

Lucia Mazúchová, Andrea Porubská

---

# Respekt a úcta v porodnictví

---



## Poděkování

Rády bychom poděkovaly recenzentům knihy *prof. MUDr. Michalovi Zikánovi, Ph.D., prof. PhDr. et Bc. Ludmile Matulníkové, Ph.D., doc. MUDr. Erikovi Kúdelovi, Ph.D., a Mgr. Evě Hendrych Lorenzové, Ph.D.*, kteří pozitivním kritickým přístupem a cennými připomínkami pomohli ke zpřesnění, k obohacení a k finální verzi této monografie.

Naše upřímné poděkování patří i komunitní porodní asistentce, zakladatelce a ředitelce obecně prospěšné společnosti Porodního domu U čápa, o.p.s. [www.pdcap.cz](http://www.pdcap.cz) *Zuzaně Štromerové*, která věnovala čas přečtení rukopisu a která svým praktickým náhledem a podnětnými komentáři byla přínosem pro tuto publikaci.

Díky patří i našim respondentkám, které se zapojily do výzkumné studie a bez kterých by se nedal výzkum zrealizovat.

Velké poděkování patří také *Mgr. Vlastě Wirthové*, vedoucí redaktorce vydavatelství Grada Publishing za její doprovázení, ochotu a pomoc při vydání monografie.

Na závěr děkujeme i našim rodinám za trpělivost, pochopení a podporu během psaní publikace.

Lucia Mazúchová, Andrea Porubská

---

# Respekt a úcta v porodnictví

---

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

**Mgr. Lucia Mazúchová, PhD., Mgr. Andrea Porubská**

## **RESPEKT A ÚCTA V PORODNICTVÍ**

**Překlad:** Ludmila Míčová

**Recenzenti:** doc. MUDr. Erik Kúdela, PhD., Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D., prof. PhDr. et Bc. Ludmila Matulníková, PhD., prof. MUDr. Michal Zikán, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2022

Cover Photo © depositphotos.com, 2022

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 8700. publikaci

Odpovědná redaktorka Karla Hejduková

Sazba a zlom Josef Lutka

Obrázky nakreslily Martina Greštiaková, Terézia Jančeková

a Daniela Ščepková

Počet stran 112

1. vydání, Praha 2022

Vytiskla TISKÁRNA V RÁJI, s.r.o., Pardubice

**Autoři a nakladatelství děkují společnostem HELAGO – SK s.r.o., Medplus s.r.o., ShuTech s.r.o., Union zdravotná poisťovňa, a.s.**



**a Mgr. Mičudová Jarmila,  
Zdravotnícke zásobovanie  
Karvaša Bláhovca 161, Vrútky**

**Zásobovanie zdravotníckym materiálom od Apo Z pre Vaše zdravotnícke zariadenie.**

*Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplyvají žádné právní důsledky.*

ISBN 978-80-271-6704-3 (ePub)

ISBN 978-80-271-6703-6 (pdf)

ISBN 978-80-271-3508-0 (print)

# Obsah

<b>Předmluva</b> .....	<b>7</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Autonomie ženy</b> .....	<b>11</b>
1.1 Autonomie ženy během porodu .....	12
1.2 Práva žen během porodu .....	14
1.2.1 Právo na informovanost .....	15
1.2.2 Právo na přítomnost blízké osoby .....	16
1.3 Potřeby žen během porodu .....	16
<b>2 Respektující péče během porodu</b> .....	<b>19</b>
2.1 Kontrola rodičky nad porodním procesem .....	20
2.1.1 Spoluúčast rodičky na rozhodování .....	22
2.1.2 Porodní plán .....	22
2.2 Podpora fyziologie a přirozených procesů porodu .....	25
2.2.1 Respektování přirozeného tempa porodu .....	26
2.2.2 Možnost rodičky zvolit si porodní polohu .....	27
2.3 Podpora bondingu po porodu .....	29
<b>3 Přístup zdravotníků při poskytování respektující péče během porodu</b> .....	<b>32</b>
3.1 Charakteristiky poskytovatelů respektující péče .....	33
3.2 Poskytování respektující péče porodní asistentkou .....	36
<b>4 Nerespektující péče během porodu</b> .....	<b>39</b>
4.1 Příčiny nerespektující péče .....	40
4.2 Důsledky nerespektující péče .....	43
4.2.1 Úzkost a strach .....	44
4.2.2 Posttraumatická stresová porucha .....	45
<b>5 Zkoumání respektující péče během porodu – výzkum</b> .....	<b>48</b>
5.1 Cíle výzkumné studie .....	48
5.2 Výzkumný soubor .....	49
5.3 Metodika výzkumné studie .....	51
5.4 Výsledky výzkumné studie .....	53

