

---

# Přirozenost u porodu – příklady provázanosti kultury a biologie pohledem porodní asistentky

Anna Škvorová

*Univerzita Karlova  
Fakulta humanitních studií  
Pátkova 2137/5, Praha, 182 00, Česká republika  
anna.skvorov@gmail.com*

Porod je významnou událostí na počátku života každého z nás. Období kolem porodu je kritickým obdobím pro budoucí zdraví ženy i dítěte, i celých dalších generací. Porod, a především jeho citlivá poporodní fáze, zároveň byl a je terčem různých kulturních zásahů a ustálených rituálních úkonů. Výrazné proměny v porodní péči nastaly s rozvojem chirurgie a oboru porodnictví a s následnou institucionalizací, technologizací a medicinalizací porodu. „Mužské“ porodnictví převzalo dominantní roli nad původní porodní asistencí, a to i u nekomplikovaných porodů. V reakci na tyto změny vzniklo hnutí za přirozený porod. Také mezinárodní odborné organizace upozorňují na nebezpečí epidemie nadbytečných zásahů do porodu, které přináší fatální komplikace v současnosti i rizika pro budoucnost lidstva. Z globálního pohledu je nejvýraznějším faktem, že jen mizivé množství porodů proběhne za použití vlastního neurohormonálního řízení, s vlastním koktejlem „hormonů lásky“. Nadbytečné zásahy mohou vést k rychlému ovlivnění dalších generací prostřednictvím epigenetických změn (např. přímý vliv na plod ženského pohlaví in utero) a mezigenerační přenos mikrobiomu. Díky modernějším poznatkům nemůžeme zanedbat ani vliv stresových hormonů atp. umožňující mezigenerační přenos traumat. Jsme schopni návratu či moderního vývoje k upřednostňování tzv. přirozeného porodu? Co vlastně znamená přirozený porod a kde jsou hranice mezi instinktivním chováním a kulturním podmíněním?

Klíčová slova: porod, přirozenost, porodní péče, kultura, rituál

Porod je proces, kterým přichází na svět nový jedinec z říše savců včetně člověka. Jedná se o významnou mezní situaci v životě každého jedince, v životě rodičů, rodiny i celé společnosti. Období kolem porodu je kritické období klíčové pro další zdraví ženy i dítěte, a to zdraví ve všech jeho aspektech<sup>1</sup>, včetně schopností důležitých pro navazování láskyplných vztahů.<sup>2</sup> Sociokulturní prostředí ovlivňuje průběh porodu a naopak to, jak porod proběhne, ovlivňuje společnost a její další vývoj, včetně vývoje evolučního.<sup>3</sup>

V čistě somatickém pojetí je porod děj, při němž plod spolu s placentou a plodovými obaly opouští organismus matky,<sup>4</sup> a to buď porodním kanálem, nebo císařským řezem. Medicínská definice porodu je následující: „Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého novorozence. Za narození živého novorozence se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života.“ Rozdíl mezi potratem a porodem mrtvého novorozence je pak definován velikostí (váhou) plodu, popřípadě délkou těhotenství.<sup>5</sup>

## 1. Pojmy popisující přirozenost u porodu

Samotný proces porodu lze primárně považovat za normální fyziologický děj. Definice *normálního porodu* jsou různé, např.:

„Normální porod je takový, který začne a postupuje spontánně a při němž žena porodí dítě i placentu ve svém vlastním rytmu, svým vlastním úsilím a bez vnějších zásahů. Dítě po normálním porodu zůstává s matkou v úzkém kontaktu a tvoří nedělitelnou jednotku.“<sup>6</sup>

1 Zdraví je definováno jako stav bio-psycho-socio(-spirituální) pohody či rovnováhy, viz Dhar, Chaturvedi & Nandan (2013).

2 Odent (1999).

3 Odent (2013).

4 Wilhelmová (2010).

5 Srp (2014, s. 175).

6 ENCA (2023). ENCA je evropskou sítí porodních organizací.

Obvykle se pod pojmem normální porod myslí porod, který spontánně začne a proběhne v termínu a není veden instrumentálně (kleštěmi nebo VEXem).

„Normální porod definujeme jako: spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.“<sup>7</sup>

Nízké riziko je spojováno také s definovanou délkou jednotlivých dob porodních. Tyto definice jsou velmi problematické, protože se ukazuje, že používané grafy (Friedmanův partogram) popisující správný postup porodu byly vytvořeny sledováním medikalizovaných aktivně lékařsky vedených porodů a nekorespondují s možným průběhem fyziologického porodu s jeho různými přechodovými a plató fázemi. Nedávno se objevily snahy postup porodu nově popsat<sup>8</sup> nebo dokonce zrušit současnou představu lineárního postupu porodu. Různé fáze plató mohou být součástí regulačních mechanismů dyády matka-dítě a prevencí fetálního distresu, v praxi jsou však často vnímány jako patologie v postupu porodu (dystokie) vyžadující zásah. Za „normu“ je navíc prohlášena průměrná délka jednotlivých dob porodních a individuální odchylky se neberou v potaz.<sup>9</sup>

Mimo medicínské definice si pod pojmem *normální porod* každý může představit něco zcela jiného. To, co je u porodu běžné a považováno za normální, se liší v závislosti na čase, místě a kultuře. Používání termínu normální porod také nemusí zohledňovat vnímání lidí, kterých se přímo týká. Mnoho žen, které porodily pomocí chirurgických nebo farmakologických zásahů, může vnímat jako stigmatizující označení, že jejich porod je mimo normu.

V klasické západní medicíně se prosadilo aktivní lékařské vedení porodu, tedy přístup, který k procesu porodu přistupuje aktivně se zásahy

7 WHO (1999).

8 Abalos et al. (2018), Grylka-Baeschlin & Devane (2019), Hofmeyr et al. (2021).

9 Weckend, Davison & Bayes (2022).

a řízením ve jménu prevence komplikací a vnímá tak porod jako apriori rizikový. V reakci na výraznou míru technologizace porodní péče, nadužívání farmakologických, chirurgických i dalších zásahů u porodu, institucionalizaci všech porodů a patologizaci porodního procesu vzniklo celosvětové hnutí za přirozený porod. Termín *přirozený porod* poprvé použil lékař Grantly Dick-Read ve 30. letech 20. století.<sup>10</sup> V naší současné kultuře je tento často používaný termín zprofanovaný. Někdy je využíván jako synonymum k vaginálnímu porodu, někdy je jako přirozená popsána šetrnější varianta císařského řezu. V rámci podpory přirozeného porodu jsou často bagatelizovány zásahy do porodního procesu přírodními a alternativními prostředky, avšak vyvolání porodu pomocí bylin je pořád zásahem a vyvoláním porodu před jeho spontánním začátkem se svými riziky a vedlejšími účinky.<sup>11</sup>

S. K. Neumann píše: „Porod je fyziologický akt, který za normálních okolností žena vykonává dobře a snadno jako jinou tělesnou funkci a k němuž, pokud probíhá přirozeně, potřebuje stejně málo pomoci jako samice zvířete.“ A dále popisuje, že ženy přírodních národů rodí lehce, také porody žen z nižších společenských vrstev jsou snazší, ale jsou mnohé případy hladkých porodů bez pomoci i v novodobých kulturních poměrech.<sup>12</sup> Realitou některých pečujících profesí (od porodních asistentek po psychoterapeuty) i některých vícerodiček je výrazný kontrast mezi tím, jak probíhá většina medicínsky vedených porodů a jak probíhají porody v jiných kulturních kontextech – v porodnicích vymykajících se nízkou mírou zásahů a možnostmi např. porodu do vody, samostatných porodních centrech a domech (zatím jen mimo Českou republiku), či v domácím prostředí. Pro ně je tento citát stále aktuální. Zjednodušující pohled na problematiku však klade přírodu a kulturu proti sobě. Mnoho společenskovědních popisů dualismu koncepcí „medicínského“ versus „přirozeného“ porodu popisuje zastánce přirozeného porodu jako ty, kteří odmítají společenské, resp. lékařské zásahy a usilují o návrat k přírodě, zatímco lékařský model vidí tyto zásahy jako zlepšovatele přírody. Analýzy ale ukazují, že zastánci

