být pozorován, při pocitu zimy) a brání tak vyplavení oxytocinu. Spuštění tvorby adrenalinu je velice přenosné, např. žena rodící v blízkosti osoby, která produkuje adrenalin, nemůže dále родit. Adrenalin je antagonist oxytocinu a naopak. Adrenalin je tedy tzv. brzdou pro chod porodu a odstraňuje veškeré sexuální prožitky v životě pro zachování nezbytné energie pro boj a útěk. Proto když se matka cítí v nebezpečí, nemůže logicky porodit. Potřeby rodící ženy jsou tedy poukazovány na pocit bezpečí, teplo a pocit soukromí bez pozorování. V děloze jsou totiž dva typy buněk: beta-receptory a alfa-receptory. Když jsou adrenalinové hormony vycitávány beta-receptory, tak potlačují děložní činnost či ji úplně omezí, což odpovídá pasivní fázi první doby porodní. U alfa-receptorů je to naopak, tedy povzbuzují děložní aktivitu, což odpovídá nadvládě noradrenalinu. To je objasnění povzbuzujícího a omezujícího působení adrenalinových hormonů na reflexivní vypuzení plodu (Odent, 2013).

1.1.4 Prolaktin

Prolaktin je produkován buňkami adenohipofýzy a působí na prsní žlázy v kladném slova smyslu. V těhotenství stimuluje rozvoj mléčné žlázy a podílí se na tvorbě mléka v mlékovodech. Za samotnou ejakci mléka pak zodpovídá hormon oxytocin. Matka je díky prolaktinu ve stavu bdělé pohotovosti a své potřeby dočasně opomíjí nad potřeby dítěte (Labusová, 2016).

1.2 Fyziologie sexuálních procesů

Při porodu a pohlavním styku působí stejné nervy, což dokazuje mnoho znalců ve svých studiích. Sayin objasňuje, že pohlavní orgány jsou inervovány vegetativním, autonomním, nervstvem (bloudivý nerv, hypogastrické nervy, pánevní nerv aj.) a volním, somatickým, nervstvem (sokrální plexus, pudendální nerv) (Nerudová, 2014).

Orgasmus vzniká díky čtyřem určitým nervům: pánevnímu, hypogastrickému, bloudivému a pudendálnímu. Je zprostředkováván šesti hlavními drahami. Jde o přesnou kombinaci erotogenních oblastí s těmito nervy. Když dítě prochází pánevním kanálem během porodu, tak právě tehdy u rodičky dochází ke stimulaci pánevních a hypogastrických nervů. V tuto chvíli, kdy dochází k tomuto podráždění, žena vnímá ty slastné pocity a nutkavý pocit na tlačení (Nerudová, 2014).

Mozkové centrum emocí, tedy přední cingulární kůra, a insula jsou též odpovědnými orgány za prožívání bolesti s rozkoší zároveň. Podle těchto domněnek je tedy bolest možným vystupňovatelem rozkoše a navíc při prožívání těchto dvou pocitů má člověk dokonce i stejný výraz ve tváři (Nerudová, 2014).

1.2.1 Pud

Lidské chování je podmíněno pudy, které umožní psyché nabýt energii a organismus tak dochází k určitému cíli. Jsou takové vnitřní zdroje, jenž způsobují nestálé stupňování podnětů, dokud nedosáhnou takového stupně intenzity, aby vedly k vzrušení (Freud, 2016).

Sexuální pud a pud sebezáchovy spadají pod životní pudy, jejichž libido je energie, která umožňuje aktivitu životních pudů. Sexuální pud je sestaven z jednotlivých potřeb a přání, které mají kořeny v tělesných oblastech kůže a svalech, a proto jsou tyto zóny právem označovány jako erotogenní zóny (Freud, 2016).

Po definování toho, co je vlastně pudové chování, docházíme k závěru, že určité podobnosti v tomto specifickém chování má i rodící žena, jež je na porod dobře připravená, pozitivně naladěná a uvolněná. Právě jako při sexuálním aktu vydává podobné vzdechy a zvuky a celkově se i podobně projevuje (Gaskin in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:12:40 – 1:12:52).

1.2.2 Orgasmus

Podle odborníka Pastora se jedná o vyvrcholení, jež lze zažít pouze několik vteřin. Během tohoto procesu se uvolní cévní zásobenění a svalový tonus. V malé pánvi, poštváku, pochvě a děloze je právě tento smyslový vjem lokalizován. Ženy při tom zažívají pocity tepla, uvolnění a opakující se stažení vaginálního vchodu. Z psychického hlediska mohou ženy vnímat příjemný pocit bez zevních projevů až takové stavy, které připomínají epileptický záchvat se zastřeným vědomím. Důležitá je však originalita ženy, tudíž každá žena prožívá vyvrcholení jiným, svým vlastním jedinečným, způsobem (Nerudová, 2014).

I rodička během porodu díky vyplavení beta-endorfinů může zažít takto slastný pocit jako je orgasmus a zároveň procítit změnu vědomí. Spontánního orgasmu při porodu žena dosáhne také díky expanzi tkáně, která stimuluje shluk sexuálně dráždivých míst podél přední poševní stěny. Ten správný moment, kdy rodička může zažít vyvrcholení, je právě v tom okamžiku, kdy hlavička plodu prochází porodním kanálem. Navíc díky analgetickým účinkům orgasmu dochází ke zpříjemnění a podpoře porodu (Pranzarone in Meston et al., 2004).

1.2.3 Psychika

Každá žena je unikát, tudíž jde o různá vypořádání se s porodem. Musíme brát v potaz její osobnost, odolnost vůči zátěžovým situacím (jakou porod je), životní zkušenosti, vrozené vlastnosti, aktuální stav organismu i sociální zabezpečení. Porod posuzujeme vzhledem k ženiným adaptačním schopnostem a možnostem (Ratislavová, 2008).

Při porodu, na konci první doby porodní obzvláště, je rodící žena zcela ponořena do procesu rození, pakliže samozřejmě nedochází na rušení zevními vlivy. Rodička se projevuje tak, jako by byla „na jiné planetě“, jako by se oddělila od každodenní rutiny a vydala se na svou vnitřní pouť. Důležité je nevyrušovat tento stav jakýmkoliv stimulem intelektu, rozumu (rozhovor, přímé světlo, chladno, nebezpečí, pocit, že rodičku někdo pozoruje). Rodící žena má nárok na intimní atmosféru během porodu, klid, ticho, pohodlí

a bezpečí, stejně tak jako je tomu při sexuálním aktu, protože jen takhle se do sebe natolik ponoří, že může zažít orgasmický porod. Velkou roli hraje také ženina sebedůvěra a připravenost na porod. To, že si věří, že zvládne porodit dítě na svět, rodičce dodává obrovskou sílu a orgasmus se stává třešničkou na dortu (Ratislavová, 2008).

2 NARUŠENÍ FYZIOLOGICKÉHO PROCESU PORODU A POHLAVNÍHO STYKU

2.1 Narušení intimacy

Spontánní extatický porod může jednoduše nastat jen tehdy, pokud nebude přítomno cokoliv, co by mohlo bránit vylučování hormonu lásky, oxytocinu. Největším viníkem je adrenalin, ale nejenom strach je jeho spouštěčem. Stres, obavy a vše, co vyvolává mozkovou frekvenci beta, se též účastní na vyplavování adrenalinu. Když máme pocit nebezpečí a pocítujeme pozorování jakýmkoliv způsobem, automaticky přejdeme do frekvence beta. Je tedy zcela přirozené, že při tomto pocitu pozorování většina rodiček buď přestane úplně rodit, či se minimálně zpomalí proces porodu. Při porodu v porodnici jsou rodičky vystavovány právě tomuto pozorování (zdravotnický personál, někdy i partner či doprovázející osoba, a moderní technologie – kardiokografie, časté vaginální vyšetřování atd.). Díky tomuto způsobu kontroly porodu se velmi výrazně snižuje hladina oxytocinu a co hůře, dokonce i při ženě nedůvěře v sebe sama, kdy pozoruje své vlastní chování. Zde opět vnímáme souvislosti se sexuální aktivitou, protože to, když se přehnaně soustředíme na výkon během aktu, snižuje možnost dosáhnout orgasmu. Stimulací neokortexu se totiž zamezí tvorbě oxytocinu (prudké světlo, otázky kladené rodiče, konverzace v její blízkosti a jakékoliv zapojení smyslů, které vyžaduje lineární myšlení). Zásadní roli totiž hraje při porodu i při milování právě soukromí (Davis et al., 2014).

2.1.1 Osobnost porodní asistentky

Profese porodních asistentek (porodních bab) je stará jako lidstvo samo. První zmínky můžeme najít už ve Starém zákoně, kde jsou sepsány popisky praxe egyptských porodních bab a židovských žen, jež pomáhaly ženám při porodu. Chvíle narození totiž, ta nejvýznamnější událost člověka, je po celou dobu existence lidstva jak prožitkem obrovského štěstí, tak i hrozbou smrti nejen pro matku, ale i pro jejího právě narozeného potomka. Proto je důležité, aby porodní asistentka měla určitý charakter své osobnosti, který spěje ke kladům její profese (Vránová, 2007).

Porodní asistentka by měla být zodpovědná vždy za všechno, co udělá i za to, co neudělá. Velká zodpovědnost je kladena hlavně na celoživotní vzdělávání. Porodní asistentka může učit mladé ženy k vlastní zodpovědnosti v otázkách mateřství a rodičovství.

Porodní asistentka nespasí svět, ale může tak posílit ženy, o něž pečuje. Může jim nastítnit vědomé prožívání těhotenství, navázání kontaktu s dítětem ještě před narozením a klidný průběh porodu bez paniky. Porodní asistentka by dále měla být schopna dělat samostatná rozhodnutí nejen odborná, ale i ekonomická a lidská. A to na základě hlubokých znalostí v oboru, měla by také domýšlet důsledky svého rozhodnutí a co všechno tak ovlivní. Osobnost porodní asistentky by si stále měla udržovat otevřenou mysl pro nabytí nových vědomostí. A to hlavně v oblasti tvrzení, že bez zdravotníků nelze zdravě porodit. Důležité je, aby byla porodní asistentka otevřená diskusi o zpochybnění zaběhnutých praktik rození, které by narušovaly normální průběh porodu. Porodní asistentka by dále měla umět pomoci ženám rozluštit pověry a mýty okolo těhotenství, porodu, šestinedělí a naučit je procítit sílu přirozeného porodního procesu, jenž je tak moudrý, že nenechal lidstvo vyhynout ani před příchodem lékařské péče. Porodní asistentka by také měla přijít na to, jak opravdu daná rodička vnímá vlastní průběh porodu, měly by spolu s rodičkou podrobně probrat to, jak probíhá přirozený porodní proces. Důležitým úkolem porodní asistentky je tedy to, aby měla uši nastražené a uměla naslouchat tomu, co jí rodička sdělí a jak to sdělí. Porodní asistentka se také na druhou stranu musí ptát. Musí zjistit, co si daná rodička představuje pod pojmem bezpečný porod. Porodní asistentka by měla mít schopnost utvořit si celistvý pohled na danou situaci, což znamená umět zhodnotit osobnost rodičky, o kterou se stará, znát průběh přirozeného porodu a znát postupy při normálním porodním procesu. Činnost porodní asistence si žádá velkou dávku odvahy, hlavně v oblasti samostatného rozhodování, činů i jednání. Proto by osobnost porodní asistentky měla být při porodu jak podporou pro rodičku, tak i znalcem v oboru a měla by předvídat určité komplikace během procesu porodu. Měla by zajistit rodičce dostatek soukromí, měla by rodičku dostatečně respektovat a naslouchat jí, ale zároveň provádět i důležité intervence porodní asistentky vedoucí k normálnímu průběhu porodu. Rodička by nikdy neměla mít negativní pocit z přítomnosti porodní asistentky ve smyslu jakéhokoliv narušování porodu a zároveň porodní asistentka by měla splynout s normálním průběhem přirozeného porodu (Štomerová, 2010).