5.4.1	Míra respektování autonomie žen během porodu ze strany zdravotníků .....	53
5.4.2	Respektující péče během porodu ze strany zdravotníků .....	55
5.4.3	Spokojenost rodiček s porodem a s porodní péčí .....	55
5.4.4	Souvislost mezi mírou autonomie žen během porodu a vybranými faktory .....	58
5.4.5	Souvislost mezi mírou autonomie žen a respektující péčí během porodu ze strany zdravotníků .....	60
5.4.6	Souvislost mezi mírou autonomie žen během porodu a spokojeností s porodem a porodní péčí .....	65
5.5	Diskuse .....	66
	<b>Závěr .....</b>	<b>79</b>
	<b>Seznam literatury .....</b>	<b>82</b>
	<b>Seznam použitých zkratk .....</b>	<b>101</b>
	<b>Z recenzních posudků .....</b>	<b>103</b>
	<b>Rejstřík .....</b>	<b>104</b>
	<b>Souhrn .....</b>	<b>106</b>
	<b>Summary .....</b>	<b>107</b>

## Předmluva

Porod představuje výjimečný okamžik, se kterým se pojí množství očekávání a někdy i hodně frustrace. Rodička je během porodu mimořádně citlivá na všechno, co se kolem ní děje. Jedná se o chvíli zrodu nového života, jejího dítěte. Moment, který si žena navždy zapamatuje. Porodní zkušenost může mít pro ni krátkodobý, ale i dlouhodobý vliv na její psychické a fyzické zdraví. Uspokojivý porodní zážitek přispívá u žen k sebeúctě, posiluje jejich psychickou odolnost v rodičovství a usnadňuje adaptaci na mateřskou roli. Každá rodička je výjimečná, má svůj vlastní příběh, prožívá tuto chvíli individuálně, a proto kromě dodržování standardů je zapotřebí individuální přístup a flexibilita. Přestože zdravotníci i žena mají stejný cíl – porodit zdravé dítě v průběhu úspěšného nekomplikovaného porodu, jejich pozice a celková situace se výrazně liší. Zatímco zdravotník je na své „domácí půdě“, je profesionál a především si chce zodpovědně odvést svou práci, na druhé straně je žena, která se nachází ve zcela odlišné situaci, a to pod vlivem hormonálních procesů, bolesti, strachu, očekávání, ale zejména před zcela jedinečnou událostí, která ji může naplnit, posílit v její nové roli matky nebo naopak může způsobit hluboké zklamání, dokonce až traumatický zážitek. Zdravotníci by měli přihlížet ke skutečnosti, že žena se cítí oslabená. Je třeba ji proto podpořit, posílit její důvěru v její přirozenou schopnost porodit. Povzbudit ji, že je to právě ona, která přivádí na svět dítě, a proto má právo autonomně být účastná procesu porodu. Empatie, vstřícnost, dostupnost zdravotníků, informovanost, správná komunikace, možnost spoluúčasti rodičky na rozhodování a její kontrole nad porodním procesem, ochrana intimity, soukromí, respektování fyziologie porodu a jeho vlastního tempa, vyhýbání se zbytečným zásahům do porodního procesu, respektování osobních přání rodičky zajištění prostředí, kde se žena bude moci pohybovat, svobodně si vybrat polohu pro porod dítěte, či vytvoření podmínek pro podporu bondingu mezi matkou a dítětem podle doporučených postupů jsou významné součásti respektující péče.

Za poslední období dochází stále častěji k rozporům mezi zdravotníky a rodičkami a to zvláště vlivem sociálních sítí, kde se ženy navzájem podporují v odvážné myšlence, že si mohou porod řídit samy, že zdravotníci mají povinnost řídit se bezvýhradně podle jejich přání a že všechny zásahy do porodu jsou vždy škodlivé apod.

Stejně jako jsou respekt a úcta důležité pro rodičku, jsou důležité i pro poskytovatele porodnické péče při vykonávání jejich náročné a zodpovědné práce. Respekt, úcta a důvěra ke zdravotníkům ze strany rodiček jsou pro ně posilující a vedou k pocitu smysluplnosti jejich práce, jakož i k následnému poskytování respektující péče.