---

10 Reed (2021).

11 Reed (2018).

12 Neumann (1932).

přirozených porodů neutíkají od společnosti k romantické představě jednoduché přirozenosti, často realisticky přijímají zodpovědnost a cení si možností zásahů moderní medicíny – v opodstatněných situacích, kdy jejich benefity převažují. Jako součást přípravy a realizace přirozeného porodu využívají právě sociální podporu i prvky moderní medicíny (screeningové ultrazvuky, intermitentní sledování srdeční akce dítěte u porodu atp.). Koncept „přirozeného porodu“ pomáhal v procesu humanizace porodnictví, avšak je otázkou, zda je ještě používání tohoto termínu užitečné, vzhledem k jeho nejednoznačnosti.<sup>13</sup>

Dalším termínem je *fyziologický porod*. Fyziologie popisuje funkční tělesné procesy, je součástí přírodních věd. Naproti tomu patofyziologie popisuje procesy změněné, spojené s utrpením a nemocí.<sup>14</sup> Fyziologický porod je termín pro porod se zdravým a nekomplikovaným průběhem, který proběhne bez vnějších zásahů. Zároveň zahrnuje i porody mimo medicínské definice „normy“, označované za rizikové, které ale nejsou patologické – tedy porody koncem pánevním, dvojčat, po termínu, překotné či nepostupující, s plodovou vodou odteklou před začátkem porodu či s mekoniem v plodové vodě.<sup>15</sup> Termín fyziologický porod považuji za ideální, není svázán medicínskou normalizací např. délky jednotlivých dob porodních, tedy definicemi, které se mění. Považuji za vhodnější také používat označení fyziologicky těhotná/rodičí žena, spíše než nízkoriziková těhotná/rodička. I termín přirozený porod (který v sobě obsahuje slovo *rození*) považuji za stále funkční, jen vždy vyžaduje další diskusi a specifikaci jeho smyslu v daném kontextu. Ve většině kontextů používám termíny fyziologický a přirozený jako synonyma. Porody můžeme rozdělit na škále přirozenosti od spontánně vaginálních, přes porody bez farmakologického zásahu (tak však globálně proběhne jen minimum porodů) až po porody bez zásahů typu navádění do určitých poloh či způsobu tlačení, bez vyrušování, a na pomyslném vrcholu by byl prožitek reflexivního vypuzení plodu, který je fyziologicky spojen s minimem zásahů včetně pozorování (viz dále).

13 Mansfield (2008).

14 Viz: *Online Etymology Dictionary* [online]. Douglas Harper, ©2001–2024. Hesla *Physiology* a *Patho-*. [Cit. 13. 9. 2023]. Dostupné z: <https://www.etymonline.com/word/physiology> a <https://www.etymonline.com/word/patho->

15 Reed (2021).

Tyto pojmy souvisí také s odlišnými koncepty porodnictví a porodní asistence. Většina porodníků se shoduje v tom, že porod je možné označit za normální a fyziologický až retrospektivně (tedy v přítomnosti neexistuje)<sup>16</sup> a soustředí se na rizika a včasné řešení komplikací, zatímco většina porodních asistentek porod považuje primárně za fyziologický a soustředí se na udržení a posílení fyziologických procesů, primární prevenci potíží.

Zabývat se obsahem pojmů normální/přirozený/fyziologický porod je velmi významné. Vymezení normy a fyziologie v těhotenství u porodu a v šestinedělí je zároveň vymezením identity a rozsahu kompetencí porodní asistence, resp. vymezením situací, při kterých mohou porodní asistentky pracovat samostatně (v některých zemích / konkrétních institucích jsou samostatné i při konkrétních patologiích).<sup>17</sup> Péče porodní asistentky, ideálně model kontinuální péče jedné porodní asistentky, se ukazuje jako setrvale nejvýhodnější model péče pro zdravé/nízkorizikové ženy. Kontinuální péče porodní asistentky snižuje míru: hospitalizace v těhotenství, předčasných porodů, využití analgezie, epiziotomií a operativních vaginálních porodů. Přináší vyšší pravděpodobnost pro spontánní vaginální porod a zahájení kojení a vyšší pravděpodobnost, že bude žena v péči známé osoby a bude mít porodní proces pod větší kontrolou. Jedná se o velmi bezpečný a zároveň nejlépe hodnocený model péče.<sup>18</sup> To, jak vymezíme hranice pro normu/fyziologii, tak má často své důsledky i v podobě péče, jaké se dyádě matka-dítě, resp. celým rodinám dostane. Zároveň by bylo přínosné více se zabývat tím, co vede k těmto dobrým výsledkům péče porodních asistentek, a tyto principy posílit při péči v těhotenství, u porodu a po porodu ve všech situacích a kontextech.

## 2. Historie porodní péče – vývoj porodní asistence a porodnictví

### 2.1 Počátky socializace porodu a neolitická revoluce

Počátky socializace porodu jsou předmětem diskusí a hypotéz. V naší současné kultuře je možnost o samotě rodičích žen nepředstavitelná,

<sup>16</sup> Wagner, M. (1994): *Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology*. ACE Graphics, Camperdown NSW, Australia, in: Vorlová (2022).

<sup>17</sup> Vorlová (2022).

<sup>18</sup> Sandal (2016).

přestože takové porody probíhaly a probíhají, a to nejen u některých aliterárních kmenových společností.<sup>19</sup> Např. u kmene Kungů (kmen ze skupiny Sanů žijící v Jižní Africe na západním okraji pouště Kalahari, v oblasti Ovamboland a Botswaně) je porod o samotě považován za ideál. Především vícerodičky rodí o samotě. Rodící žena odejde pár set kroků od vesnice, připraví polštář z listů a porodí, v dřepu nebo na boku. Pupeční šňůru nepřerušuje a placenta zůstává po nějakou dobu jako průvodce dítěte (lotosový porod). Po návratu do vesnice čeká ženu a dítě rituální přivítání. Pokud se rodící žena dlouho nevrací, vzácně jí jde jiná žena asistovat.<sup>20</sup> Nutnost pomoci u lidského porodu bývá vysvětlována zkomplikováním porodního procesu v důsledku rozvoje bipedie a encefalizace. Pomoc u porodu je vnímána jako nová životní strategie.<sup>21</sup> Ovšem jak ukazují i dnes hojně dostupná videa a fotografie porodů, ani rotace dítěte nebrání tomu, aby žena sama porodila dítě do svých rukou včetně polohy ve stoje, nebo aby porodila bezpečně např. ve dřepu na zem a následně si sama vzala dítě do náručí. Odlišný porodní proces tak neznamena bezpodmínečnou nutnost asistence, rozhodně ne z důvodu nutnosti chytat dítě. V počátcích péče při porodu se jednalo o podporu blízkých žen, zkušených matek, které především chránily bezpečí a soukromí rodící ženy. Po celém světě se pak postupně měnila role osoby pomáhající u porodu tak, že přinášela k porodu zvyky dané společnosti, stávala se nástrojem socializace porodu. Pověry a rituály různých kultur narušovaly a narušují specifické momenty porodu a citlivého perinatálního období, mnoho z nich vede především k narušování kontaktu matky a dítěte těsně po porodu a brání dítěti v příjmu mleziva. V některých kulturách pak vede k nutnosti pomoci u porodu rituální obřizka a následné sešití ženských genitálií.<sup>22</sup>