2.1.2 Partner u porodu

Volba mít partnera u porodu by měla být vždy společnou domluvou daného páru. Nastávající otec má vždy dobré úmysly, ale periferní význam, jelikož během porodu nezaujímá jasně vyznačenou roli. Často si uvědomuje, že není ani k užítku, ani na okrasu. Přítomnost partnera rodičky u porodu má nejen své klady, ale i zápory (delší porod,

který je komplikovanější a bolestivější, jelikož rodička cítí úzkost partnera, jež na ni neblaze působí). V oblasti podpory se partner rodičky může zaměřit hlavně na to, že je vlastně jedinou osobou, která nejlépe zná rodičku. Pokud partner ženy ví o všech jejích obavách a očekáváních, pak může klidně zasáhnout tím, že ji bude obhajovat v případě ženiny potřeby, nebo když se to tak bude zdát správně. Za předpokladu, že se partner bude umět ovládat bez přehnaných emocí, tak může být své partnerce jedinečnou oporou, a to sice ve smyslu dostatečného klidu a útěchy. K tomu stačí mnohdy i pouhá přítomnost otce dítěte (Woods, 2012).

Jak již jsem zmiňovala, tak rozhodnutí o přítomnosti partnera rodičky u porodu je společnou domluvou, tedy výsledkem dlouhodobého vztahu partnerů. Příprava otce dítěte a jeho rozhodnutí je důležitější pro vztah k dítěti než samotná přítomnost u porodu. Přítomnost u porodu vede k lepšímu vztahu mezi otcem a dítětem ve smyslu těsnějšího tělesného kontaktu s potomkem, trávení společného času – procházky a samostatná péče o dítě. Naopak by se měli vyhnout přítomnosti u porodu tito partneři rodiček – úzkostliví otcové, co skrývají svou nejistotu upovídáním, dále hluboce protektivní či vlastníčtí otcové, co své partnerky stále masírují, drží za ruce, mazlí se a v neposlední řadě i pozorující otcové, co svádí rodičku k neustálé sebekontrolě. Muži totiž dost často nedokáží pochopit, že by mohli i narušit ženino instinktivní chování během procesu porodu, neumožní tak potřebný klid a tím celý děj výrazně narušují, proto bývá porod delší a komplikovanější. Proto je právě vhodná předporodní příprava celého páru, kde se partner dostatečně poučí o průběhu porodního procesu, o aktivní pomoci při porodu, o možných porodních komplikacích a jak se v této situaci co nejvhodněji zachovat. V těchto případech je správné, když bude porodní asistentka oporou pro oba partnery. Měla by jemně reagovat na potřeby celého páru a popřípadě správně usměrňovat chování obou partnerů tak, aby to vedlo k hladkému průběhu porodu s klidnou a pozitivní auroou (Ratislavová, 2008).

2.2 Úzkost a strach

Úzkost a strach neodmyslitelně patří k záporným emocionálním jevům, jež ukazují na závažný psychologický problém zasahující do průběhu porodu a ovlivňující tak chování rodičky na porodním sále. Tento psychický stav nakonec způsobuje, že žena prožívá i podprahové impulzy jako intenzivní bolesti. Správná míra obav a strachu rodičky motivuje, aby zvládly žádoucí techniky, jež zvyšují toleranci bolesti na zvladatelnou. Nadměra obav

a strachu z různých porodnických zákroků a obavy o zdravotní stav potomka naopak zvyšují citlivost na bolest a snižují hranici tolerance. Mimo jiné tyto faktory zapříčiňují i pokles průtoku krve dělohou, snižují kontrakční činnost a také působí na napnutí svalů opačným způsobem, než se očekává (Bašková, 2015).

Úzkost je emoční stav, jenž vzniká v situacích spojených s nebezpečím a nevztahuje se na konkrétní objekt. Projevuje se bledostí, pocením, zimnicí, tachykardií, návaly tepla a chladu a ochabnutím či zvýšením napětí svalů (Bašková, 2015).

Strach je další záporně působící emocií na chování rodící ženy. Strach má konkrétní příčinu a projevuje se zmatenou řečí, neartikulovanými zvuky, výkřiky, vzrušeným hlasem či svíráním pěstí. Často je doprovázen ztrátou duševní vyrovnanosti a může trvat různě dlouho. Strach má velkou nevýhodu, jelikož se v medicíně dost často užívá jako nástroj k odůvodnění různých zákroků během těhotenství a porodu. Rodící ženy jsou totiž neefektivně informovány o tom, že dojde k nějaké komplikaci během porodu. Pro vnucování porodnických zákroků se tedy strach využívá jako prevence možných komplikací (Bašková, 2015).

2.3 Narušení přirozeného porodu

Jak jsem již zmiňovala, tak přirozený porod je brán dle odborníků (Frederika Leboyera a Michela Odenta) za takový porod, kdy se nevyužívá farmakologické tlášení bolesti a jde o intuitivní přirozené procítění procesu porodu. Jde o tak mimořádný životní milník celé rodiny, že by na porod měly být uchovány jen krásné a pozitivní vzpomínky. Proto by se rodička měla na porodním sále vyvarovat tak stresujícím a zátěžovým chvílím jako jsou cizí a neklidné prostředí porodního sálu (nejvhodnější je seznámení se s prostředím už v těhotenství), pohled na zdravotnickou techniku (všechny druhy pozorování a kontroly rodičky), neosobní přístup zdravotníků, hluk či ostré osvětlení. Rodící ženy by měly přicházet na porodní sál s psychologickou přípravou, trpělivostí, s plnou pozorností a soustředěním se na porod. Velkou úlohu při porodu hraje hlavně ticho a přítomnost. Odent také tvrdí, že kardiografické sledování plodu je nebezpečné, jelikož zvyšuje výskyt operativně vedených porodů. Kritizuje i ultrazvukové vyšetření, má podle něj negativní vliv na vztah mezi matkou a dítětem (Pařízek, 2009).

2.3.1 Podání umělého oxytocinu

Oxytocin je nonapeptid, jenž má hormonální i neurotransmitterové účinky. Název je původem z řeckého *oxis*, což znamená rychlý, ostrý a tokos je porod, tedy rychlý porod. Oxytocin je důležitý v sexuální reprodukci a jeho účinky jsou spjaty hlavně s porodem a poporodním obdobím. Ve vyšším množství je vylučován hlavně při distenzi děložního hrdla a kontrakcích dělohy při porodu, a tak porod usnadňuje a hlavně urychluje. Oxytocin stimuluje hlavně kontrakce myometria senzibilizováno estrogény. Naopak myometrium neovlivněné estrogény je na oxytocin rezistentní. Oxytocin je také spjat s laktací, pomáhá ejekci mléka při stimulaci prsních bradavek novorozencem. Během kojení se také díky oxytocinu stahuje a zavínuje děloha (Hess, 2014).

Jednorázově se podává bolus 2 m. j. oxytocinu intravenózně kvůli aktivnímu vedení třetí doby porodní, tedy po porození hlavičky plodu a bolus 2 – 5 m. j. po porození úponu pupečníku při porodu koncem pánevním. K provokaci porodu po předčasném odtoku vody plodové, k indukci porodu, pakliže je zralý čípek, a k stimulaci slabých kontrakcí děložních se za kontinuálního CTG záznamu podává ve formě intravenózní infuze v množství 2 m. j. v 500 ml 5% glukózy rychlostí 10 – 30 kapek za minutu. V infuzním roztoku v dávce 2 – 10 m. j. se podává při atonii či hypotonii dělohy. Možnou alternativou je i přímé podání do myometria v množství 5 – 10 m. j. Dále se užívá při ukončení těhotenství v druhém či třetím měsíci gravidity společně s prostaglandiny v dávce 5 – 10 m. j. v infuzi. V množství 1 m. j. intramuskulárně či po kapkách intranazálně 5 minut před kojením napomáhá zvýšit ejekci mléka v období šestinedělí (Hess, 2014).

Oxytocin má i nežádoucí účinky, mezi které patří snížení či zvýšení frekvence srdce, pokles krevního tlaku, arytmie srdce či přecitlivělost na bílkovinu. Atosiban se považuje za antagonistu oxytocinu. Vzhledem k jeho nežádoucím účinkům a infuznímu podání během porodu tak zasahuje do přirozeného procesu porodu dítěte. Značně omezuje rodičku v přirozeném pohybu a polohování během první doby porodní, v nefarmakologickém tišení bolesti (vana napuštěná teplou vodou, sprcha) a v neposlední řadě evokuje v rodičce strach a obavy z porodu, jelikož jí tak zdravotníci dokazují, že sama porod nezvládne, proto musí být „léčena“ syntetickým oxytocinem (Hess, 2014).

2.3.2 Kontinuální CTG záznamy

Kardiotokografie zaznamenává, sleduje a kontroluje ozvy srdce plodu v závislosti na kontrakcích dělohy. Většina rodiček tento přístroj zná už z těhotenských poraden a návštěv gynekologa. Kontinuální použití CTG je doporučováno jen u rizikových porodů, či u rodiček, kterým byl podán nějaký lék (oxytocin, prostaglandiny) a výsledkem je tedy suspektní či patologický záznam. Fyziologická rodička má nárok na pravidelné kontroly srdečních ozev dítěte každých 15 – 20 minut, což je dostačující interval pro záchyt případné komplikace jako je hrozící nebezpečná hypoxie plodu. Ovšem je tu určitá nevýhoda, a to sice, že se může jednat o planý poplach a zbytečně tak končí porod císařským řezem, klešťovým porodem či vakuumentakcí. Nepřetržitá kardiotokografie vede ke zvýšenému stresu rodičky, opět ženu omezuje hlavně ve volbě vhodných poloh a pohybu při snaze ulevit bolesti při kontrakcích a opětovně dokazuje rodičce neschopnost vlastní síly porodit zdravé dítě. Sebedůvěra ženy je tak potlačena, nevěří si a tímto stresem a úzkostí se nakonec fyziologický průběh porodu mění v naprosto lékařsky vedený porod (Albrecht – Engel et al., 2008).

2.3.3 Léky na bolest a spasmolytika

Léky na bolest neboli analgetika mají za příčinu snížení či vymizení pocitu bolesti. Ideální analgetika by měla splňovat určitá doporučení pro podání jako dobré analgetické účinky, měly by být bezpečné pro matku a plod, měly by se jednoduše podávat, v případě nutnosti by se měl zvrátit účinek, jejich účinek by měl být předvídatelný a konstantní, měly by být kontrolovány přímo rodičkou a neměly by ovlivnit mobilitu a děložní činnost (Fait a kol., 2014).