Věříme, že publikace přispěje k většímu respektu a úctě v porodnictví.

*autorky*



## Úvod

Monografie přináší jedinečný a komplexní pohled na problematiku respektu a úcty v porodnictví z hlediska vědecky ověřených poznatků. Cílem této vědecké publikace je zprostředkovat poskytovatelům porodnické péče pohled na respektující péči během porodu, jejímž středem je rodící žena a její dítě. Základem a jedním ze základních pilířů zdravotní péče o ženu během porodu by mělo být poskytování respektující péče, uznání ženy jako jedinečné bytosti, uspokojení jejích individuálních potřeb, přihlížení k jejímu emocionálnímu stavu, důstojnosti, autonomie a podílení se na vytváření pozitivní zkušenosti s porodem, což je v klinické praxi často přehlíženo. Podle WHO byly uctívá, respektující péče a autonomie žen vyzdvíženy jako hlavní složky vysoce kvalitní péče.

Obsah monografie je rozdělen do pěti kapitol. První kapitola se zabývá autonomií ženy, zvláště její autonomií během porodu, jejími právy a potřebami. Druhá kapitola popisuje respektující péči během porodu, konkrétně se věnuje spoluúčasti rodičky na rozhodování, kontrole rodičky nad porodním procesem, porodnímu plánu, podpoře fyziologie a přirozených procesů porodu a podpoře bondingu po porodu. Ve třetí kapitole se zabýváme přístupem zdravotníků při poskytování respektující péče během porodu, blíže uvádíme potřebné charakteristiky poskytovatelů respektující péče a zvláště se věnujeme poskytování respektující péče porodní asistentkou. Čtvrtá kapitola popisuje nerespektující péči během porodu, její příčiny a důsledky. Pátá kapitola představuje výzkumnou část monografie, která obsahuje výsledky originální studie zaměřené na zkoumání respektující péče během porodu. V podkapitolách jsou popsány cíle výzkumné studie, výzkumný soubor, metodika, výsledky a diskuse. V závěru jsou shrnuty výsledky studie a navržena doporučení pro praxi.

Monografie je určena pro odbornou veřejnost, zvláště pro poskytovatele porodnické péče – pro lékaře (gynekology-porodníky), porodní asistentky, sestry i pro psychology, pedagogy v oboru porodní asistence, ošetrovatelství. Může být přínosem i pro studenty porodní asistence, ošetrovatelství v pregraduální a postgraduální přípravě, pro laickou veřejnost (těhotné ženy) se zájmem o vědecky podložené informace o respektující péči o rodičku během porodu.



# 1 Autonomie ženy

V civilizovaných zemích se v současné době stále méně setkáváme s předsudky vůči ženám, které zastávají významné pozice v různých oblastech společenského života. Dnes jsou již práva žen chápána jako integrální a nedílná součást univerzálních lidských práv, avšak nebylo tomu tak vždy a cesta k takovému výsledku byla v historii poměrně dlouhá a nesnadná. Bohužel, v některých zemích stále neplatí plnohodnotná rovnost mezi mužem a ženou a ženy jsou podceňovány (Mesochoritsová, 2018).

Autonomie (nezávislost) se považuje za nezbytnou pro rozhodování v různých situacích zdravotní péče, od hledání a využívání zdravotní péče až po výběr z možností léčby (Osamor, Grady, 2016).

V literatuře o zdraví matek se rozhodovací schopnosti žen v oblasti využívání zdravotnických služeb často diskutují pomocí konceptu autonomie (Woldemicael, Tenkorang, 2010).

I když o autonomii žen se často hovoří v mnoha studiích, zejména o reprodukčních otázkách, neexistuje jediná široce akceptovaná definice, která představuje více dimenzí autonomie (Woldemicael, Tenkorang, 2010). Adhikari, Sawangdee (2011) autonomii definují jako schopnost a svobodu jednat nezávisle. Autonomie zahrnuje schopnost žen formulovat strategická rozhodnutí, kontrolovat zdroje a podílet se na rozhodování. Vědci také identifikovali některá z přímých opatření autonomie žen, mezi něž patří přístup ke zdrojům a kontrola nad nimi, účast na ekonomických rozhodnutích, sebeúcta a mobilita.