Počátek socializace porodu, počátek porodní péče i prvních zásahů do porodu, bývá spojován také s neolitickou revolucí. Porodní asistentka Rachel Reed dává do souvislosti potřebu vlastnictví půdy s potřebou vlastnictví ženy, kontroly reprodukčního cyklu a počátkem patriarchál-

---

19 Odent (2013).

20 Shostak (1993).

21 Trevathan (1987).

22 Odent (2009).

ních společností, které nahradily předchozí matricentrická společenství uctívající jako nejvyšší hodnoty plodnost a péči o děti, o které pečoval celý kmen.<sup>23</sup> Před neolitickou revolucí podle dostupných důkazů ženy rodily izolovaně jako ostatní savci. Dokládá to popsáný způsob porodu kmenů, které žijí/žili lovecko-sběračským způsobem života. Kromě výše zmíněných Kungů, kteří žili lovecko-sběračským způsobem až do 70. let 20. století, jsou dalším příkladem Efe, etnická skupina Pygmejů žijící v pralese Ituri v Zaire. Podle Jeana Pierra Hallea neměla tato společnost žádné rituály, které by narušovaly proces porodu, žila bezkonfliktním způsobem v hlubokém spojení s přírodou. V etnické skupině Eipos na Nové Guinei sice již měli zahrady a počínali chovat prasata, porody ale nebyly socializovány a ženy Eipos byly diskrétně natočeny, jak rodí v křoví reflexivním vypuzením plodu (o tomto reflexu viz dále v části Fyziologie porodu). Ženy další přechodné etnické skupiny Pirahã (amazonské lovecko-sběračské etnikum žijící v okolí brazilské řeky Maici, které však chová psy a pěstuje maniok) často rodí samy, na souši nebo do vody – v podřepu v řece. Soukromí v této skupině nemá velkou hodnotu, ale pro milování a porod si soukromí zajišťují.<sup>24</sup>

U všech kultur po neolitické revoluci dochází k socializaci porodu a různým zásahům. Kultury, které vnímaly porod jako obtížný a osvojily si invazivní zásahy do citlivého perinatálního období (především narušování kontaktu matka-dítě po porodu a bránění vyplavování nejvyšších hladin oxytocinu v tuto chvíli), byly zároveň kultury agresivní a invazivní vůči okolním kmenům.<sup>25</sup> Toto je podle mě nejvýraznějším příkladem vzájemného provázání biologie a kultury. Strategie posílení agresivity a invazivního přístupu jak vůči přírodě, tak vůči okolním kmenům byla určitou strategickou „evoluční výhodou“ v krizové době neolitické revoluce. Můžeme se ptát, zda je tato cesta výhodou i z dlouhodobého pohledu. V současnosti jsme možná mnohde došli k určitým hranicím, nebo snad až za hranice, rozvíjení tohoto přístupu a počali vnímat jeho dopady. Dovolím si doslovnou citaci porodníka Michela Odenta:

---

23 Reed (2021).

24 Odent (2013).

25 Tamtéž.



„Zemědělství a domestikace zvířat daly novou důležitost konceptům teritoria a vlastnictví, a tím podnět ke konfliktům mezi skupinami lidí. Hlavním měřítkem úspěchu lidské skupiny se stala schopnost rozvinout potenciál agrese a narušování rozvoje různých aspektů schopnosti milovat.“<sup>26</sup>

## 2.2 Vývoj porodní asistence a porodnictví v Evropě

Vývoj porodní asistence v Evropě rozdělil německý filozof a historik Gernot Böhme v roce 1980 do 4 fází, které se plynule a volně překrývají.<sup>27</sup> Charakter jednotlivých fází babictví / porodní asistence a jejich vztah s lékařskými profesemi popisuje Hana Jadrná Matějková, s hlavním zaměřením na analýzu novověkých porodnických příruček porodních bab a lékařů.<sup>28</sup> První fází je *solidární pomoc v rámci ženského společenství*. Přímo o specializovanějších porodních bábách pak můžeme hovořit v době řeckého a římského starověku (např. lékař Soranos z Efesu popisuje soubor vlastností ideální porodní báby). Koncem středověku začíná zasahovat do samostatné činnosti porodních bab církev – zavedením povinnosti křtu (pokud rodička zemřela, bylo pro pokřtění dítěte nutné provést císařský řez). Následovalo zavedení přísah pro porodní báby, které zajišťovaly určitou etiku profese.

Těmito povinnostmi vznikla druhá fáze vývoje porodní asistence – *úřad porodní báby*. Při tvorbě požadavků na porodní báby spolupracovala církevní a světská moc. Porodnictví bylo až do 16. století téměř výhradně doménou žen, pak se situace začala postupně měnit. Akademicky vzdělaní lékaři získávali znalosti o porodnictví z teoretických spisů a anatomických pitev. V 17. století lékaři postupně přebírají kontrolu nad vzděláváním a zkoušením porodních bab. Do výuky porodních bab je kromě praktické výuky od zkušenějších kolegyně zařazena teorie od lékařů, teoretické znalosti anatomie jsou považovány za hodnotnější než praktické zkušenosti. Vzájemné porozumění je složité, porodní báby

---

26 Tamtéž, s. 117–118.

27 Böhme, Gernot (1980): *Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe*, in: Jadrná Matějková (2016).

28 Jadrná Matějková (2016).

využívající ve své práci především hmat při dynamickém procesu, jsou zkoušeny lékaři, jejichž znalosti jsou založeny na zraku, na popisu anatomických struktur, navíc u těla posmrtně ztuhlého. Rozdílný přístup je vidět např. i v odlišném jazyku učebnic porodních bab a lékařů. Porodní báby popisují přístup k rodičce a komunikaci s ní, s respektem a empatií. Výkony popisují z pohledu praktického provedení s využitím hmatu. Texty lékařů se zaměřují na porodní mechaniku, ženu vnímají jako objekt záchrany a fragmentují tělo na jednotlivé části. Popisují úkony bez návodu, co u nich má být cítit hmatem. Začíná se objevovat terminologie patologizující porod, rodička je označována jako pacientka, její těhotenství jako nemoc a porodní fáze jako uzdravování.<sup>29</sup>

Třetí fáze, *porodní asistence jako tradiční povolání*, je charakterizována sekularizací života společnosti, zaváděním specifického vzdělávání pro porodní báby a vznikem konkurence s mužským porodnictvím. V 18. století došlo k rozvoji kleští a rozvoji chirurgie, tím začala stoupat prestiž lékařů a vzniká mužské porodnictví jako podobor chirurgie. Chirurgové si vyhrazují nárok na převzetí celé výuky porodních bab včetně praktické části. Dosud muži nesměli být porodu přítomni, např. lékař, který se v Hamburku převlékl za ženu, aby mohl sledovat porod, byl po odhalení upálen. Jedinou příležitostí, jak se dostat k porodnické praxi, pro ně byla první porodnice – pařížský Hôtel Dieu (kde dosud vyučovaly porodní báby, muži sem bez souhlasu francouzského krále neměli přístup). V této době se také objevuje a začíná šířit porodní poloha vleže, tzv. litotomická poloha, u které je možné použít kleště a anestezii. Kompetence porodních bab jsou významně omezeny pouze na případy normálních přirozených porodů (v reakci na to porodní bába Justina Siegemund vydává publikaci věnovanou výhradně problematice těžkých a komplikovaných porodů). Až do počátku 20. století jsou porodní báby u 90 % porodů, vzniká však rozkol mezi dvěma skupinami porodních bab – na vsi se drží staré zkušené porodní báby, ve městech jsou *porodní báby mladé, formované a zkoušené v lékařských kurzech*, nositelky mužského porodnického diskurzu. Ty představují čtvrtou, přetrvávající moderní fázi vývoje porodní asistence, tak jak ho popsal Gernot Böhme.<sup>30</sup>

---

29 Tamtéž.

30 Böhme, Gernot (1980): Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der

Současná převaha lékařů-mužů poskytujících péči u porodů by byla pro naše předky nepochopitelná.<sup>31</sup>