„Porodní asistentka určitě nemá v úmyslu rodičku přesvědčovat, že bude tyto léky a techniky potřebovat, ale její nabídka jí to podsouvá. Tímto způsobem se začíná odvíjet scénář sebenaplňujícího se prorocství, protože na ženu působí podvědomá poselství. Takový původně humanitární přístup se proměňuje jako kouzelným proutkem ve stále direktivnější, a tak může vznikat tlak, který rodičí ženu přesvědčí, aby přijala technologicky vyspělé typy zvládání bolesti. Tento tlak může být vyvíjen personálem, o kterém žena doufá, že se bude vciťovat do jejích cílů a ideálů. Tak se žena stává dvojnásobně zranitelnou vůči vnějším tlakům, protože ji zradili ti, v jejichž podporu doufala.“ (Mander, 2014, str. 192)

Systémová analgezie je nitrožilní či inhalační a regionální pak infiltrační, pudendální, paracervikální, epidurální, subarachnoideální a kombinovaná subarachnoideální s epidurální. Systémové tišení bolesti působí přímo v centrální nervové soustavě rodičky a podává se injekčně s. c., i. m., či i. v. a nebo vdechováním. Nalbufin se aplikuje nitrožilně a jeho velkou výhodou je, že neovlivňuje dechové centrum rodičky oproti jiným opioidům (Dolsin). Dále nezadržuje moč a nezpůsobuje zácpu. Entonox je inhalační analgezie obsahující 50% oxidu dusného („rajský plyn“) a 50% kyslíku. V porodnictví má dlouhou tradici právě díky sedativnímu, relaxačnímu a analgetickému účinku. Výhodou je, že neovlivní zdraví ani matky a ani plodu. Regionální, tedy místní, analgezie může být aplikována jako obštrik (infiltrace) před epiziotomií, při operačním porodu či před ošetřením porodního poranění. Pudendální tišení bolesti se aplikuje ke stydkému nervu, kde umrtví hráz a zevní třetinu pochvy, z čehož vyplývá, že se podává pouze ve druhé době porodní. Paracervikální analgezie se používá jen vzácně. Jde totiž o utlumení bolesti v oblasti děložního hrdla, která se využívá při stahování branky. Má však nevýhodu, kterou je přechodná bradykardie plodu, proto se musí pečlivě sledovat CTG záznam. Epidurální neboli peridurální analgezie se podává do oblasti vně míšních obalů a obzvláště dobrý účinek má s příměsí opioidů. Kvůli spolupráci rodiček ve druhé době porodní je ponechán „zbytek bolesti“ v podobě tlaku na hráz. Povinně se užívá při porodu mrtvého plodu a při přerušení gravidity ve druhém a třetím trimestru. Působení na rodičku je velmi efektivní, jelikož způsobí uvolnění svalstva a tím ženě usnadní průběh porodu. Subarachnoideální, také spinální či lumbální, analgezie se podává přímo do mozkomíšního moku na rozdíl od epidurální analgezie (Hájek a kol., 2014).

Spasmolytika jsou léčiva, jež potlačují spasmus, neboli stah, hladké svaloviny. Obvykle se podávají se silným analgetikem (Dolsinem), jelikož jejich účinek je slabý. Aplikují se parenterálně (i. m. či i. v.) a rektálně ve formě čípků. Na spastickou děložní branku, která brání plynulému průběhu porodu, se dnes běžně užívá Buscopan (Hájek a kol., 2014).

Rodičky, jež na tyto metody tlumení bolesti spoléhají, mají určité předpoklady, které je vedou k tvrzení, že jsou porodní kontrakce nevyhnutelně spojeny s utrpením. A to vše díky medicínskému přístupu k porodu. Rodičky jsou tak zbaveny autonomie a veškerou iniciativu při porodu převezmou zdravotníci, kteří o ni pečují. Farmakologické prostředky tedy mohou ztlumit bolesti, ale na druhou stranu mají i to riziko, že žena strádá, a tím se stává daleko více závislá na lidech kolem sebe. V této chvíli potřebuje mít rodička

obrovskou sebedůvěru pro to, aby se stala matkou, a místo toho na ni má analgezie velmi negativní vliv (Mander, 2014).

2.3.4 Císařský řez

Císařský řez je nejideálnější provést plánovaně (elektivní císařský řez), kdy je rodička po psychické stránce nejlépe připravena na zákrok a nejsou přítomny kontrakce dělohy. Nejnáročnějším zákrokem je akutní (krizový) císařský řez, který na ženu vyvíjí velký psychický nátlak, jelikož se provádí během porodu. Ženy po císařském řezu v anamnéze, jež se snaží porodit nyní spontánně, většinou díky bolestivosti porodních kontrakcí opět podstupují interaktivní (opakovaný) císařský řez. Sekci lze provést kdykoliv v průběhu těhotenství, během první doby porodní a na začátku druhé doby porodní, kdy hlavička dítěte není ještě pevně fixována v pánvi (Binder a kol., 2011).

Nejšetrnější na psychiku matky je provedení abdominálního porodu císařským řezem na přání, jelikož je rodička plně srozuměna se všemi riziky výkonu a stejně to pro její psychickou stránku je výhodnější než spontánní porod (Binder a kol., 2011).

Reakce žen na akutní sekci je různá. Některé rodičky pocítují důvěru a jistotu, ať se děje cokoli, jelikož věří samy sobě i zdravotníkům, kteří o ně pečují a stejně tak se s tím vyrovnaly i rodičky, které mohly hned po porodu vidět své dítě. Naopak pozitivní očekávání a následné zklamání pocítily rodičky, jež nedostaly dostatek informací a důvodů o provedení akutního císařského řezu. Rodičky, které pocítily strach a následnou úlevu, byly spíše úzkostné ženy s velkým strachem z porodu. Některé ženy pocítily i zmatek a amnézii, protože si neuchovaly žádné vzpomínky na porod (Takács a kol., 2015).

Ženy, které měly obavy o své dítě, tvrdily, že sekce je nejlepší volba v dané situaci. Některé rodičky však pocítily, že jsou nepotřebné a vnímaly bezmoc, když ztratily kontrolu nad situací. Jiné rodičky se zase sebeujišťovaly, že vše dobře dopadne kvůli zmírnění stresu. Velké zklamání naopak cítily ženy, které chtěly porodit přirozeně bez medicínských zásahů. Rodičky mající strach o sebe i o dítě viděly tuto situaci jako katastrofickou a další ženy zase popíraly skutečnost, že zrovna je čeká císařský řez. Poslední skupinou jsou rodičky, jež cítily pozitivní emoce, jelikož už bude po všem a dítě bude na světě (Takács a kol., 2015).

Po delším odstupu po akutní sekci dost rodiček pociťovalo ztrátu, narušení vztahu s dítětem, odstup od dítěte, narušení identity, pocit selhání v roli matky, násilí a zohavení nebo vztek a zlost na zdravotníky (Takács a kol., 2015).

2.4 Následky z poporodního traumatu

Jedním z hlavních dopadů na psychiku rodičky díky komplikacím spontánního porodu či díky akutní sekci je výskyt posttraumatických symptomů. Po akutním císařském řezu se vyskytují spíše než po plánované sekci a vaginálním porodu. Důležitost hraje, jak rodička vnímala celou situaci před porodem, během porodu a těsně po něm. Spouštěčem může být jak pocit ztráty kontroly, strach o své zdraví a život tak i o dítě, silná bolest a její neefektivní tišení i nedostatek podpory a informací od zdravotníků. Nižší výskyt psychického traumatu je u plánované sekce a sekce na přání rodičky, protože ženy mají více času se s porodem smířit a důkladně se po psychické stránce na zákrok připravit a nečelit tak zbytečně obavám z vaginálního porodu. Poporodní deprese jsou též spjaty s tím, jak rodička vnímala psychickou zátěž při porodu a vyšší výskyt je právě u žen, co ji mají již v anamnéze. Císařský řez má také negativní vliv na zahájení kojení, protože ženy cítí bolest, únavu po zákroku a děti těch matek, jež podstoupily celkovou anestezii, jsou po sekci spavější. Posttraumatické a depresivní symptomy se rozvíjejí u rodiček, které měly špatné vztahy se zdravotníky během porodu, dále pak nesoulad v manželství či partnerství, málo sociální podpory, stresující situace a nižší sebeúctu. Nejdůležitějším aspektem byl také postoj k porodu. Rodičky, které nechtěly medicínsky vedený porod, ať už akutní sekci či nějaké komplikace v průběhu spontánního porodu s lékařskou intervencí, jsou většinou více vystresované. Stejně tak je tomu i u žen s vyšším socioekonomickým statutem a vyšším vzděláním (Takács a kol., 2015).

3 PODPOŘENÍ PŘIROZENÉHO PORODU

3.1 Intimní prostředí

Podle známého odborníka je důležité zvládnout navrácení k jednoduchosti porodu. Z jeho pozorování, kdy byl jako medik v roce 1953 na porodním sále a sledoval práci porodní asistentky, zjistil, že dokáže klidně čekat, má tolik trpělivosti a dokáže během procesu porodu plést. Pletení je totiž opakující se činnost, která snižuje hladinu adrenalinu a tím pádem taková porodní asistentka působí na svou klientku velmi uklidněně a dává jí tak najevo, že se může cítit v její přítomnosti bezpečně. Míra adrenalinu je totiž „nakažlivá“ i pro rodičku. A jak jsem již zmiňovala, tak s vysokou hladinou adrenalinu by matka neporodila. Nejdůležitější je pro porod právě taková porodní asistentka či dula, jelikož jen taková osoba dokáže ztělesnit „matku“, která většinou v každém z nás vyvolává pocit klidu, bezpečí a uvolnění. K tomu přidat naprosté ticho, přítmí, soukromí, ponořit se do ženské role, nechat se vést svou intuicí a přirozenému porodu nic nebrání. Když je totiž rodička se svým porodem sama a navíc s „matkou“, tak se vůbec necítí být pozorována, což je přirozené pouze v přítomnosti ženy (Odent, 2011).

3.2 Důležitost bolesti při porodu

Bolest je normální, fyziologický, prvotní úkaz počátku porodu. Některé ženy hodnotí porodní kontrakce jako silné bolesti a jiné zase jako intenzivní pocity, nežli bolesti. Mezi rodičkami je velký rozdíl ve vnímání obtížnosti bolesti při děložní činnosti. Většina žen však hodnotí bolest při kontrakcích jako krutou, ale na druhou stranu je tu i skupina žen, které mohou tvrdit, že šlo o slabé až skoro žádné bolesti (Mander, 2014).

Porodní bolesti jsou jedinou logickou bolestí v lidském životě, upozorňují totiž ženu na začátek porodu a nutí ji k přirozenému vyhledání bezpečného místa, kde by mohla porodit. Pro porodní asistentku jsou bolesti u porodu známkou svědčící o správném fyziologickém průběhu porodu (Walsh, 2012).

Nejvíce záleží na vlastním přístupu rodičky k bolesti. Pakliže se žena během porodu aktivizuje, stává se během procesu porodu aktivní, dokáže dobře snášet bolest při kontrakcích a nehodnotí ji pak jako negativní. Takové pozitivní bolesti totiž dokáží ženě pomoci dozrát do role matky. Rodičky, které chtějí родit spontánně přirozenou cestou a nechtějí medicínsky vedený porod, jsou zpravidla připraveny na bolest a dokáží s ní

spolupracovat, tak jako to bývá při porodu doma. Takové ženy pak pocítují daleko větší uspokojení a radost z narození svého dítěte, navíc u nich takový pocit přetrvává ještě dlouho po porodu a je velmi posilující pro sebevědomí ženy (Štromerová, 2015).

Bolest má během porodu svou důležitou úlohu tím, že není destruktivní, je pomocník bondingu, pomáhá ženám zrát, ale může být i vyjádřením nebezpečí. Díky bolesti se navíc v těle tvoří endorfiny, jež nakonec vytvoří pozitivní vjem z porodu. Bolest také umožní, aby se žena pozastavila nad svým životem a soustředila se na zrození svého potomka, což je velmi důležité v dnešní přecivilizované společnosti (Štromerová, 2015).

Správně spolupracovat s bolestí lze, pokud rodička přijme za své být pozitivní, nebát se porodu, klidně dýchat, být dostatečně informována o tom, co se právě děje, přijmout fakt, že s každou další kontrakcí je o jednu méně, využívat nefarmakologické tlumení bolesti a nakonec bolest přijmout za svého pomocníka, neignorovat ji (Štromerová, 2015).

3.3 Podpora psychiky

Dříve bylo běžné rodit v domácím prostředí, kde byly přítomny všechny blízké osoby rodičky, obzvláště matky, které samy měly zkušenosti s porody a porody vedly zkušené místní porodní báby. Vše bylo takhle naprosto v pořádku, protože ženy měly důvěru ve svou schopnost porodit. Dnes se rodí v nemocnicích a ženy tak ztratily podporu blízkých žen, jelikož porodní asistentky nemají pravomoci zůstat po celou dobu porodu s rodičkou (Šest zásad zdravotní péče podporujících normální porod, 2015).