Autonomie žen je multidimenzionální koncept, který zahrnuje kontrolu nad zdroji (fyzickými, lidskými, intelektuálními a finančními) a ideologiemi (víra, hodnoty, postoje, vnitřní síla, sebeúcta a sebedůvěra), což s sebou nese zvýšené sebevědomí a vnitřní transformaci vědomí člověka. Toto umožňuje ženě překonat vnější bariéry a získat přístup ke zdrojům nebo změnit tradiční ideologie (Tiruneh et al., 2017).

V mnoha společnostech, zejména v rozvojových zemích nebo zemích s nízkým příjmem, postavení žen často omezuje jejich autonomii a schopnost rozhodovat o mnoha aspektech jejich vlastního života. Závisí to na sociálních strukturách, které přísně definují role mužů a žen a jsou obvykle zakotveny v náboženských, kmenových a sociálních tradicích. Tato omezení často definují okolnosti, za kterých mají nebo nemají ženy autonomii při rozhodování o vlastním zdraví (Osamor, Grady, 2016).

V některých zemích je autonomie žen ovlivněna jejich sociodemografickými statusy, příjmy a úrovní vzdělání partnera (Osorio et al., 2015). Olani et al. (2019) uvádějí, že postavení žen (parita, počet živých dětí, vzdělání), sociálně-ekonomické, sociálně-kulturní faktory jsou spojeny s autonomií žen. Ženy, které mají vyšší autonomii, využívají více služeb zdravotní péče pro ženy matky než ženy s omezenou nebo nízkou autonomií. Také Adhikari (2016) zjistil, že autonomie žen je silným prediktorem využívání služeb zdravotní péče pro matky. Autonomie rozhodování je v souladu s celkovým blahobytem, zejména pokud jde o zdraví matek a dětí a rozhodování o zdravotní péči u žen hraje roli v jejich chování při hledání zdravotní péče (Ameyaw et al., 2016).

## 1.1 Autonomie ženy během porodu

Respektování autonomie ženy během porodu je klíčovým faktorem porodnické péče o rodičku (Attanasio, 2018). Chervenak, McCullough (1997) ji definují jako respektování integrity hodnot klientky, její víry, perspektivy jejích zájmů a používání pouze takových klinických strategií, které mohou být realizovány s jejím souhlasem na základě informované volby.

Z historického pohledu byl porod tradičně ženskou a společenskou událostí, přičemž většina žen rodila ve známém domácím prostředí s nepřetržitou podporou porodní báby či babice a dalších žen, které se vzájemně znaly (Westergren et al., 2019).

Názory a postoje k rodící ženě a porodům se v průběhu jednotlivých historických období lišily a měnily. V minulosti byl porod posuzován jako přirozený fyziologický proces, který byl mimo kompetence medicíny. Průběh porodu určovaly přírodní síly a nevyžadovaly se lékařské postupy, nebo pokud i byly, šlo o malou menšinu případů. Ve druhé polovině 20. století, která se pojí s intenzivnějším rozvojem gynekologie a porodnictví a souvisejících technologií, se těhotenství a porod staly předmětem lékařské pravomoci. Porod se pomalu stal medicínskou událostí, porodní asistentky byly z porodního procesu vytlačeny medicínou a ženy během porodu byly začleněny do lékařského modelu péče. Rozvoj a funkce lékařského povolání byly založeny na biomedicínském modelu, který předpokládal, že existuje biofyzikální vysvětlení, které lze objektivně definovat pro každou nemoc. Při sledování těhotenství a porodu získala technologie větší roli v přesvědčení, že pomocí ní dokážeme překonat nebo ovládnout přírodu. Z tohoto pohledu