### 2.3 Reprodukce jako předmět státního zájmu – biopolitiky

Až do osvícenských reforem bylo v lékařském, právnickém i filosofickém diskurzu lidské tělo vnímáno primárně jako tělo mužské. Na přelomu 18. a 19. století výrazně začíná stoupat zájem lékařů i dalších mužských autorit o ženské tělo a mění se jeho pojetí. Ženské tělo se stává subjektem i objektem regulovatelné reprodukce a státního i vědeckého zájmu, který umožňují nově vznikající ústavy – porodnice.<sup>32</sup> Je politicko-ekonomickým zájmem státu využít reprodukční potenciál populace a snížit novorozeneckou a mateřskou úmrtnost. S tímto cílem se v oblasti porodní péče prosazuje moderní výkon moci, kterou Michel Foucault označil jako „biomoc“ a „biopolitiku“. Na mnohonásobném využití živé bytosti, její produkce a dalších životních procesů spolu s maximálním zhodnocením jejich sil stojí rozvoj kapitalismu. Regulace sexuality spojuje působení na ekonomickou disciplínu těla a na demografii populace.<sup>33</sup> Odlišné přístupy a nové objevy vznikají později s prací žen – lékařek.<sup>34</sup>

### 2.4 Institucionalizace porodu v Čechách

První porodní ústavy s připojenými nalezinci představovaly především útulky pro svobodné ženy a místo pro vzdělávání porodníků a porodních bab. Porodnice byly po dlouhou dobu spojeny s velmi vysokou úmrtností matek i novorozenců, mimo jiné z důvodů šíření infekcí – známý je příběh Ignáce Semmelweise, který objevil šíření horečky omladnic rukama porodníků. Před první světovou válkou proto neměly porodní ústavy dobrou pověst a rodilo v nich jen několik procent žen (okolo

---

Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe, in: Jadrná Matějková (2016).

31 Jadrná Matějková (2016), Lenderová (2019).

32 Lenderová, Tinková & Hanulík (2014).

33 Foucault, M. (1976): *Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir*. Gallimard, Paříž, a Foucault, M. (1978– 1979) *La naissance de la biopolitique. Cours au collège de France*. Gallimard, Paříž., in: Lenderová, Tinková & Hanulík (2014).

34 Lenderová, Tinková & Hanulík (2014), Odent (2009).

2 % porodů). V průběhu světových válek jejich počet narůstal, zvyšovalo se množství a prestiž lékařů, snižovaly se počty porodních bab,<sup>35</sup> které se od roku 1928 nově nazývaly porodní asistentky. Odborná prestiž českých porodních bab jinak byla vysoká a mezinárodně uznávaná, za první republiky byla česká porodní asistentka Hana Lišková první předsedkyní Mezinárodního svazu porodních asistentek.<sup>36</sup> Výuka porodních asistentek se ale omezovala a přerušovala, přesunula se mimo univerzitní města, jejich prestiž a množství porodů pro udržení řemeslné zručnosti klesalo. Na porod se začalo nahlížet jako na patologický stav, těhotenství a porod bylo zařazeno do mezinárodní klasifikace nemocí. Postupně vzrůstalo množství a prestiž porodních ústavů. Lékaři propagovaná bezpečnost zdejší péče se však nezakládala na pravdě, dle dostupných informací byla úmrtnost rodiček v porodnicích vyšší než v péči porodních bab. Například ve Francii v roce 1937 byla úmrtnost žen v porodnicích 7 ‰ a při vedení porodními bábami 2 ‰. Nejnižší úmrtnost matek v letech 1850–1939 byla v zemích, kde porodní péči z větší části vykonávaly porodní báby.<sup>37</sup> Péče porodních bab statisticky přinášela nižší míru rizika, potvrdil to také František Pachner v publikaci o vývoji populace z roku 1946. Přesto množství porodů v porodnici stoupalo. V českých zemích došlo v roce 1948 k zestátnění zdravotnictví, zrušení všech profesních organizací kromě lékařské společnosti, došlo ke zrušení živností a porodní asistentky se staly zaměstnankyněmi porodnic a Ústavu národního zdraví – v ordinacích lékařů.

Zákonem z roku 1951 se přesunuly všechny porodny do porodnic, pokud došlo k porodu doma, musela se situace následně nepříjemně zdůvodňovat. Porodů v porodnicích bylo 44 % v roce 1950, 80 % v roce 1955 a přes 93 % roku 1960. Porodní asistentky v porodnicích však stále samostatně vedly normální porodny (včetně šití poranění) a poskytovaly návštěvy žen v těhotenství a šestinedělí (to až do roku 1992). V roce 1965 došlo k přejmenování profese na ženskou sestru (a rozdělení na ženskou a dětskou sestru) a začal se praktikovat lékařsky vedený porod. V 80. letech v době normalizace lékaři prosadili vyhlášku, kterou

---

35 Hanulík (2017).

36 Königsmarková (2006).

37 Hanulík (2017).

kontrolovali činnosti porodní asistentky, dodržování této vyhlášky se v porodnicích lišilo, na Moravě si porodní asistentky samostatnost uchovaly ve větší míře než ve středočeském kraji a především Praze. Po privatizaci ambulantní péče od roku 1992 přestaly být porodní asistentky zaměstnankyněmi Ústavu národního zdraví, staly se zaměstnankyněmi lékařů a došlo k zániku návštěvní služby a samostatné práce porodních asistentek.<sup>38</sup>

V roce 1993 se profesi vrátil název porodní asistentka (tento název často asociuje představu asistence lékaři, v jiných jazycích je výstižnější, např. anglicky *midwife* – doslova *spolužena*). Praktický návrat kompetencí a začlenění moderní porodní asistence do systému veřejného zdravotního pojištění je u nás dosud předmětem sporů.<sup>39</sup> K přerušení samostatné práce porodních asistentek došlo především v zemích bývalého východního bloku, přestože potíže se silnou patologizací, medicinalizací, dehumanizací porodů a rutinním nadužíváním technologií v porodnictví jsou v různé míře celosvětovým problémem.

## 2.5 Hnutí za přirozený porod

V reakci na silnou dehumanizaci porodů, nadužívání technologií, opioidních analgetik, medicínskou a paternalistickou kontrolu porodů v porodnictví (která je silně vidět např. v omezování pohybu a pasivním polohování žen do lehu na záda) vzniká *hnutí za přirozený porod*, které se snaží vrátit ženám zpět kontrolu nad porodním procesem, zdůrazňuje práva a psychologické potřeby žen a dětí a význam jejich aktivní účasti na porodu. Vzniká postupně na více místech, v 70. letech se stává výrazným celosvětovým hnutím a jeho působení trvá dodnes. Termín přirozený porod použil poprvé britský lékař Grantly Dick-Read, pomocí psychoprofylaktické přípravy se snažil o porod beze strachu a úspěšně tím zvyšoval šance na bezbolestný porod.<sup>40</sup> Mimochodem slovo bolest ve spojení s porodem v historii nebo jiných kulturách zdaleka není tak rozšířené jako v naší současné kultuře. Slavné biblické porodní

---

38 Königsmarková (2006).

39 Hanulík (2017), Lenderová (2019), Königsmarková (2006).

40 Dick-Read (1933), Dick-Read (1944).

bolesti a utrpení vyjádřené slovy „Velice rozmnožím tvé trápení i bolesti těhotenství, syny budeš rodit v utrpení, budeš dychtit po svém muži, ale on nad tebou bude vládnout“<sup>41</sup> představují zavádějící překlad. Přesnější překlad z původní hebrejštiny hovoří spíše o námaze než o bolesti.