K přirozenému vaginálnímu porodu přispívá soustavná psychická podpora během celého procesu porodu. Porodní asistentky bohužel nemohou být celou dobu s jednou rodičkou, proto je žádoucí pro psychickou pohodu, aby si rodičí ženy braly doprovod v podobě duly, která je psychickou i fyzickou oporou během porodu a má i dostatek informací ohledně péče o rodičku. Další dobrou psychickou oporou pro rodičku je také jakákoliv matka, která sama zažila sílu přirozeného porodu (Šest zásad zdravotní péče podporujících normální porod, 2015).

Dula či jiná zkušená žena je vhodným doprovodem k porodu, jelikož rodičku i jejího partnera může zaskočit intenzita průběhu porodu. Zkušená žena může vždy rodičku i partnera ujistit o normálnosti, fyziologii, dané situace, dokáže se dotknout na tom správném místě (masáže), utiřit, aby porod nebyl tak stresující. Může také navrhnout úlevové polohy

od bolesti a vhodné pozice pro urychlení procesu porodu. Pomůže i po porodu dítěte s prvním přísátím k prsu. A její nejdůležitější úlohou je, aby si rodička s partnerem odnesli jen ty nejlepší vzpomínky na porod (Šest zásad zdravotní péče podporujících normální porod, 2015).

3.4 Polohy a pohyb při porodu

Vzpřímené držení těla je u lidí mezi savci výjimkou, což ztížilo porod a zvládnání obtíží během procesu porodu, pokud ovšem rodička nevyužije výhod tohoto vzpřímeného držení, kdy jde o využití zemské přitažlivosti, gravitace, a možnosti svobodného pohybu. Pasivní poloha vleže na zádech má z fyziologického hlediska více nevýhod než profitů. Tuhle polohu zdravotníci využívají jen z toho důvodu, že je lidstvu důvěrně známa a je to síla zvyku. V jiných kulturách je však zcela přirozené родit ve vertikálních polohách (vestoje či ve dřepu s roztaženýma nohama). Hlavním důvodem je právě zvětšení průchodnosti pánve. Dnes se ještě těmto polohám porodní asistentky stále vyhýbají, i když jsou to nejvhodnější porodní polohy (Porodní polohy, 2012).

Vzpřímené porodní pozice fungují hlavně na principu gravitačních sil, kdy napomáhají sestupu plodu a hlavička dítěte tak zároveň dilataje děložní hrdlo. Též rodičku nutí k pohybu, může se ohýbat, opírat a ulevit si od bolesti při kontrakcích. Při pohybu se totiž aktivují receptory v mozku, které sníží vnímání bolesti a rodička je tak schopna snášet stále silnější kontrakce. U velmi silných kontrakcí se navíc začnou vyplavovat endorfiny, jež způsobí ještě nižší vnímání bolesti. Poloha „na všech čtyřech“ je výhodná hlavně z toho důvodu, že rodičku může doprovázející osoba navíc i masírovat či obkládat záda nahřátým ručníkem. Pro rodičku je stejně nejdůležitější, aby si našla takovou polohu, která co nejvíce uspokojí její potřeby (Porodní polohy, 2012).

3.5 Bonding

Bonding je jeden z nejpevnějších vztahů na světě začínající právě očním kontaktem, nahou kůží na kůži a teplou náručí matky. Označení pochází z anglického pojmu lepení, neboli sepletí, připoutání. Už v tuto chvíli se buduje jedna z nejdůležitějších emočních vazeb mezi matkou a dítětem (Mrowetz, 2014).

Stejně tak jako bolest, tak i radost je nedílnou a přirozenou součástí porodního procesu. Pro většinu žen je tou největší radostí právě ten velký okamžik narození dítěte. V ten moment, kdy rodička přivine své dítě do náruče, je veškerá bolest zapomenuta a naopak je vystřídána obrovským pocitem štěstí. Tato radost je moudrým přírodním mechanismem, který pomáhá novopečené matce v tak náročné péči o novorozence. Je to jakási síla, jež nabíjí matku energií a dává základ tomu nejdůležitějšímu vztahu na světě. Vztahu mezi matkou a dítětem (Mrowetz a kol., 2011).

Pouto mezi matkou a dítětem se tvoří samozřejmě už v období těhotenství, po porodu však nastává hormonální výbuch lásky, kdy se do sebe mohou oba navzájem zamilovat a pečovat o sebe. Kontakt kůže na kůži vede k emocionální a fyziologické adaptaci matky a dítěte. Novorozeně se tak lépe adaptuje na prostředí mimo dělohu, v náruči matky se cítí bezpečně a navíc má menší neurologické potíže. Výhoda je i na straně matky, jelikož se lépe vyrovnává s porodní bolestí. Ženy se vnímavěji chovají ke svému dítěti, chápou signály, které jim dítě vysílá, vyznají se v příčinách pláče, nemají problémy s nástupem laktace a kojí déle. U takových matek se minimalizuje výskyt poporodní úzkosti, lépe zvládají stres spjatý s péčí o dítě a častěji prožívají mateřství jako radostnou událost (Mrowetz, 2014).

„K porodní radosti se často dostáváme skrze bolest. Je to složitá cesta. Cesta života.“ (Mrowetz a kol., 2011, str. 11)

3.6 Sebedůvěra ženy

Porod je takovou událostí, na kterou má rodička možnost se po psychické stránce připravovat devět měsíců. Avšak je to nová a složitá situace i pro ty ženy, jež se svědomitě snažily co nejlépe připravit (Ratislavová, 2008).

Osobnost rodící ženy se formuje i díky takto náročné situaci jako je porod. Porod znamená jakousi překážku, kterou chtějí mnohé ženy překonat a dokázat si, že na to mají, jsou uspokojeny, jsou na sebe hrdé, mají dostatečnou sebedůvěru a sebevědomí. Pokud však žena cítí, že porod nezvládla, vyskytnou se rozpory v jejím sebepojetí (Ratislavová, 2008).

Nejvýznamnějším faktorem, který přispívá ke spokojenosti z průběhu porodu, je správné emoční zacházení s rodičkou (hlavně jde o dobrou podporu ze strany zdravotníků a zacházení se ženou s největším respektem). Něžná péče od zdravotnického personálu

by měla být samozřejmostí, která vede k prohloubení sebedůvěry rodící ženy, jež věří ve svou schopnost přirozeně přivést své dítě na svět (Porodní násilí, 2013).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 ZPRACOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

4.1 Formulace problému

Při vyřknutí slovního spojení „Sexuální prožitek při porodu“ si hned každá těhotná žena představí pouze orgasmický porod, avšak tomu tak není. Obecně je známo, že tímto tématem se zabývají odborníci a porodní asistentky spíše v zahraničí, nežli v České republice, proto jsem si právě tohle zajímavé a přitažlivé téma vybrala. Z mého výzkumného hlediska se spíše jedná o nahlížení na problém z pohledu intimity porodu, nikoliv o samotný orgasmický prožitek během porodu. Proto se právě v praktické části práce ptám: „Má porod určité podobnosti s pohlavním stykem?“

4.2 Stanovení cílů

Má bakalářská práce má tyto cíle:

Hlavní cíl:

Hlavním cílem mého výzkumu je zjistit, zda jsou možné určité podobnosti porodu se sexuálním stykem.

Dílčí cíle:

Na základě hlavního cíle stanovuji dílčí cíle, jež se týkají konkrétních oblastí výzkumného šetření.

- Zpracovat kazuistiky dvou rodiček.
- Analyzovat naplněnost očekávání rodiček a porovnat je mezi sebou a s odbornou literaturou.
- Zjistit důsledky prožitku z porodu ovlivňující budoucí život rodiček.
- Navrhnout lepší podmínky pro intimitu porodu.

4.3 Výzkumné otázky

K dosažení výše uvedených cílů si stanovuji následující výzkumné otázky.

- Jaký je psychický dojem z porodu?
- Jak působili zdravotníci (porodní asistentka, lékař) během porodu na rodičku?
- Jaká byla intimita prostředí při porodu?
- Jak rodička prožívala bolest při porodu?
- Jak ovlivnil prožitek z porodu přístup rodiček k dalším porodům?

4.4 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro výzkumnou část mé práce jsem si zvolila kvalitativní formu výzkumu, protože zjišťuji hloubku problematiky daného tématu. Kvalitativní výzkum se zabývá jednotlivcem, jde do hloubky problému, zkoumá chápání, nahlížení, interpretaci problému jednatelce. Tvoří se podrobný popis pozorovaného jevu, popisuje se porozumění, holistický obraz zkoumaného předmětu, tvoří se výzkumné otázky, rozhovory, kazuistiky. Vytváří se nové teorie. Sběr dat bude proveden formou rozhovorů a pozorování. Dochází k vyhledávání a analyzování informací, které vychází z výzkumných otázek. Výzkumník nabývá integrovaného pohledu na předmět studie. Charakteristikou kvalitativního výzkumu je hloubkový vhled a zkoumání v přirozených podmínkách (Hendl, 2008).

4.5 Metoda

Výzkum provádím metodou zpracování kazuistiky, takzvanou case study (případovou studií), v které jde o detailní studium jednoho případu. Jedná se o zachycení složitosti dané problematiky. Tahle metoda umožňuje získání velkého množství dat a popisu jednoho či několika málo jedinců (Hendl, 2008). Já si vybírám psychologickou kazuistiku, která se bude týkat pouze jediného zkoumaného případu, tedy osobní případovou studii.

4.6 Vzorek respondentů

Dochází k záměrnému vybrání zkoumaného jedince, protože požadavkem pro tento výběr byla skutečnost, že jedinec zažil porod. Vyhledala jsem ke spolupráci jednu rodičku s alternativním způsobem porodu a jednu rodičku bez zvláštních požadavků, obě rodičí v nemocničním prostředí. Zjišťovala jsem, jak se rodičky cítily při porodu, zda byla dodržena intimita daného prožitku. Nalezení vhodného případu nebylo snadné, jelikož kolem sebe mám spíše samé rodičky, které nikdy takovou souvislost neslyšely. Nakonec se mi však zadařilo najít jednu rodičku s pozitivním zážitkem a srovnat její prožitek z porodu s rodičkou s negativním zážitkem. S oběma rodičky byl sepsán informovaný souhlas.

4.7 Způsob získávání informací

Sběr potřebných dat probíhal formou individuálních polostrukturovaných rozhovorů u obou rodiček. Dalším způsobem získávání informací bylo zúčastněné, tedy nestrukturované, pozorování obou rodiček. Sebraná data jsem si zaznamenávala do svých poznámek. Rozhovory byly zaznamenávány elektronickou formou na diktafon. Zjištěné údaje jsem v průběhu své studie porovnávala s odbornou literaturou a mezi sebou. Informovaný souhlas s výzkumnou studií se nachází v příloze č. 1.

4.8 Organizace výzkumu

Na začátku praktické části se zabývám popisem případu obou rodiček. V další části se zaměřuji na vlastní pozorování rodiček a zjištěné skutečnosti porovnávám mezi sebou a s odbornou literaturou. Dále uskutečňuji rozhovor s oběma rodičkami a zjišťuji jejich prožitky a pocity, které zažívaly při porodu. V dalším období výzkumu navrhuji plán na změnu vedení porodů s ohledem na intimitu rodičky, který by se mohl podílet na zlepšení intimních prožitků z porodů. Všechna sebraná data analyzuji v diskuzi a stanovené cíle hodnotím v závěru práce. Výzkum probíhal v březnu 2016 v domácím prostředí.