bylo 20. století poznamenáno velkými změnami v porodních praktikách a dokonce i v koncepci těhotenství a porodu obecně. Tělo ženy a plod byly pod kontrolou medicíny (Prosen, Krajnc, 2013). Pozitivem je, že bylo dosaženo značného pokroku ve zlepšování zdraví matek na celém světě, globálně se snížila úmrtnost matek, avšak těhotenství a porod začaly být vnímány spíše jako medicínský problém než přirozený stav (Sedigh Mobarakabadi et al., 2015). Medicínské postupy ke zvládnutí komplikací spojených s těhotenstvím nebo porodem mohou ve skutečnosti zachránit životy lidí. Používání těchto postupů v normálních situacích však může být pro matky a novorozence nákladné a riskantní a může také ovlivnit sociální konstrukci porodu a péči o matku (Christiaens et al., 2013). V medicínském kontextu se s těhotnými ženami zachází jako s osobami vyžadujícími lékařskou péči. Tento přístup vede k větší závislosti na zdravotnických pracovnících (Sedigh Mobarakabadi et al., 2015). To se odrazilo i na způsobu rození. Od zákazu pohybu během první doby porodní, přes supinační polohu během druhé doby porodní, po zákaz přijímání tekutin či jakékoli stravy a podobně. Co lze v procesu medikalizace vytknout, je především nedostatečná komunikace ze strany zdravotníků, nedostatek nebo popření kontroly žen nad jejich vlastním tělem. Převažující biomedicínský model nezahrnuje holistický přístup, který bere v úvahu i vůli ženy během porodu. Sociální koncepce těhotenství a porodu jako nemoci postupně vedla ke zvýšení počtu lékařských zákroků v oblasti porodnické praxe. Konceptualizaci těhotenství a porodu jako rizikového stavu lze považovat za příčinu technologického rozvoje (Prosen, Krajnc, 2013), avšak i samotný technologický rozvoj můžeme považovat za příčinu toho, že ženy ztrácejí kontrolu nad svým těhotenstvím a porodem.

Podle Matura (2012) nové diagnostické nástroje znamenají také větší šance na objevení nemocí. Toto spolu s lékařskými intervencemi poskytuje ženám pocit kontroly nad potenciálně nebezpečným procesem. Mezi těmito intervencemi jsou nejběžnější: kardiokografie, epidurální analgezie, amniotomie, indukce porodu, elektivní císařský řez a epiziotomie (Behruzi et al., 2010). Tyto intervence postavily matku do role pacientky a snižují její pocit kontroly nad vlastním tělem, i když mají své místo v opodstatněných případech (Prosen, Krajnc, 2013).

Dnes procházíme dalším procesem, a to je **proces humanizace porodu**, abychom opět navrátili přirozenost porodu i se všemi výdobytky moderního zdravotnictví. Za určitých okolností jsou bezpochyby potřebné lékařské přístupy a postupy, ale nadměrná expanze léčby zasa-

huje do rozhodování matek o porodu. Je třeba zabránit nepříznivým účinkům medikovaného porodu a podpořit přirozený porod žen (Sedigh Mobarakabadi et al., 2015).

Humanizace porodu znamená pochopení, že žena, která rodí, je lidská bytost a zajištění toho, aby ji její zkušenost s porodem naplňovala a posilovala. Humanizace porodu podporuje postavení žen a poskytovatelů péče tím, že zohledňuje humanizované hodnoty, jako jsou emocionální stav žen, jejich hodnoty, víra a smysly pro důstojnost a autonomii během porodu. Žena se stává centrem porodu a kontroly, přičemž přijímá všechna rozhodnutí o tom, co se stane (Prosen, Krajnc, 2013).

Přestože existuje jen málo důkazů o tom, jak autonomie ovlivňuje výsledky matek a novorozenců, existují značné důkazy o tom, že si ženy cení respektování své autonomie (Afulani et al., 2020; Downe et al., 2018).

## 1.2 Práva žen během porodu

**Lidská práva** jsou univerzální práva všech lidských bytostí, nezávislá na jurisdikci nebo jiných faktorech jako jsou etnický původ, národnost, náboženství, pohlaví, věk a jiné. Dále rozeznáváme i **sexuálně-reprodukční práva žen** jako soubor občanských, politických, ekonomických, sociálních a kulturních práv, která spadají pod ochranu mezinárodních lidskoprávních úmluv a týkají se sexuálních a reprodukčních aspektů lidského života (Rovňanová a kol., 2012). Mezi tyto úmluvy patří: Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen (CEDAW); Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání; Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech; Mezinárodní pakt o občanských a politických právech; Úmluva o právech osob se zdravotním postižením; Úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace; Úmluva o právech dítěte; Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod; Úmluva o lidských právech a biomedicině a Evropská charta (revidovaná).

Povinnost státu je dohlížet na to, aby byla všechna lidská práva žen v souvislosti s porodem dodržována. Jeho povinností je daná práva chránit, respektovat a naplňovat, přičemž této povinnosti se nemůže zbavit (Debrecéniová, 2015).