Přípravě na bezbolestný porod se dále věnoval také francouzský porodník Fernand Lamaze. Navazoval na ruskou metodu psychoprofylaxe založenou na podmíněných reflexech, kterou vytvořil neuropsychiatri Velvovski, žák Pavlova.<sup>42</sup> Sociální antropoložka Sheila Kitzinger se v předporodní přípravě zaměřila ne na bezbolestnost, ale na posílení ženina sebevědomí a pozitivní zážitek z porodu, přidala sociální rozměr, přípravu na rodičovství a podporu partnerství.<sup>43</sup> Francouzský porodník Frederick Leboyer přidává důraz na dítě, význam co nejšetrnějšího a nejjemnějšího zacházení s novorozencem, vše popsal ve své knize z roku 1974 *Porod bez násilí*. Podle něj je zásadní, aby novorozenec prožil porod bezbolestně a pozvolně, k čemuž potřebuje šero, ticho, teplo a kontakt s matkou.<sup>44</sup> Jeho žákem je známý francouzský porodník Michel Odent, který však přístup k porodu posunul, v malé porodnici v Pithiviers zavedl tzv. primitivní porodní pokoje, navštěvoval porody v domácím prostředí, podporoval nerušený porod a samostatnou práci porodních asistentek.<sup>45</sup> Výrazně přispěl k porozumění procesům porodu a významu citlivého perinatálního období na další zdraví jedinců i populace. Výzkumy na toto téma jsou k nalezení také v rámci jeho databáze Primal health research centre.<sup>46</sup>

V USA je hnutí za přirozený porod spojeno s hnutím hippies, jehož součástí je i porodní asistentka Ina May Gaskin. Je uznávanou odbornicí, její jméno se dostalo do učebnic porodnictví díky manévru Gaskinové, který se naučila od domorodých Mayů z Guatemaly (ten zjednodušeně otočením ženy do polohy na čtyřech řeší dystokii ramének<sup>47</sup>). Její kniha

---

41 *Genesis* 3:16

42 Lamaze (1972).

43 Kitzinger (2011).

44 Leboyer (1995).

45 Odent (2009).

46 Viz *Primal Health Research Databank* [online]. Dostupné z: <https://www.primalhealthresearch.com>.

47 Srovnej Hájek a kol. (2014, s. 434).

z roku 1975 *Spiritual Midwifery (Duchovní porodní asistence, česky jako Zázrak porodu, Gaskin 2010)*, která se stala bestsellerem, obsahuje mimo jiné cca 60 porodních příběhů z komunity Farma, které popisují euforii z místních nemedikalizovaných porodů.

Po institucionalizaci porodů a nekritickým přijetí technologií v porodnictví vznikla a upevnila se řada rutinních postupů, které se následně v moderním výzkumu ukázaly jako poškozující. Je to tak paradoxně opět díky moderním technologiím, kterými můžeme vědecky doložit principy porodního děje, potřeby žen a dětí pro normální bezpečný porod, význam bondingu a prvních doteků, vliv na tvorbu prvotní vazby, vztahovost atd. Řada škodlivých úkonů však získala podobu rituálů a v praxi se tak stále používají i přes veškeré důkazy.<sup>48</sup>

WHO ve snaze tuto situaci zlepšit opakovaně vydává doporučené postupy pro péči při normálním porodu, ve které jsou mimo jiné seznamy doporučených prospěšných praktik a praktik jednoznačně škodlivých. Dovolím si doslovnou citaci:

„Cílem péče je zajistit dobré zdraví matky a dítěte s minimální možnou mírou intervence, která je indikovaná pro bezpečí matky a dítěte. Tento přístup nutně vede k závěru, že při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod. Velmi často se cituje názor, že ‚porod můžeme nazvat normálním teprve v retrospektivě‘. To vedlo porodníky v mnoha zemích k závěru, že péče v průběhu normálního porodu by měla být podobná jako péče u porodu komplikovaného. Tento koncept je nevýhodný z několika důvodů: může změnit normální fyziologický proces v záležitost medicínskou, může také bránit ženám, aby porod svého dítěte prožily svým vlastním způsobem a v místě, které si ony samy vyberou, vede k zásahům, které by snad ani nebyly nutné. Aby byl tento koncept v praxi aplikovatelný, je třeba soustředit větší počet rodících žen v jedné, technicky velmi dobře vybavené nemocnici, ovšem za cenu obrovských finančních nákladů. (...) Přestože nejsou všechny

<sup>48</sup> Ezrová (2014).



porody komplikované, můžeme pozorovat všeobecný sklon k intervencím do průběhu porodu, a to i v případech, které žádný zásah nepotřebují, a v míře, kterou vyžadují porody komplikované. Toto má bohužel řadu negativních dopadů v mnoha směrech. (...) Ženy i jejich děti mohou být zbytečnými zásahy poškozeny. Personál v nemocnicích, kam jsou odesílány patologické porody, nemusí pak být schopen poskytnout odpovídající péči a pozornost ženám, které to skutečně potřebují, bude-li zavalen spoustou normálních porodů, které by mohly proběhnout i bez takovéto intenzivní péče. V nemocnicích se i o tyto normální porody pečuje podle ‚standardního protokolu‘, který má ale své opodstatnění pouze tehdy, jedná-li se o porod komplikovaný.“<sup>49</sup>

### 3. Fyziologie porodu

U zvířecích savců je znám a popsán biologický proces – spontánní porodní reflex, tzv. Fergusonův reflex. Zjednodušeně je tento reflex spouštěn tlakem naléhajících částí plodu na dolní děložní segment a vnitřní část děložního hrdla a následně poševní stěny, ten stimuluje vyplavení oxytocinu, který zvýší kontraktilní činnost dělohy, což vede ke zvýšení tlaku a opětovnému vyplavení oxytocinu. Je příkladem biologické pozitivní zpětné vazby. Projevuje se jako série silných neovladatelných kontrakcí, které akcelerují aktivní fázi porodu (vypuzovací, II. doby porodní) tak, že proběhne třikrát nebo vícekrát rychleji, než je běžné. Tato neuroendokrinní kaskáda neovladatelných kontrakcí vede k velmi rychlému a hladkému narození plodu.<sup>50</sup> Niles Newton studovala již v 60. letech vlivy prostředí na porod myši. Prokázala vliv neokortexu na průběh porodu a popsala tzv. reflexivní vypuzení plodu (fetal ejection reflex), který kromě známého mechanického vlivu Fergusonova reflexu v závěru porodu popisuje širší dynamický jev podmíněný hormonálním koktejlem závislým na prostředí. Pokud byly myši rušeny, především nedostatkem soukromí, vedlo to k vyplavení stresových hormonů katecholaminů

49 WHO (1999).

50 Ferguson (1941).



a v začátku porodu k jeho zastavení, v pozdějších fázích porodu k jeho ztížení a prodloužení doby jeho trvání, reflex vypuzení plodu se neobejevil.<sup>51</sup> V závěru porodu však stresové hormony působí opačně, tedy výrazně urychlí porod. Ke konci porodu se jejich hladina zvyšuje, převládá mezi nimi noradrenalin a působí kontrakce dělohy přes jiné receptory, než přes které by stres působil útlum v předchozích fázích porodu.<sup>52</sup>