4.9 Životní anamnéza

Petra - 26 let, pracuje jako administrativní pracovnice, středoškolské vzdělání s maturitou (prodavačka), spokojena s porodem v nemocnici

Osobní anamnéza - bezvýznamná, bývalá kuřačka (3 cigarety denně) do zjištění gravidity

Rodinná anamnéza – otec léčen pro zjištěnou trombózu PDK po úrazu, babička léčena pro DM II. typu

Gynekologická anamnéza - menstruace od 12 let, pravidelná, mírně bolestivá, hormonální antikoncepci užívala od 16 let do 24 let, primigravida/primipara

Životní styl – po zjištění těhotenství přestala kouřit, pracovala do 8. měsíce gravidity, mezi její záliby patří sport (fitbox, lyžování, plavání), domácí ženské práce (vyšívání, aranžování domova), sledování filmů a společné trávení času s přáteli

Karolína - 26 let, pracuje jako administrativní pracovnice, středoškolské vzdělání s maturitou (veřejná správa), nespokojena s porodem v nemocnici

Osobní anamnéza – bezvýznamná, bývalá kuřačka (5 cigaret denně) do zjištění gravidity

Rodinná anamnéza - otec léčen s hypertenzí, děda léčen pro DM II. typu

Gynekologická anamnéza - menstruace od 12 let, pravidelná, mírně bolestivá, hormonální antikoncepci neužívala, primigravida/primipara

Životní styl – po zjištění těhotenství přestala kouřit, pracovala do 8. měsíce gravidity, miluje společnost přátel, ráda sleduje filmy, ráda cestuje za mořem a relaxuje na slunci

4.10 Rozhovory o porodech

4.10.1 Rozhovor s Petrou

Rozhovor probíhal 8 měsíců po porodu. Byl proveden v domácím prostředí respondentky a probíhal plynule. Rozhovor trval něco přes půl hodiny.

Jak probíhal porod?

„Probíhal bez komplikací a rychle. Od prasknutí vody jsem porodila do 4 hodin, probíhal v pořádku. Když jsem přijela do nemocnice, tak si mě vyšetřili, dali mi klystýr. Když mi praskla voda, tak začaly kontrakce po 5 – 4 minutách, pak jsem šla na sál, kde mi dělali monitor asi 20 minut, 2 hodky jsem byla na sále, pak jsme začali rodit. Po 1 hodině na mě přišel kouknout doktor a dali mi něco do boku, ani nevím, co to bylo a zda mi to pomohlo, já nic necítily, nic mi nebylo, ale Pavel (přítel, otec dítěte) říkal, že jako trochu omámená jsem byla. Tak prý asi jo, ale já si tedy nic neuvědomuji. Kanylu jsem preventivně napíchnutou měla, ani nic mi tam nedávali. Jenom potom, když jsem rodila a tlačila, tak mi dávali občas kyslík, já mám problémy s dýcháním, že se občas zadýchávám, tak mi dali tu bombu, abych se nadechla. Porod byl klasický, rychlý, v pohodě.“

Kde porod probíhal a kdo byl přítomen?

„Probíhal v Krči v nemocnici a přítomen byl doktor, Pavel, moje tchýně, která přišla až na konec, porodní asistentka jedna, učnice porodní asistentky, takže pět lidí.“

Proč sis vybrala právě nemocnici v Krči?

„Jelikož tam pracuje na šestinedělí moje tchýně, která mi Krč doporučila a viděla jsem výhodu v tom, že mi pak pomůže s kojením, a kdyby se něco stalo, tak by mohla zasáhnout do řešení.“

Byla dodržena dostatečná intimita prostředí?

„Mně to bylo úplně jedno, vůbec jsem si neuvědomovala, kdo tam je, ani nevím, kdy tam přišla ta tchyně, vůbec jsem jí nevnímala a ani lidi kolem. Nevadilo mi to a bylo mi to úplně jedno, kdo tam je a není.“

Jak na tebe působilo prostředí?

„Jelikož je to starší nemocnice, tak nic moc ty pokoje. Tam, kde byly ty sprchy, tak to bylo takové už prostě starší. Určitě bych se cítila lépe, kdyby to tam bylo modernější. Tam nic moc jako barevného nebylo, ale dalo se to přežít. Jinak když jsem přišla na ten porodní sál, tak tam se mnou sepisovala příjem ta porodní asistentka, co se pak o mně starala. A ta učnice, ta mi pak dávala klystýr a občas se jako přišla podívat i na ten monitor, ale pak přišla i ta porodní asistentka mi říci, jak mám dýchat a tak. Komunikace s porodní asistentkou byla v pohodě, ona mi řekla na příjmu, jak mám dýchat, protože jsem dýchala moc rychle, a když přišly ty silné kontrakce, tak mi říkala, že trvají 20 vteřin a že je mám hodně prodýchat a že partner může se mnou počítat těch 20 vteřin, abych to zvládla, a když se to blížilo ke konci, tak mi říkala, že mám dýchat rychle a povrchově. Asistentka byla dobrá, vždy mi přišla říci, co se bude dít a jak mám dýchat a postupovat. Otázky jsem na personál neměla, spíše jsem přijímala, co mi radí oni.“

Jak jsi dávala najevo své potřeby, prožitek z porodu?

„Dokud jsem mohla, tak jsem chodila, což bylo do toho klystýru, pak jak jsem šla na ten porodní sál, tak tam byl ten monitor a už jsem jen ležela na boku a to mi nevadilo, jinak jsem se snažila dýchat dle instrukcí porodní asistentky. A snad jsem nekřičela, spíše při kontrakcích jsem dělala obličej a snažila se dýchat.“

Jaké ti byly nabídnuty možnosti nefarmakologického tlumení bolesti?

„Že by mi někdo řekl, jak můžu tlumit bolest kontrakcí? Tak to tedy ne. Jen po klystýru jsem se vlastně osprchovala a to bylo celé. Z poloh mi nikdo nic neřekl, jen při monitoringu malé už jsem nemohla vydržet ležet na zádech, tak jsem říkala Pavlovi, ať už to ze mě sundají.“

Pro mě nejlepší poloha byla na boku, takže potom, co mi to sundali, jsem stále ležela na boku. Jediné, co mi řekla, bylo, ať si lehnu, jak mi to vyhovuje. Já jsem chodila akorát u toho klystýru, ale na tom sále už jsem jen ležela na tom lůžku.“

Jak často se natáčel CTG záznam?

„Na příjmu mě točili, to bylo snad 10 minut? Čtvrt hodiny? Pak když jsem přišla na porodní sál, tak tam 20 minut, pak už mě netočili. Pak už mi jen poslouchali ozvy.“

Jaké byly intervence od zdravotníků a jak časté? Jak ses při tom cítila?

„Přišel doktor a zeptal se mě, jestli jako něco chci a já říkám, že mi je to úplně jedno, ať mi dá, co chce! A on říkal, že mi dá něco slabšího nejdříve, pak se uvidí. Ale nevím, co. Asi to řekl, ale já v tu chvíli prostě nevěděla. A že to bylo proti bolesti, to řekl. Kontrolovali mě tak jednou za čtvrt hodky, nevím. Asi. Koukli jen, jak dýchám a že je monitor dobrý a šli. Jinak mě neinformovali, co bude následovat. Vadilo mi, jak mě to ke konci už bolelo u toho monitoru, že jsem nevěděla, zda se mohu otočit na ten bok. V tu chvíli jsem je prostě jen poslouchala, co mám dělat. Takže jsem ani nevěděla, zda se mám na něco ptát, nic mě nenapadalo. Věřila jsem zdravotníkům v tom, co dělají, to jo. Cítila jsem se v bezpečí, když jsem věděla, že se miminko natáčí a je to dobré.“

Jak na tebe působil zdravotnický personál?

„Důvěrně, jak říkám, plně jsem jim důvěřovala a věřila, co dělají. Poslouchala je.“

Jak se choval zdravotnický personál k doprovodu u porodu?

„Naprosto v pohodě. Respektovali ho, byl automatickou součástí mé osoby. Nikdo tam s ním neměl problém.“

Jak jsi vnímala své tělo? Co ti říkalo? Využila jsi své intuitivní chování ženské? Věřila sis?

„Během těch kontrakcí jsem se musela zastavit a opírat se. Jak jsem se cítila v té poloze nejlépe, tak jsem to při té kontrakci dělala. Vůbec jsem svou sebedůvěru nezpochybovala, až tedy ke konci jsem to chtěla vzdát, ale to mi řekli, že musím ještě vydržet. Po tom klystýru, jak jsem si chodila, to bylo vlastně lepší, ale pak na tom sále už jsem ležela na tom boku a při kontrakci jsem musela dávat nohu na šaut nahoru, ale bylo mi to i příjemné, nijak mě to netýralo. Pak mi ještě řekla, že až to bude tlačit jako na velkou, tak je čas jít rodit. Tak se zavolal doktor a šli jsme rodit. To už byly fakt nepříjemné ty kontrakce, to už byly ty velké, kdy jsem cítila, že to dítě jde dolů. Když začala kontrakce, tak jsem tlačila, nesměla jsem dýchat u toho, musela jsem zadržet dech, což pro mě byl problém, já jsem pořád ufukovala a když přestala kontrakce, tak jsem přestala tlačit. To jsem se napila párkrát a řekla mi, že až zase začnou kontrakce, ať začnu tlačit. Ale nenutili mě tlačit bez kontrakce, ale porodní asistentka mi tlačila na břicho a ten doktor mě pořád roztahoval a to bylo hodně nepříjemné, to mi přišlo horší než kontrakce. Vaginální vyšetření mi nikdy nevadilo na druhou stranu. Ale necítila jsem nástřih zase při porodu a nejvíce mi vadilo zašívání snad pak.“

Jak ses cítila v roli rodičky?

„Já jsem se cítila naprosto přirozeně, úplně normálně. Necítila jsem se jako nějak špatně.“

Vnímala jsi při porodu určité podobnosti s pohlavním stykem (pocit slasti, blaženosti)?

„To vůbec... Ani jsem na to neměla myšlenky.“

Jakou roli pro tebe hrál doprovod u porodu?

„Pavel byl hlavně psychickou oporou, moc mi pomáhal, když se mnou počítal těch 20 vteřin délky té kontrakce, to mi moc pomohlo. A také jsem věděla, že tam je pro případ, že bych se nedovolala porodní asistentky, že by to zařídil on.“

Jak ovlivnil průběh porodu vaše partnerství?

„V sexuální stránce je to stále stejné, odpor Pavel ke mně nemá, i když porod viděl. Opatrně po šestinedělí jsme na to šli. Já jsem totiž dlouho krvácela, necítila jsem se na to, ale Pavel to respektoval, žádný problém s tím neměl.“

Shrnutí rozhovoru

▪ Popis průběhu rozhovoru

Rozhovor proběhl v domácím prostředí rodičky. Respondentka se snažila odpovídat na všechny mé dotazy naprosto svědomitě a pravdivě. Odpovídala ihned bez velkého rozmýšlení. Oční kontakt byl s respondentkou udržen po celý hovor. Žena odpovídala zvesela.

▪ Analýza rozhovoru kódováním

- Rodička popisuje svůj porod jako rychlý a hezký
- Během hovoru si žena uvědomuje, že nebyla informována o možnostech pohybu a nefarmakologickém tišení bolesti
- Žena chválí chování porodní asistentky vůči své osobě
- Porod rodička bere jako jasně daný fakt, který musí zvládnout
- Rodička plně důvěřuje zdravotníkům
- Rodička netuší, že porod může mít spojitost s pohlavním stykem
- Ženě se splnila její očekávání od zdravotníků

▪ Diskuze

Petra svůj porod hodnotí jako velmi rychlý a co se týče průběhu, tak dobrý, bez komplikací. K porodu si vybrala Thomayerovu nemocnici, kde je vybavení porodnice starší a neposkytuje takový komfort. Dostatečná intimita prostředí také nebyla zcela dodržena. Zdravotnický personál vzbuzoval v rodičce důvěru. K doprovodu se zdravotníci chovali také slušně. V roli rodičky se Petra cítila naprosto přirozeně a sebevědomě, věřila v pomoc personálu při finálním tlačení a to se jí také naplnilo.