Aliance bílé stužky vydala Listinu všeobecných práv těhotných žen (2011), ve které zdůrazňuje, že každá žena má právo na péči o sexuálně-reprodukční zdraví založenou na úctě a důstojnosti.

Dalšími konkrétními dotčenými právy v souvislosti s porodem jsou: právo na ochranu zdraví a zdravotní péči, právo na informace a informovaný souhlas, právo na ochranu soukromého a rodinného života, právo na rovnost a nediskriminaci, právo užívat plody vědeckého pokroku a jeho využití, právo na přítomnost blízké osoby, právo na volbu poskytovatele zdravotní péče (Takács a kol. 2015; Debrecéniová, 2015).

Lidskou důstojnost a rovnost nelze od sebe oddělovat. Právo na lidskou důstojnost, rovnost a nediskriminaci upravuje na Slovensku § 365/2004 Sb. o rovném zacházení v některých oblastech a o ochraně před diskriminací a o změně a doplnění některých zákonů (antidiskriminační zákon) ve znění pozdějších předpisů (dále jen „antidiskriminační zákon“), ve kterém je zakotven zákaz diskriminace mimo jiné i pro oblast poskytování zdravotní péče, který hovoří, že za diskriminaci z důvodu pohlaví se považuje i diskriminace z důvodu těhotenství nebo mateřství (§ 2 odst. 11 písm. a/ antidiskriminačního zákona). Jmenovaný zákon zvláště charakterizuje obtěžování jako formu diskriminace, a to ve vztahu k pohlaví a rodu. Definuje jej jako „*takové chování, v jehož důsledku dochází nebo může dojít k vytváření zastrašujícího, nepřátelského, zahanbujícího, ponižujícího, potupujícího, zneuctujícího nebo urážejícího prostředí a jehož úmyslem nebo následkem je nebo může být zásah do svobody nebo lidské důstojnosti*“ (§ 2a odst. 4 antidiskriminačního zákona). Pokud tedy zacházení se ženami během porodu nabývá charakteru narušování jejich integrity a důstojnosti, můžeme zároveň mluvit o diskriminaci ve formě obtěžování (Debrecéniová, 2015).

### 1.2.1 Právo na informovanost

*„Zásah v oblasti zdraví může být proveden pouze tehdy, pokud osoba, které se týká, byla informována a se zásahem vyjádřila souhlas. Před zákrokem musí být osoba přiměřeně informována o jeho účelu a povaze, jakož i o následcích a rizicích zákroku. Dotyčná osoba může svůj souhlas kdykoli svobodně zrušit.“* (Úmluva o lidských právech a biomedicině, kap. II, Čl. 5, 1997, Oznámení Ministerstva zahraničních věcí SR č. 40/2000 Z.z.).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 1997) je úkolem profesionálních zdravotnických pracovníků poskytovat rodičce takové množství informací a vysvětlení, jaké ona vyžaduje a potřebuje. V opačném případě, při nedostatku informací o tom, co se kolem ní a s ní děje, se

zvyšuje stres a diskomfort ženy. Navíc, pokud se realizují intervence bez jejího souhlasu nebo navzdory jejímu nesouhlasu, rodička ztrácí pocitu kontroly nad situací. To zvyšuje celkové napětí a strach o vlastní zdraví, ale také o zdraví dítěte, přičemž jde o faktory, které mohou negativně ovlivnit průběh porodu (Krišková, 2015).

### 1.2.2 Právo na přítomnost blízké osoby

Během 20. století se společenské trendy v kontextu doprovázející osoby při porodu výrazně změnilы ve smyslu přítomnosti manžela/partnera (či jiné osoby dle výběru rodičky) při porodu. Světová zdravotnická organizace (WHO, 1997) doporučuje, aby měla rodička u sebe doprovázející osobu podle vlastního výběru, které důvěřuje a se kterou se cítí příjemně. Může se jednat o manžela/partnera, porodní asistentku, dudu či matku, sestru, přítelkyni apod. Přítomnost doprovázející osoby při porodu pravděpodobně u zdravotnických pracovníků vzbuzuje větší respekt k rodiččiným přáním, k podpoře bondingu po porodu, a také napomáhá zlepšení komunikace rodičky s porodním týmem.