Známý francouzský porodník Michel Odent pozoroval a popsal reflex vypuzení plodu u lidí. Porod reflexivním vypuzením následuje po krátké sérii silných kontrakcí, které nedávají žádný prostor pro volní pohyby (tedy ani volní tlačení a zapojení břišního lisu), proběhne hladce a bezbolestně.<sup>53</sup> Oproti myším i jiným savcům je člověk v nevýhodě, protože má mnohem větší neokortex (koncový mozek, evolučně nejmladší část mozku). U všech savců hraje u porodu významnou roli antagonismus adrenalinu s oxytocinem a u lidí navíc jev tzv. neokortikální inhibice. Aktivita neokortexu (intelektuální aktivita) totiž tlumí funkci starých struktur mozku, které řídí mimo jiné porod. Pokud je aktivita neokortexu utlumena do alfa vln, staré mozkové struktury mohou lépe řídit fyziologické procesy včetně porodu. Základní podmínkou pro hladký průběh porodu, pro reflexivní vypuzení plodu spojené se silnými příjemnými prožitky, je vyhnout se stimulaci neokortexu. Neokortex je stimulován slovy, světlem a zrakovými podněty nebo např. pozorností, tedy pokud má žena pocit, že je pozorována, kontroluje se a samozřejmě v situaci, kdy se necítí bezpečně a nemá plnou důvěru např. v přítomné osoby, nebo má jiné důvody ke stresu např. strach z porodu, trauma. K podobnému útlumu aktivity neokortexu, jaký je třeba pro reflexivní vypuzení plodu, dochází např. při usínání, milování, meditaci atd.<sup>54</sup>

### 3.1 Fyziologie porodu a kulturní prostředí

Pojem instinktivní/přirozené/původní chování můžeme snad bezpečně používat pro projevy ženy u porodu ve fázi, kdy je nemá pod jinak

---

51 Newton (1966 a 1987).

52 Odent (2013).

53 Odent (1987).

54 Odent (2009).

běžnou kontrolou, a kdy některé z projevů jsou i úplně mimovolní. Jde např. o nejrůznější vokalizaci, která je u porodu charakteristická a porodní asistentky i podle ní mohou posuzovat fázi a dobrý/fyziologický průběh porodu, změny poloh, rytmické pohyby, projevy sexuality jako je autostimulace bradavek/klitorisu, sahání na hlavičku dítěte před/při/po jejím narození, očichávání a olizování dítěte po porodu atd. Některé chování se často opakuje, ale ženy ho předtím nikdy nemusely vidět, ani se o něm jakkoli jinak dozvědět. Někdy ženy krátce po takovém projevu pocítí pocity studu a omlouvají se, a to i přesto, že je jejich porodní asistentka plně podporuje v těchto projevech.

Porodník Michel Odent zdůrazňuje, že mimovolní procesy nelze vést, kontrolovat ba ani podporovat, pouze chránit a zajistit pro ně dobré podmínky, vše ostatní jejich průběh komplikuje. A tak třeba metody, které učí partnery jak „koučovat“ svou ženu u porodu nejsou v souladu s hlubším pochopením fyziologie porodu a jeho podmínek, přestože mohou být součástí skupin a hnutí hlásících se k podpoře přirozeného porodu. V 50. letech se stala módou psychoprofylaxe, která učí ženy, jak rodit, jak dýchat atd. Lamazova metoda je založena na konceptu podmíněných reflexů, které souvisí s aktivitou neokortexu, avšak místo aby u porodu zajistila minimální stimulaci neokortexu, ženy školí a u porodu verbálně vede. Pokud má žena pocit, že je sledována, stimuluje to její neokortex. U porodu je však výhodné nekontrolovat své chování, tzv. vypnout hlavu. Během reflexivního vypuzování plodu se ženy mohou chovat jakýmkoli způsobem, dostávat se do různých animálních poloh, dostávají se do stavů změněného vědomí.<sup>55</sup>

Strategie stálého chování a výkonu, sebekontrola projevů, minimálně povrchní kázeň vnějšího chování a projevů a schopnost téměř nevnímat některé své potřeby nebo alespoň oddalovat jejich naplňování může mnoha „civilizovaným“ ženám přinášet úspěchy nejen v pracovní oblasti, ale průběh porodního procesu může naopak výrazně komplikovat. Porodní proces je každopádně natolik silný, že minimálně v jeho závěru dochází velmi často, téměř zákonitě, k fázi úplného puštění kontroly. I ty, které se předtím o to snažily, už nemohou kontrolovat únik tělesných tekutin, své hlasové projevy, často ani svou polohu nebo pohyb.

---

55 Tamtéž.

Mohou mít pocit, že tlak, který tvoří jejich tělo je silnější než ony samy, není ho možné dál kontrolovat. Tato situace může vzbuzovat obavy, ale může přinést i významné extatické a spirituální prožitky. Mnoho žen začne už dříve během porodu naslouchat potřebám svého těla, spolupracovat s porodním procesem. Pokud mají prostor a nejsou rušeny, zaujímají nejrůznější pozice, mají výrazně změněné vnímání času i dějů okolo nich, ponořují se svou pozorností do svého vnitřního světa, opakované vlny děložních stahů, jejich různé rytmické pohyby, vokalizace a změny dechu mohou pomáhat navozovat až stav transu. Daří se jim procházet porodním procesem a zvládat ho tím způsobem, že nebrání jeho průběhu. Nekontrolují své projevy ve smyslu „společenského chování“, nebo jen velmi minimálně. Často ženy uvádí, že jim pomohla videa porodů, kde viděly, co je možné, že je možné porodit v různých polohách nebo někdy bez volního řízeného tlačení, pouze s pomocí dechu a uvolnění, získaly pak určitou odolnost vůči případným zažitým postupům zdravotnického personálu a svobodu k poslechnutí potřeb svého těla. Na druhou stranu existuje nemálo žen, které přímo vyžadují zásahy do porodu, jeho aktivní lékařské vedení, epidurální analgezií, císařský řez, omytí a zavnutí dítěte brzy po porodu atp. Vnímají tyto postupy jako normalizované díky zkušenostem žen minulých generací i vrstevnic. Vzhledem k prokazatelné škodlivosti a rizikům spojeným s těmito zásahy nebo jejich rutinním použitím je profesionálním postupem zdravotníka šířeji je informovat o tom, co jejich přání znamená a jaké může mít dopady, jaké jsou jiné možnosti, a podpořit je nejen po stránce informační ale i emoční, v ideálním případě s dostatkem času.

Velmi výrazný vliv na průběh porodu má jeho prostředí. Žena využije co má k dispozici – toaletu, sprchu, vanu, bazén, závěs, postel, porodní lůžko, žíněnku, šátek, závěsná lana / rebozo, balon, sedací vak, strom, řeku, listy... Může zapojit nejrůznější předměty jako pomůcky pro zaujímání svých pozic. Její chování můžeme považovat za instinktivní, přesto její možnosti jsou dané kulturně. V rámci snahy o podporu návratu k původním polohám u porodu mohou být v porodním pokoji přítomné např. obrazové návody pro různé vertikální aj. polohy, lůžko může být složené a schované ve skříni. Např. německá studie, která se věnovala vlivu porodního prostředí na vaginální porody, potvrdila, že alterna-

tivní nebo domácí design porodního prostředí zvýšil míru vaginálních porodů, spokojenost s péčí a usnadnil začátek kojení. Zároveň se snížila pravděpodobnost vyvolávání porodu, intrapartální analgezie nebo anestezie, epiziotomie a operativních vaginálních porodů (za pomoci kleští nebo vakuového extraktoru). Nejde primárně o estetiku ale o pocity a praktičnost z pohledu potřeb rodící ženy.<sup>56</sup>

Rodící žena v místnosti se často do poslední chvíle více či méně chová tak, že uklízí své tělesné tekutiny nebo se snaží využívat různé podložky atp., minimalizovat znečištění. Také chování pečujících osob okolo se často soustředí na očišťování.<sup>57</sup> Může to přinášet dobrý pocit, komfort, velmi záleží na kontextu a způsobu. Podobně jako zakrývání hýždí prostěradlem může často přinášet příjemný pocit soukromí, zatímco jiná žena ve stejné fázi porodu už nesnese žádnou látku na svém těle. Je toto chování přirozené či nikoli? A je vlastně užitečné klást si tuto otázku? U těchto příkladů každopádně je jasné, co je užitečné pro porodní proces – nepozorování, nevyrušování, maximální respekt přání ženy a jejího pohodlí (hovoříme o nekomplikovaném porodu, pokud se porod komplikuje či jen prodlužuje, pak může být prospěšné navrhnout ženě místo úlevových poloh polohy podporující jeho průběh.)