▪ Doporučení pro praxi

Do dalšího těhotenství bych Petře doporučila buď se při porodu více ptát a informovat se o možnostech nefarmakologického tlumení bolesti a o pohybu,

nebo si přečíst odbornou literaturu, která pojednává o této problematice. Dále bych se zaměřila na výběr vhodné porodnice, která bude moderněji vybavena a bude působit tepleji a pohodlněji k rodičkám.

4.10.2 Rozhovor s Karolínou

Rozhovor probíhal rok po porodu. Byl proveden v domácím prostředí respondentky a probíhal plynule. Oční kontakt byl po celou dobu udržen. Rozhovor trval něco kolem hodiny.

Jak probíhal porod?

„Jelikož jsem přenášela, tak jsem se obávala nejhoršího, že mi budou muset porod vyvolat, ale nakonec se Vojtíškovi zachtělo ven samo. Také jsem tomu pomáhala uklízením, mytím oken a sexováním s přítelem. Až mi nakonec z celé té aktivity praskla voda. Tak jsme tedy jeli do porodnice. Tam mi na příjmu natočili monitor, naštěstí jsem streptokoka neměla a nemusela tak mít léky, pomyslela jsem si. Kontrakce se také naštěstí spustily samy hned po odtoku vody a byly v intervalu asi každých 5 minut. Hezky jsem si je alespoň prodýchávala, když jsem musela být na monitoru upoutána asi 30 minut. Byla jsem šťastná, že mě už propustili na porodní sál a já se tak konečně mohla hýbat svobodně. Každou kontrakci jsem krásně procítila a zažila s plnou bdělostí. Pravidelně jsem si dýchala, až mě porodní asistentka pochválila za výkon. Udělali mi klystýr, s kterým jsem souhlasila, a nechali mi asi hodinu na přípravu, kde jsem byla ve sprše a nahřívala si břicho při kontrakcích, porodní asistentka mi chodila každou chvíli poslouchat srdce miminka a to se mi už nelíbilo, začala narušovat mé soukromí, kdy jsem si sama chtěla prožívat každou kontrakci zvlášť. Požádala jsem tedy porodní asistentku, aby návštěvy a rušení mého miminka omezila, nikdo na to chraplákto není zvědavý. Pokud se bude s Vojtíškem něco dít, já to poznám. Jsem jeho matka přece. Porodní asistentka tedy couvla, otočila oči v sloup a odešla s povzdechem. Celou dobu tam se mnou byl i Martin (přítel, otec dítěte), ale respektoval mou osobu a držel se dál, jak jsem chtěla. Situaci porodu jsme spolu už probírali, tak snad alespoň on ví, jak se ke mně chovat. Po přípravě jsme šli na pokoj, kde nebyl ani záchod, ani sprcha, nic. Jen porodní lůžko, malé to tam bylo, ošklivé, samá kachlička všude. Kontrakce zesílily v průběhu sprchy na přípravě a já už si začala ulevovat od bolesti různým pohybem. Houkala jsem se ze strany na stranu, chodila jsem po tom pidi pokoji, v tom přišla porodní asistentka, že preventivně píchneme kanylu a já se zhrozila. Ne, nikdy, proč kanylu, když mi nic není a stále se účastním přirozeného porodu. Stála jsem si za svým názorem, ale porodní asistentka mi nakonec vnutila myšlenku, že by se něco stejně mohlo stát, tak jsem tedy pod

nátlakem souhlasila a ona mi ji píchla a odešla. Naštěstí to nijak nepřekáželo, ale za chvíli tam byl lékař, který se chtěl podívat, jak jsme daleko vaginálním vyšetřením, které nesnáším. Bránila jsem se, že nechci vaginálně vyšetřit, že sama poznám, kdy to bude na tlačení k porodu. Že zatím se ve mně prostě nemusí nikdo šťourat a zase špatně, lékař zakroutil hlavou a řekl, že musí, že to s ním chvíli vydržím, když se mohu i hádat. Tak aby nebyly rozbroje, tak jsem ustoupila a prožila něco tak strašného jako je skoro znásilnění, co skoro, to je znásilnění. Byla jsem otevřená na 5 cm, ptal se mě při odchodu, zda nechci něco na uvolnění bolesti, tak jsem mu řekla, že ne, že to zvládnou sama, opět zatřásl hlavou odporně nevěřičně, ale šel. Po něm mi vlétla do pokoje zase porodní asistentka s tím chrastítkem na srdce dítěte, zase žádné soukromí, pomyslela jsem si. Kontrakce sílily a já si snažila najít úlevové polohy, pořádala jsem přítele o masáž zad, ochotně mi pomohl. Ještě, že ho tu mám. Když to šlo, tak jsem se snažila co nejvíce relaxovat a uvolnit se, jak říkala porodní asistentka na předporodních kurzech. Za celou dobu, co mě chodily otravovat s tím chrastítkem na srdce dítěte, mi nikdo nenabídl možnosti tlumení bolesti, aniž by to byly léky. Ještě, že mám tolik vědomostí z kurzů. Vzala jsem si s sebou i relaxační hudbu, kterou jsem si dala do radia a ve chvílích klidu odpočívala. Za chvíli už byl zase v pokoji lékař a porodní asistentka s tím, že se natočí další monitor, tak jsem z toho byla mrzutá a hlavně další vaginální vyšetření, přišlo mi to strašně brzy po tom prvním. Nejhorší bylo, že mi začaly slábnout kontrakce a lékař navrhoval podat něco na zpravidelnění a zesílení kontrakcí. Já jsem však nechtěla, ale přítel se začal o Vojtíška bát, tak jsem holt zase kývla a tím pádem jim to povolila, přitom jsem si sama pro sebe plánovala naprosto přirozený porod bez zásahů lékařů a nakonec byla realita úplně jiná. Kapačka mi kapala, já už byla uvázána jen na lůžko, tak jsem alespoň dýchala, tentokrát mi alespoň porodní asistentka jednou větou řekla, jak dýchat. Nečekaně, když už jsem tam tak dlouho. Nicméně to porod zrychlilo a já za chvíli měla pocit nutkání na velkou. Snažila jsem se nekřičet, ale tělo to tak chtělo, tak jsem se občas projevila, cítila jsem tak velkou úlevu. Pak přišlo samotné tlačení, obrovské bolesti, ale já si věřila, že to zvládnou. Bohužel má masáž hráze v těhotenství nebyla asi dostačující, protože jsem pocítila stříhání hráze a bolest. Zase jsem jako rodička selhala. Pak se narodil Vojtíšek a naštěstí bez komplikací, ale úplný bonding také nenastal. Pupečník mu přestříhli dříve, než dotepal a já ho dostala do náruče až zabaleného. Stejně jsem si ho znovu vybalila, což byla zase chyba, protože personál nesouhlasil kvůli podchlazení. Šití bylo hrozné, ale dalo se díky malému vydržet, naštěstí byl s námi a nikam ho neodnesli.“

Kde porod probíhal a kdo byl přítomen?

„Porod probíhal v nemocnici Krč, v Thomayerce. U porodu byl přítel, porodní asistentka, lékař a další sestra na dítě.“

Proč sis vybrala právě nemocnici v Krči?

„Protože jsem dostala doporučení od známé, která si vychvalovala přístup porodních asistentek k přirozenému porodu, já však asi štěstí neměla. A navíc to mám nejbližší k domovu.“

Byla dodržena dostatečná intimita prostředí?

„Tak pro mne to tak nebylo vůbec, pořád mi lezla do pokoje porodní asistentka s tím chrastítkem, lékař chtěl pořád vaginální vyšetření provádět, monitor dítěte mě také dost narušoval. Necítila jsem se v pozici, kdy bych si plně zodpovídala za svůj porod já. Svoboda pohybu při monitoru žádná a důvěra ve schopnost ženy, která si sama vede porod také žádná, naprostá ignorace a nerespektování názoru. Jedinou podporou pro mne byl přítel a jeho přítomnost tam a to mi dávalo naději, že to zase budu mít ve svých rukách.“

Jak na tebe působilo prostředí?

„Děsně, ale věděla jsem to z internetu z fotek, že ten komfort tam není, ale dávala jsem na názor své kamarádky, že tu jsou přátelští k přirozeným porodům a houby. Navíc je to blízko od našeho bydliště. Říkala jsem si, že přece o nábytku a vybavení to není, je to o lidech, což se mi potvrdilo a o tom, zda ti jsou schopni vyjít vstříc či nikoliv a zda si tě zkusí představit jako sebe a reagovat podle toho, pochopit, co ta žena chce.“

Jak jsi dávala najevo své potřeby, prožitek z porodu?

„Myslím, že dostatečně zjevně, ale nikdo to z personálu nerespektoval. Snažila jsem se vcítit do rodičky a komunikovat s Vojtíškem, všimnout si toho, co mi tělo říká, co si bolest žádá, pohybovat se tak, abych si ulevila, poslouchat hudbu a relaxovat, když to ještě šlo. Ani nevím, kdo mi tu hudbu při samotném tlačení, kdy už jsme byli u konce, vypnul. Který nechápající člověk to byl. A jestli se ptáš na řev, tak ten jsem vůbec z úst nevypustila, tedy pokud vím. Možná snad jen ve finále jsem si trochu ulevila, ani nevím už.“

Jaké ti byly nabídnuty možnosti nefarmakologického tlumení bolesti?

„Nabídnuty?! Žádné! Ještě, že jsem vše věděla z předporodních kurzů a knih, co jsem četla. Maximálně tak farmakologické mi byly nabídnuty. A ty jsem prve odmítla, ale když jsem viděla přítele, jak je smutný, že to nejde podle mého plánu a bojí se o Vojtíška, tak jsem po té infuzi nakonec sáhla, oni by mi jí asi stejně dali, i když bych zase odmítla. Jediné co, tak mi ta porodní asistentka, když jsem měla silnější ty kontrakce, řekla, jak mám dýchat, jinak se mě vůbec nezeptali, zda mám nějaké neuspokojené své potřeby, nějaké dotazy.“

Jak často se natáčel CTG záznam?

„Já ho stihla mít asi jen dvakrát naštěstí, ale i tak mi to vadilo, jak už jsem říkala, hrozné omezení v pohybu, potřebovala jsem při kontrakcích chodit a ne ležet na boku. Takže monitor byl pro mne muka a pro malého předpokládám, že také. Už tak to pro něj bylo celé moc stresující a ještě aby na něj tlačily nějaké dvě sondy s hrozným bijícím zvukem.“

Jaké byly intervence od zdravotníků a jak časté? Jak ses při tom cítila?

„Řekla bych, že dost časté, pořád mi ta porodní asistentka lezla do pokoje a tím mne neskutečně rušila, vůbec nevěřila, že to rodící žena zvládne sama, pořád mě kontrolovala, hlídala jako pes. Sice mi tím chtěla dát najevo, že Vojtíšek je v pořádku, ale já to věděla i bez její kontroly, cítila jsem to, byli jsme s malým propojeni, komunikovali jsme spolu, nebála jsem se o něj a ani o sebe, bylo to tak přirozené a ta osoba nám to rušila a doktor?! Další zvíře. Prostě si odškrtnul svoje zdravotnické „musím“ a šel a bylo mu úplně jedno,

„Jak jsem se při tom cítila, že mi to jeho vaginální vyšetření moc příjemné nebylo, což jsem dávala, doufám, dost najevo.“

Jak na tebe působil zdravotnický personál?

„Naprosto strašně, asi když jsem rodila já, tak ty hodné a chápající porodní asistentky neměly službu, nebo co. Když mi o tom tady kamarádka vyprávěla, tak to tak strašně nevyznělo. Asi jde fakt o lidi, každý má k rodičce jiný přístup a já schytala, klasicky, ty nejhorší, nebo alespoň v tu chvíli pro mne nejhorší. Moc důvěry ve mne nevzbuzoval, to je fakt, ale nakonec jsem ustoupila kvůli přítelovi.“

Jak se choval zdravotnický personál k doprovodu u porodu?