Uvažujeme-li o doprovázející osobě při porodu o otci, potom jeho účast při porodu napomáhá formovat jeho roli otce, bezprostředně navazuje emoční vazbu s dítětem, také napomáhá vytvořit si pozitivní vztah s dítětem, ale i upeňuje vztah s manželkou/partnerkou (Mazúchová a kol., 2016). Naopak, pokud jsou otcové vynecháni z porodního procesu, mají tendenci cítit se bezmocní, což může vést k ohrožení jejich podpůrné role partnera (Bäckström, Hertfelt Wahn, 2011).

Přítomnost podpůrné osoby během porodu zvyšuje kvalitu zdravotní péče, zlepšuje výsledky porodu a zvyšuje spokojenost žen s porodem (Bohren et al., 2017).

## 1.3 Potřeby žen během porodu

Pro zajištění kvalitní péče je nutné respektování potřeb ženy během porodu. Jedná se o potřeby fyziologické, psychologické, informační, sociální a vztahové, potřeby úcty, ochrany a potřeby profesionální lékařské péče (Irvani et al., 2015) (tab. 1).

Panda et al. (2016) ve svém výzkumu zaměřeném na podporu a potřeby žen během porodu uvádějí, že ženy potřebují fyzickou podporu (zaujímání poloh, pohyb, hydratace, vylučování a hygiena během porodu), emocionální podporu (slova ujištění, rozptýlení, vizuální/hmatové/



**Tab. 1** *Potřeby ženy během porodu (Iravani et al., 2015)*

Potřeby	Podkategorie
fyziologické	nutriční potřeby fyzické podmínky prostředí hygienické potřeby fyzické pohodlí a zabezpečení soukromí
psychologické	empatie a advokace neustálá emocionální podpora ujistění a povzbuzení
informační	informovanost o prostředí oddělení seznámení žen s porodním procesem informování o plánu péče a postupech základní praktické aspekty péče o ženu a dítě
sociální a vztahové	komunikace se zdravotnickými pracovníky neustálá přítomnost známé osoby (doprovázející osoby)
úcta	vyjádření úcty pocit důvěry pocit kompetence (sebeúčinnost) podílení se na rozhodování pocit zapojení se do péče
ochrana	dominance nad strachem ze ztráty dítěte nebo úzkostí o dítě dominance nad strachem z porodu dominance nad strachem se setkáním s něčím neznámým zabezpečení profesionálního lékaře a porodní asistentky
zdravotní péče	odstranění bolesti během porodu, resp. její zmírnění prevence zbytečných zásahů během porodu

mentální pobídky, povzbuzení během porodu) a informační podporu (sdílení informací a poskytování doporučení) bez ohledu na to, zda se jedná o prvorodičky nebo vícerodičky.

Při posuzování potřeb je nezbytné se zaměřit na základní biologické potřeby, potřebu hydratace a výživy, protože porod je pro ženu často fyzicky náročná činnost. Potřeba tekutin by neměla být omezována a rodiče během celého porodu je třeba nabízet tekutiny v menších množstvích, avšak ve vyšší frekvenci. Potřeba příjmu tekutin dominuje nad potřebou výživy, přesto je nutné doplňovat i energetické zásoby, nejvhodnější lehkým jídlem (banán, jogurt, a jiné). Světová zdravotnic-

ká organizace doporučuje ženám s nízkým rizikem komplikací při porodu orální příjem tekutin a jídla během porodu (WHO, 2014). Dalšími potřebami rodičky jsou potřeba vylučování, potřeba odpočinku (relaxace), pohybové aktivity (potřeba pohybu) a potřeba vyhnout se porodní bolesti. Je třeba se zaměřit i na psychosociální potřeby jako potřebu bezpečí a jistoty, což může do značné míry redukovat samotnou bolest, stres, strach apod., potřebu poznávání a učení, která zahrnuje přísun informací od poskytovatele péče, sociální potřeby v kontextu podpůrné osoby a kontaktu s rodinou a v neposlední řadě potřebu sebekoncepcie. Pro rodičku s nízkou sebedůvěrou je nezbytná podpora ze strany doprovázející osoby či vytvoření vztahu důvěry s porodní asistentkou. Rovněž by měl být kladen maximální ohled na psychické potřeby rodičící ženy, která by se měla cítit bezpečně, rodit v prostředí, které je jí příjemné, neměla by být vydána do rukou někoho, kdo o ní rozhoduje, ale ptá se jí, co si přeje (Vodáčková, 2012).