### 3.2 Sexualita porodu

Sexualita obecně je tabuizovaným a potlačovaným tématem v mnoha kulturách, zvláště ženská sexualita. Např. dokonce fyzická anatomická podoba celého klitorisu byla (znovu)objevena teprve nedávno a není všeobecně známa. Ženská tělesnost byla církevními představiteli po dlouhá staletí označována za něco nečistého a nebezpečného. Výrazným projevem potírání sexuality je ženská obřízka, méně výrazná, o to rozšířenější je obřízka mužská a objevuje se i kastrace a další podoby genitálního mrzačení.<sup>58</sup> V naší současné době a kultuře je zase často vnímání sexuality ovlivněno vulgární pornografií. Vnímání všech rovin sexuality bez spojování s něčím nečistým, nesprávným nebo vulgárním je proto pro-

---

<sup>56</sup> Ayerle et al. (2018).

<sup>57</sup> Reed (2021).

<sup>58</sup> Odent (2009), Kitzinger (2011).

blematické a sexualita je velmi citlivým tématem. Stále ještě nerozumíme všem rovinám ženské ani mužské sexuality a všem jejím funkcím. Sexualita je součástí sebepojetí a intimních vztahů, jako součást zdraví má roviny bio-psycho-socio-spirituální (biologické, psychologické, sociální/kulturní a spirituální), které se vzájemně prolínají a ovlivňují, a ve všech těchto rovinách je možné ji identifikovat v rámci porodního děje. Porod je součástí kontinua sexuálního života, je ovlivněn předchozími sexuálními zkušenostmi (výrazně např. prožitým sexuálním traumatem<sup>59</sup>) a ovlivňuje následující sexuální život ženy/rodičů, zde velmi záleží na způsobu porodu a poskytované porodní péči (s důrazem na komunikaci), zda to bude zkušenost posilující, nebo naopak traumatická.<sup>60</sup> Po tisících letech kulturního podmiňování a kontroly porodu člověka jen málokdo ví nebo si umí představit, jak může vypadat skutečně nerušený porod, reflexivní vypuzení plodu, ba co více, že s porodem mohou být spojeny příjemné tělesné a emocionální prožitky, sexuální slast, že porod může být až extatický, orgasmický.<sup>61</sup>

„Orgasmický porod je cosi mocného, přitažlivého, duchovního a naprosto nezapomenutelného. Je to okamžik, který nikdy nekončí a nedá se popsat slovy. Je to víc než milování, protože jde o vzrušení a vášnivou lásku k životu samotnému. Poznat božskou rozkoš při rození je darem lidstvu.“<sup>62</sup>

Porod v našem kulturním kontextu obecně spíš nebývá považován za součást sexuálního života nebo minimálně není zvykem otevřeně hovořit o sexualitě porodu. Většinou probíhá v podmínkách, které neposkytují dostatečnou intimitu a další podmínky pro jeho fyziologický průběh, je často obávanou událostí plnou bolesti. Jen velmi málo porodů probíhá bez zásahů. Pokud se přesto objeví ženy, které pocítí sexuální příjemné prožitky nebo dokonce prožijí orgasmický porod, zdráhají se o své zkušenosti mluvit, a to z více důvodů. Stydí se, vědí, že pro mnoho žen

---

59 Leeners et al. (2016).

60 Yeniel & Petri (2014), Khajehei & Doherty (2018).

61 Odent (2009).

62 Marina in: Davis & Pascali-Bonaro (2014, s. 23).

je porod traumatickou zkušeností a nechtějí je konfrontovat se svým zážitkem, a v neposlední řadě mohou mít obavu, že bude zpochybněna jejich role nesobecké matky a bezpečnost průběhu jejich porodu, protože pohodlí rodící ženy bývá dáváno do protikladu ke zdraví a bezpečí pro dítě. Přesto i u nás jsou ženy s prožitkem orgasmického porodu a např. Soňa Kolmanová otevřeně popsala nejen tento nečekaný zážitek a jak proměnil vnímání jejího těla ve své knize *Znovuzrozená*.<sup>63</sup>

Stěžejním dílem popularizujícím orgasmický porod je stejnojmenná kniha a film Elizabeth Davis a Debry Pascali-Bonaro, které mění dosavadní postoje k porodu. V knize je množství různých porodních příběhů, přestože obě autorky zažily orgasmický porod, nevynechávají ani své méně radostné porodní zkušenosti. Ve filmu hovoří řada odborníků o fyziologii porodu a jsou použity také záběry porodů, u kterých je z vnějších projevů a výrazů v tváři zjevně patrný pozitivní extatický stav žen.<sup>64</sup>

Porozumění jednotlivým fázím ženského sexuálního vzrušení a fázím porodu je velmi významné. Elizabeth Davis to demonstruje např. na fázích plató. Fáze plató, která se opakovaně objevuje jak v rámci (předešlím) ženského sexuálního vzrušení, tak v rámci porodu, bývá často vnímána jako neužitečná, jako absence postupu vyžadující zásah. Takový přístup pak skutečně vede ke ztrátě vzrušení, resp. k (po)zastavení postupu porodu.<sup>65</sup> Dále je důležité nezapomínat na prožitky přítomných zdravotníků. Potlačování vlastních prožitků a tabuizace některých témat může mít negativní vliv na poskytovanou péči. Např. poloha u porodu v pozici na čtyřech byla údajně na některých pracovištích zakázána proto, že by mohla v mladých porodnicích vyvolávat sexuální puzení.<sup>66</sup>

Ve svých publikacích popisují orgasmický porod také již výše zmíněná americká porodní asistentka Ina May Gaskin a porodník Michel Odent. Gaskin velmi zdůrazňuje úlohu partnera u porodu (na rozdíl od Odenta, který ho vnímá spíše jako rušivý element). Gaskin tvrdí, že sexuální energie mezi partnery u porodu výrazně usnadňuje jeho průběh. Doporučuje, aby se ženy během porodu se svým mužem dotýkaly, laskaly, líbaly i mi-

63 Kolmanová (2015).

64 Davis & Pascali-Bonaro (2014); *Orgasmic Birth: The Best-Kept Secret* (2009).

65 Wickham (2023).

66 Srovnej: Rozhovor „S Kristinou Zemánkovou o sexualitě porodu.“ Na porodu záleží (2023).

lovaly. Při těchto činnostech je vylučován oxytocin, který napomáhá stahům dělohy. V její knize je k nalezení řada příkladů a porodních příběhů, ve kterých např. upřímné vyjádření lásky k partnerovi bylo následováno výrazným posunem porodního procesu. Gaskin uvádí, že až 15 % žen zažije při porodu orgasmus.<sup>67</sup> Komunita, v rámci které porody popisuje Ina May Gaskin, je specifickým kulturním prostředím, v němž přistupují k porodu s respektem ale bez nadbytečného strachu a stresu, místní muži tak častěji dokáží být klidnou a láskyplnou podporou. Rozdílný přístup Iny May Gaskin a Michela Odenta k partnerům u porodu může být dán rozdílným kulturním kontextem. Odent zdůrazňuje význam antagonismu oxytocinu s hormony skupiny adrenalinů. Spuštění produkce adrenalinů je u savců „nakažlivé“, v blízkosti rodící ženy by tedy neměl být nikdo, kdo se cítí ve stresu a v nebezpečí.<sup>68</sup>