„Ani nevím, když jsme přišli na příjem a porodní sál, tak se mi porodní asistentka představila a přítelovi, tuším, také. Ale jinak jsem nevypozorovala, jak se k němu chovali. Brali ho jako automatickou součást mne samotné, ještě, aby měli problém s tímhle. A vždy, když přišli do pokoje, tak vše sdělovali hlavně mé osobě, nikoliv jako páru celkově.“

Jak jsi vnímala své tělo? Co ti říkalo? Využila jsi své intuitivní chování ženské? Věřila sis?

„Samozřejmě, že jsem si věřila! To bych snad nemohla nikdy porodit a nešla do těhotenství vůbec! Svě tělo jsem vnímala naprosto střízlivě, poslouchala jsem signály, které ke mně posílalo, a dle toho jsem se také chovala a projevovala. Když mě to bolelo při kontrakcích tady, tak jsem si ulevila takhle. Prostě jsem poslouchala bolest a věděla, že když se začaly ty bolesti měnit na silnější, že jsem zase blíž k finále. Že za chvíli budu na vrcholu své cesty a porodím zdravého syna. Myslím si, že jsem zcela určitě na maximum využila své ženské intuice, toho co mi průběh porodu říká, že je vše přirozené a normální. Šla jsem do toho s tím, že se nebojím. A nebála se.“

Jak ses cítila v roli rodičky?

„Dokud mi za zadkem stále nestála porodní asistentka, tak jsem se cítila jako pravá rodička, co sama zvládne porodit a nikoho k tomu nepotřebuje, jen naslouchat své intuici, bolesti, svému tělu, co žádá. Když mě však takhle ten personál pořád kontroloval a pozoroval, tak už jsem se necítila jako rodička, ale jako poddaný, který plní rozkazy nadřízených.“

Vnímala jsi při porodu určité podobnosti s pohlavním stykem (pocit slasti, blaženosti)?

„Takhle bych to netvrdila, ale líbilo se mi soukromí, když tam byl čas ještě, kdy jsem během porodu byla přítomna já, přítel a náš Vojtíšek. Stejně jako u milování to byla naše soukromá věc. Jakmile se tam však objevil personál, kouzlo intimity bylo pryč.“

Jakou roli pro tebe hrál doprovod u porodu?

„Partner byl strašně důležitou osobou, byl součástí porodu, stal se z něj také rodič, účastnil se i na počítí, tak ať vidí i zrození. Stačilo mi, defacto, že tam jen byl, nemusel nic říkat, stačila mi jeho přítomnost a to, že vím, že tam je, kdyby se něco náhodou dělo, jako taková opora a pojistka, že vše by v tom případě dopadlo dobře. Pomohl mi také s úlevou od bolesti, kdy mne masíroval na zádech.“

Jak ovlivnil průběh porodu vaše partnerství?

„Jsem si zcela jista, že díky tomu, že byl přítel u porodu, si mne více váží. Stoupla jsem v jeho očích a upřímně? Ve svých také, i když ne tolik, jako kdybych zvládla porodit syna úplně sama, ale věřila jsem si na to dost, ovšem nátlak zdravotníků byl velký a já podlehla, tak jsem ze sebe i trochu zklamaná. V příštím těhotenství se to už nebude opakovat, ani pro přítelovy oči nepovolím ze svých zásad, z toho, jak to cítím já právě teď a jak to má být, když si tempo určuji jen já. A pakliže je vše normální a přirozené bez komplikací, tak nevím, proč by se ta svoboda v rozhodování té matce nemohla ponechat. Bylo to přece její těhotenství celých devět měsíců, tak proč jí pak zasahovat do jejího porodu? Pakliže to tedy není zapotřebí. Po sexuální stránce je ke mně přítel snad ještě něžnější než kdy předtím a naprosto respektoval mé potřeby, že teď jsem matkou a nemám chuť a ani náladu na milování a časem se to pak upravilo a já zase začala žít sexuálně jako před porodem.“

Shrnutí rozhovoru

▪ Popis průběhu rozhovoru

Rozhovor proběhl v domácím prostředí rodičky. Respondentka se snažila odpovídat na všechny mé dotazy naprosto svědomitě a pravdivě. Odpovídala ihned bez velkého rozmýšlení. Oční kontakt byl s respondentkou udržen po celý hovor. Občas bylo vidět její nařknutí.

▪ Analýza rozhovoru kódováním

- Rodička popisuje svůj porod jako mírné znásilnění
- Žena si uvědomuje, že nebyla informována o možnostech pohybu a nefarmakologickém tišení bolesti
- Ženu mrzí chování porodní asistentky a lékaře vůči své osobě
- Porod rodička bere jako soukromou věc daného páru
- Rodička plně důvěřuje svému tělu a ženské intuici
- Rodička cítila určitou spojitost s pohlavním stykem
- Ženě se nesplnila její očekávání od personálu

▪ Diskuze

Karolína svůj porod hodnotí jako vcelku dobrý, ale s pocitem znásilnění od profesionálů, kde čekala spíše pochopení a respekt. K porodu si vybrala Thomayerovu nemocnici, kde je vybavení porodnice starší a neposkytuje takový komfort, ale na doporučení známé sem šla родit kvůli příjemným porodním asistentkám, které nechávají volný průběh porodu, avšak se to Karolíně nesplnilo. Dostatečná intimita prostředí také nebyla dodržena, porodní asistentka stále chodila kontrolovat ozvy plodu a to Karolínu

rušilo. Zdravotnický personál vzbuzoval v rodičce spíše nedůvěru. Nechápala, proč má něco podstupovat, když je její průběh porodu naprosto fyziologický. K doprovodu se zdravotníci chovali snad slušně. V roli rodičky se Karolína cítila naprosto přirozeně a sebevědomě, dokud nepřišel personál a vše nezkazil narušením intimity.

- **Doporučení pro praxi**

Do dalšího těhotenství bych Karolíně doporučila si stát za svým rozhodnutím a zkusit přimět zdravotníky, aby ji respektovali jako přirozenou rodičku, která má tak silnou sebedůvěru, a pakliže je to fyziologický porod, tak nepotřebuje zásahy od zdravotníků. Dále bych se zaměřila na výběr vhodné porodnice, která bude moderněji vybavena a bude působit tepleji a přátelštěji k rodičkám. A hlavně, aby taková porodnice měla opravdu chápající personál, který dokáže respektovat rodičku v celém svém působení.

DISKUZE

Když jsem si zvolila téma bakalářské práce „Sexuální prožitek při porodu“ tušila jsem, že to bude náročné téma na zpracování i vůbec na povědomí žen, zda vědí, že lze porod připodobňovat sexuálnímu prožitku. Osvěta v oblasti porodu spojovaného s milováním je malá. Odborné literatury na toto téma také není mnoho. Ženy spíše nepředpokládají, že by něco takového u porodu mohlo nastat. Některé dokonce žertovaly, že by měly sex se svým dítětem. Z tohoto úhlu pohledu jsem to však nebrala. Má myšlenka se ubírala takovým směrem, zda má porod něco společného s pohlavním stykem. Proto jsem se právě v praktické části mé práce přiklonila ke kvalitativnímu šetření, které jde do hloubky problematiky. K mému výzkumu jsem si vybrala dvě mladé rodičky, které rodily ve stejné nemocnici, obě měly partnery u porodu, obě žijí s partnery „na hromádce“, obě jsou stejně staré, obě rodily poprvé, obě byly plně zdravé a mohly tak rodit naprosto přirozeně. Pro zpracování praktické části jsem si stanovila výzkumné otázky, podle kterých jsem vymyslela osnovu na rozhovor.

První výzkumnou otázku jsem zaměřila na to, jaký byl psychický dojem z porodu. Petra se mi přiznala, že měla velmi dobrý psychický dojem ze svého prvního porodu, hodnotila jej jako rychlý a to jí vedlo právě ke kladnému hodnocení celkového procesu porodu. Oporou jí byl její přítel Pavel, který hrál také velkou roli ve zvládnutí kontrakcí, byl její velkou oporou, což zase přispělo k pozitivnímu vjemu z prvního porodu. V Petře nezanechal zážitek porodu žádné negativní vlivy. Tak jak to přišlo, tak to brala a samozřejmostí pro ní byl porod v nemocnici, kde plně důvěřovala personálu.

Na druhou stranu Karolína se přiznala, že sama před sebou trochu selhala, sice si to nevyčítá, ale mrzí ji, že nedokázala personálu odepřít jejich intervence a stát si tak pevně za názorem, že když je to přirozený fyziologický porod, že nemusí mít žádné neustálé kontroly. Protože ona jako matka je v naprostém souznění s dítětem a vycítí jakékoliv komplikace, o kterých by pak samozřejmě personál informovala. Tudiž v Karolíně psychický dojem z prvního porodu nezanechal tolik pozitivních vjemů jako u Petry. Petra se cítila se zdravotníky v bezpečí a Karolína oproti tomu spíše v nebezpečí, protože jí narušovali tak soukromou událost jako je porod.

V druhé výzkumné otázce jsem se ptala, jak na rodičku působili zdravotníci. Petra vychválila celý personál, i když si během rozhovoru se mnou uvědomila, že ji vůbec nepoučili o možnostech úlevových poloh, pohybu a nefarmakologickém tišení bolesti. Ale

s profesionály po boku se cítila naprosto v bezpečí a plně jim důvěřovala. Cítila to tak, že je to naprosto správně. Její dojem ze zdravotníků je možná i lehce ovlivněn díky tomu, že v této nemocnici pracuje její tchýně na oddělení šestinedělí.

Oproti tomu Karolína své pocity z neustálého sledování, pozorování a kontrolování ze strany zdravotníků nehodnotila pozitivně, ba naopak. Cítila se jako podřízený, který má vykonávat určité úkoly, aby nadřízený byl spokojen. Místy chování personálu hodnotí jako znásilnění, do kterého byla bez svého vědomí donucena. Zastává ten názor, že pokud jde všechno naprosto fyziologickým zdravým způsobem, proč by do toho měli zdravotníci zasahovat. Jak jsem již zmiňovala, těhotná byla devět měsíců a nikdo jiný než přítel ji do toho nezasahoval, tak proč nyní má v případě normálního průběhu porodu čelit stálému nátlaku personálu.

Ve třetí výzkumné otázce se tážu, jaká byla intimita prostředí během porodu. Petra vůbec nevnímala nějakou intimitu prostředí, brala to tak, jak to mělo být. Ze začátku byla na porodním sále v pokoji jen s přítelem Pavlem a porodní asistentka se studentkou chodily kontrolovat miminko, což bylo pro Petru nejdůležitější. Hlavně, aby malá byla v pořádku, cítila se tak v bezpečí. V druhé době porodní pak už ani nevnímala, že má kolem sebe pět osob, které tam nemusely být. Už chtěla prostě hlavně porodit a mít to za sebou. Jelikož rodila v noci, tak měla alespoň přítmi a ticho.

Karolína by na druhou stranu velmi ocenila větší soukromí. Ze začátku se to dařilo, když porodní bolesti nebyly tak silné, tak zdravotníci tolik nerušili přirozený průběh porodu. Jakmile však začaly být bolesti vedoucí k tlačení, mívali zdravotníci tendenci zůstat v pokoji déle a tím rušili soukromí a intimitu rodičů. Jak jsem již zmiňovala, dle Karolíny šlo o soukromou událost rodičů a dítěte. Karolína rodila během dne, tak to brala za samozřejmost, že bude na porodním sále rušno. Jinak zdravotníci naštěstí zbytečně neosvětlovali navíc dítě při porodu, což bylo jediné výhodou.

V další otázce jsem se tázala respondentek, jak prožívaly při porodu bolest. Petra pravila, že se snažila vyhovět bolesti a projevovala se podle toho. Při kontrakcích měla potřebu chodit a hýbat se, pak ji personál uložil na lůžko a jí to nevadilo, brala to jako fakt. Jen netušila, zda se při monitorování miminka může vůbec natáčet na bok a zjistila, že tady personál pochybil a že sama nevyhověla tomu, co jí bolest říkala. Čekala na pokyn od personálu.

Karolína respektovala požadavky jejího těla, které jí říkalo, jak se má chovat při bolestech. Plně následovala ženskou intuici a pohybovala se tak, jak jí to bylo nejvíce příjemné. Při velkých kontrakcích si i zakřičela a nebála se personálu, že by ji v tom brzdil. Dělal pouze to, co jí tělo samo našeptávalo.

V poslední otázce jsem se zaměřila na to, jak ovlivnil prožitek z porodu přístup rodiček k dalším porodům. Petra se vyjádřila, že se dalšího porodu naopak bojí, protože si myslí, že už to tak rychlé nebude. I když ví, že bude rodit podruhé, což bývá zpravidla ještě rychlejší průběh než při prvním porodu. Teď jí vyhovovala ta rychlost porození dcery.

Karolína se jasně vyjádřila o tom, že v dalším porodu chce být plně soustředěna sama na sebe a na průběh porodu a nechce být rušena personálem. Chce opět rodit v nemocnici, ale jiné, kde se přikloní k názorům více žen, aby se opravdu ujistila, že jsou tam zdravotníci chápavější než v Krči. Aby zase nenaletěla jen díky jedné referenci od známé. Je si vědoma toho, že příště už bude vůči personálu odolnější. Samozřejmě jen v případě, že se opět bude jednat o naprostý fyziologický průběh porodu.

Podle zjevných odpovědí mých respondentek lze jednoznačně říci, že každá žena je jiná a naprosto unikátní. Každá žena potřebuje jinou péči během porodu. Jedna si věří více, druhá zase méně. Jedna má potřebu se hýbat při bolestech, druhá nikoliv atd. Cíl mají sice všechny rodičky naprosto stejný, a to sice, porodit zdravého jedince, ale v jednotlivých potřebách by se mělo vyhovět přání matky. Tím pádem by se k nim ale měl takhle individuálně chovat i zdravotnický personál. Měl by zvýšit svou empatii a umět se tak vžít do role rodičky, snažit se pochopit rodičku a nikoliv ji omezovat, narušovat její soukromí, intimitu, chovat se k ní direktivně. Až budou zdravotníci takoví, tak se k nim rády budou rodičky vracet.

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit, zda jsou možné určité podobnosti porodu se sexuálním stykem. Z výzkumu vzešlo, že to závisí hlavně na míře informací, které rodičky mají. Petra je důkazem těch matek, které ani netuší, že by něco takového mohlo nastat a Karolína je zase zástupkyní názoru, že příště to zažije možná i ona, alespoň si bude více chránit soukromí a intimitu během porodu. Ideálním obrazem pak pro ni bude, když se porodu bude účastnit jen ona a přítel, stejně jako tomu bylo u početí miminka.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce pojednává o podobnosti sexuálního prožitku při porodu. Je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické.

V teoretické části zkoumám společné známky porodu a pohlavního styku. Popisuji definici hormonů a důkladně objasňuji, jak všechny hormony účastňující se porodu fungují i při pohlavním styku. Kde se najde shoda funkčnosti. Dále zkoumám psychický vjem ženy, funkčnost pudů a proces orgasmu. Zabývám se i narušením fyziologického procesu porodu, kde vystihuji problematiku strachu a úzkosti, která právě narušuje intimitu zážitku. Narušením přirozeného porodu můžeme brát i podání syntetického oxytocinu, kontinuální CTG záznamy, léky tišící bolest a sekci. Hodnotím i následky z poporodního traumatu a snažím se podpořit přirozený porod.

V praktické části zkoumám psychické vjemy rodiček ze svých porodů, působení prostředí na psychiku rodící ženy, intimitu porodu a soukromí partnerů. V dílčích cílech se zaobírám důsledky prožitků z porodů na budoucnost rodiček, analyzuji uspokojení potřeb a očekávání rodiček a porovnávám je mezi sebou. A v neposlední řadě navrhuji řešení pro zdravotníky, aby umožnily lepší podmínky pro intimitu porodu.

Toto téma jsem si zvolila, protože vybízí svou originalitou, i když to byla výzva ke zpracování, protože mnoho odborné literatury na toto téma není, spíše v cizím jazyce. Sledovala jsem, zda lze zažít podobnosti pohlavního styku s porodem a má jedna respondentka mi tím byla důkazem, protože pokud si žena věří a procítí to, co jí tělo signalizuje, může docílit i takovému vjemu jako je intimita porodu stejně tak jako intimita milování. Na výzkum bylo nahlíženo spíše z pohledu rodící ženy, podle které jsem také sepsala doporučení pro zdravotníky. Zúčastnily se ho dvě rodičky, které prožily své porody ve stejné nemocnici, byly ze stejné socioekonomické situace, se stejným vzděláním i stejným věkem a obě byly zdravé. Všechny otázky, jež jsem si předem určila, byly od respondentů zodpovězeny. Cíl mé práce byl tedy úspěšně splněn.

V diskuzi jsem popisovala výsledky šetření. Rozpracovala jsem hlavní i dílčí cíle. Ze závěru mého šetření lze vyzorovat, že jde dosáhnout podobných vjemů, které jsou společné jak pro porod, tak i pro sexuální akt, ale musí k nim být adekvátní podmínky, tedy určitá intimita prostředí, sebedůvěra ženy a hlavně plné soukromí.

Zpracování této bakalářské práce pro mne bylo velmi přínosným a užitečným návodem, jak sama jednou porodit, abych zažila něco tak krásného, jako je naprosté napojení sama na své tělo, na svou intuici, na dítě a věřit v sílu ženskosti a schopnosti přirozeného porodu. Očekávala jsem, že tohle téma nebude v povědomí žen, což se mi spíše potvrdilo díky chování zdravotníků, kteří nechtěně ruší intimní chvílky páru s dítětem.

Z mého výzkumu jsem nabyla toho názoru, že by se ženy měly více zajímat o svou roli v životě, hýčkat si své ženství, pracovat se svým tělem a pozastavit se nad tím, když se stane něco tak nádherného a žena otěhotní. Vážít si svého těhotenství a sebevědomě porodit. Tahle osvěta by se měla šířit mezi ženy, proto by bylo vhodné, kdyby bylo více komunitních porodních asistentek, které by ukazovaly správnou cestu rodičkám k procítění těhotenství a poté i porodu. Vhodná doporučení by si mohli vzít i zdravotníci z nemocnic, kteří by se mohli více snažit se vcítovat do rodiček, chápat je a respektovat. Snažit se o to, aby se k nim rodičky vracely, což znamená pečovat nejen o stránku tělesnou, ale i duševní a snažit se poskytnout jim krásné vzpomínky z porodu.

LITERATURA A PRAMENY

1. **ALBRECHT-ENGEL, Ines a Manfred ALBRECHT.** *Těhotenství a porod: co se děje v ženském těle měsíc za měsícem.* České vyd. 1. Praha: Vašut, 2008. Dobré rady (Vašut). ISBN 978-80-7236-604-0.
2. **BAŠKOVÁ, Martina.** *Metodika psychofyzické přípravy na porod.* Vydání první. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.
3. **BINDER, Tomáš a kol.** *Porodnictví.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
4. **DAVIS, Elizabeth a Debra PASCALI-BONARO.** *Orgasmický porod: jak bezpečně a příjemně porodit.* Vyd. 1. Praha: Argo, 2014. ISBN 978-80-257-1156-9.
5. **FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA.** *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví.* Praha: Maxdorf, c2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-403-6.
6. **FREUD, Sigmund.** *Hlubinná psychologie* [online]. [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: https://is.muni.cz/www/344438/7159323/Hlubinna_psychologie.txt
7. **HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL.** *Porodnictví.* 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
8. **HESS, Ladislav.** Oxytocin - jak ho neznáme. *Remedia.* 2014, **1/2014**(1), 48 - 51.
9. **LABUSOVÁ, Eva.** *Hormony v těhotenství a při porodu a co by o nich měly vědět ženy* [online]. 2016 [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.evalabusova.cz/clanky/hormony.php>
10. **MANDER, Rosemary.** *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky].* 1. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-810-8.
11. **MAREK, Vlastimil.** *Nová doba porodní: život před životem, porod jako zázrak, první tři minuty a jak dál : přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí.* Praha: Eminent, c2002. ISBN 80-728-1090-1.
12. **MESTON, Cindy M., Roy J. LEVIN, Marca L. SIPSKI, Elaine M. HULL a Julia R. HEIMAN.** Women's Orgasm. Annual Review of Sex Research [online]. 2004, vol. 15, no. 85, s. 173-257, 2010-06-10 [cit. 2016-03-01]. DOI: 10.1080/10532528.2004.10559820. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/225229219?accountid=16730>

13. **MROWETZ, Michaela.** *Bonding – láska na první dotek* [online]. 2014 [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/bonding-laska-na-prvni-dotek>
14. **MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ.** *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011. Šťastné dítě (DharmaGaia). ISBN 978-80-7436-014-5.
15. **NERUDOVÁ, Anna.** *Porod jako sexuální prožitek*. Olomouc, 2014. Bakalářská práce.
16. **ODENT, Michel.** *Keep It Simple* [online]. 2011 [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <https://mothersadvocate.wordpress.com/2011/05/02/keep-it-simple/>
17. **ODENT, Michel.** *Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení: přímé cesty k transcenci*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Maitrea, 2013. ISBN 978-80-87249-43-7.
18. **PAŘÍZEK, Antonín.** *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-653-3.
19. **PASCALI-BONARO, Debra,** rež. *Orgasmic Birth: The Best-Kept Secret* [dokumentární film]. USA: Seedsman Group, 2009. 85 min., barevný.
20. *Porodní násilí* [online]. 2013 [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.prirozeny-porod.eu/porodni-nasili/>
21. *Porodní polohy* [online]. 2012 [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://normalniporod.cz/o-porodu/pro-porodni-asistentky/porodni-polohy/>
22. **RATISLAVOVÁ, Kateřina.** *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
23. *Šest zásad zdravotní péče podporujících normální porod* [online]. 2015 [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: http://aperio.cz/data/1/Lamaze_Zasada_3.pdf
24. **ŠTROMEROVÁ, Zuzana.** *Bolest v souvislosti s porodem* [online]. 2015 [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/JakRodi/Bolest.html>
25. **ŠTROMEROVÁ, Zuzana.** *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.

26. **TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ (eds.).** *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.
27. **VRÁNOVÁ, Věra.** *Historie babictví a současnost porodní asistence.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6.
28. **WALSH, Denis.** *Evidence and skills for normal labour and birth: guide for midwives.* 2nd ed. Abingdon, Oxon: Routledge, 2012. ISBN 978-020-3357-361.
29. **WOODS, Mark.** *Těhotenství pro muže.* 1. vyd. V Brně: CPress, 2012. ISBN 978-80-264-0132-2.

SEZNAM ZKRATEK

- aj..... a jiné
- atd..... a tak dále
- CTG..... kardiokografie
- i.m..... intramuskulárně
- i.v..... intravenózně
- m.j..... mezinárodní jednotka
- ml..... mililitr
- např..... na příklad
- s.c..... subkutánně
- tzv..... tak zvaně

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – INFORMOVANÝ SOUHLAS

PŘÍLOHA 1 - INFORMOVANÝ SOUHLAS

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Projekt: **Výzkum k bakalářské práci – Sexuální prožitek při porodu**

STUDENT

Veronika Šimanová, DiS.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail:

VEDOUcí BP:

Mgr. Lucie Kašová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

Email:

CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu je získat informace o prožití sexuálního prožitku při porodu. S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: Mgr. Kateřina Ratislavová, KOS FZS ZČU