Tato situace komplikuje výzkum orgasmického porodu, protože samotné pozorování ženy může snadno stimulovat její neokortex a bránit hladkému průběhu porodu a reflexivnímu vypuzení plodu. Navíc jen málo porodů probíhá bez zásahů. U porodů císařským řezem nebo s nervovým znečtitlivěním epidurální analgezií se reflexivní vypuzení plodu nedostavuje, indukce (vyvolávání) porodu nebo zevně podaný syntetický oxytocin šanci na jeho průběh velmi snižují. Celosvětově probíhá jen minimum porodů za pomoci vlastního neurohormonálního systému, s pomocí vyplavení vlastního oxytocinu. Vzhledem k rychlosti, s jakou dochází k epigenetickému útlumu genové aktivity, se jedná o velmi závažný problém.<sup>69</sup>

Helen Deutsch, první žena absolventka medicíny na Vídeňské univerzitě a členka Vídeňské psychoanalytické společnosti, která sama měla zkušenosti s porodem, považovala pohlavní styk a porod za dvě fáze jednoho procesu oddělené časovým intervalem. Ve své publikaci *Psychoanalýza sexuálních funkcí ženy* napsané v letech 1923–1924 popsala porod jako vrchol sexuálního potěšení. Niles Newton po vlastním porodu a na základě vědeckých pozorování již v 50. letech 20. století předpověděla behaviorální účinky oxytocinu. Dnes je oxytocin znám jako klíčový

---

67 Gaskin (2010).

68 Odent (2009).

69 Odent (2013).



plachý hormon všech orgasmických a extatických stavů, součást vztahů, označován jako hlavní hormon lásky. Candace Pert objevila existenci opiátových receptorů v mozku, po které následoval objev přirozených opiátů – endorfinů. Regina Lederman prokázala inhibiční účinky hormonů skupiny adrenalinů na proces porodu. Ve Stockholmu na Karolinska Institutet působí produktivní vědecký tým věnující se výzkumu oxytocinu, všech 10 jeho členek jsou matky. Když se ženy dostávají do výzkumu, přináší nová témata nebo dosud nezkoumané úhly pohledu, i díky svým osobním zkušenostem věnují pozornost a hodnotu dosud opomíjeným oblastem. Začíná tak vědecký výzkum schopnosti milovat, citového pouta, empatie a budoucnosti mezilidských vztahů.<sup>70</sup>

Phoebe Crossing zdůrazňuje význam přehlížených fyziologických souvislostí sexuality a porodu. Kvalitativní výzkum ukazuje, že ženy, které popisují své porody jako orgasmické a extatické, mají celkově žádoucí pozitivní porodní zkušenost. Pravděpodobnost, že porod proběhne hladce a orgasmicky, zvyšuje především dostatek soukromí, pečlivý výběr metod tlumení bolesti, osoby asistující u porodu, které znají a respektují sexuální dimenzi porodu, a efektivní předporodní příprava. Porodní asistentky znalé sexuálních aspektů porodu jsou schopné zajistit citlivou péči, podpůrné prostředí, povzbudit zdravé sexuální vztahy a odbourávat kulturní stigma, čímž zvýší pravděpodobnost příjemných porodů. Existuje dostatek důkazů potvrzujících význam začlenění vztahu mezi sexualitou a porodem do vzdělávání porodních asistentek a do předporodního vzdělávání budoucích rodičů.<sup>71</sup> I další autoři zdůrazňují význam šíření informací o orgasmickém porodu mezi zdravotníky, lektory předporodních kurzů a budoucími rodiči. Současná tabuizace tématu a nedostatek uznání sexuality porodu brání informovanosti o možnostech a výhodách tohoto porodu a o potenciálu orgasmu jako prostředku úlevy od porodní bolesti.<sup>72</sup>

Kvalitativní výzkum porodů do vody v porodnici ukázal, že v intimním prostředí a teplé vodě, která pomáhá snižovat bolest, ženy prožívaly radostné a poklidné porody, jedinečné transcendentní zážitky a vnímaly

---

70 Odent (2009).

71 Crossing (2021).

72 Mayberry & Daniel (2016).



silné intimní spojení se svým partnerem. Tyto porody následně vedly u žen k pozitivnímu vnímání jejich těla, k prohloubení partnerských vztahů a kvalitnějšímu následnému sexuálnímu životu.<sup>73</sup>

Francouzská psycholožka Thierry Postel se věnovala výzkumu orgasmického porodu prostřednictvím dotazníků zaslaných porodním asistentkám z různých částí Francie. Díky tomu výzkum pokryl velké množství porodů, u kterých porodní asistentky byly, nebo o kterých slyšely. Porodní asistentky se ukázaly jako kompetentní k pozorování, schopné postřehnout prožívání žen a přinášet o něm zprávy. Postel a její tým vytvořily dotazník zaměřený na 3 cíle: odhadnout frekvenci, s jakou ženy zažívají fyzické potěšení během porodu, vyhodnotit intenzitu a fyzickou lokalizaci takového potěšení a prozkoumat znalosti a techniky zkoumaných porodních asistentek. Průzkum ukázal, že sexuální potěšení u porodu existuje. Ženami bylo popsáno jako fyzický vjem bez doprovodných erotických představ. Trvá několik sekund až minut a vyskytuje se během vypuzení plodu, především při stlačení perineálních tkání a při průchodu hlavičky dítěte ven z porodních cest. Je lokalizované, obvykle v hlubokých perineálních a klitorálních tkáních a je doprovázeno úplnou desenzibilizací k bolesti. Zdá se, že k tomuto jevu dochází nezávisle na kvalitě sexuálního života ženy a praktikách prováděných před porodem. Pro ženu trpící anorgazmií nebo dyspareunií to může být dokonce objev. Je to reflexivní potěšení, které jakoby vystupuje z těla bez předchozího vědomí rodičky, bez erotických představ.<sup>74</sup> I v českém prostředí se výzkum sexuality porodu objevuje, viz např. diplomová práce porodní asistentky a psycholožky Kristiny Zemánkové<sup>75</sup> nebo bakalářská práce porodní asistentky Nerudové. Nerudová ve své práci shrnuje společné aspekty sexuálního aktu v kapitolách: hormony, nervové dráhy a mozkové struktury, pudové chování, orgasmus, psychologické hledisko.<sup>76</sup>

Vedle porodních příběhů popisujících porody hladké, extatické, orgasmické, jemné nebo třeba velmi náročné ale prožité pod určitou kontrolou ženy, přinášející sebedůvěru a spirituální zážitky, jsou příběhy plné

---

73 Camargo et al. (2021).

74 Postel (2013).

75 Neubertová Zemánková (2014).

76 Nerudová (2014).

násilí, bolesti, traumatu, strachu, bezmoci, zoufalství a dlouhodobých následků. Porodnické násilí je oficiální termín, jehož používání není v českém prostředí dosud ukotveno. Může působit expresivně a útočně, což je v diskusi nežádoucí, avšak byl zaveden pro jeho stručnost a výstižnost. Většina zdravotníků nejedná úmyslně, mohou jednat naopak s pozitivním úmyslem např. pod vlivem mylných informací z oblasti práva i medicíny, v rámci rutiny daného zařízení.<sup>77</sup> Ve Venezuele se pojem porodnické násilí dostal do právního systému definován jako „...takové nakládání s těly a reprodukčními procesy žen ze strany zdravotnického personálu, jež je považováno za nelidské zacházení. Porodnické násilí zahrnuje nadbytečnou medikaci a transformaci přirozených procesů na patologické. Je provázeno oslabením autonomie žen a jejich možnosti činit svobodná rozhodnutí v souvislosti s jejich těly a sexualitou. Negativně ovlivňuje kvalitu života žen.“<sup>78</sup> Podle Světové zdravotnické organizace k porodnickému násilí dochází v různé míře po celém světě.<sup>79</sup> Některé ženy popisují traumatické zkušenosti s porodnickým násilím jako znásilnění, navíc umocněné strachem o zdraví dítěte. U žen, které prošly nějakou formou sexuálního násilí, je v těhotenství i při porodu nutná specifická péče. Vzhledem k tomu, že ne vždy je anamnéza sexuálního traumatu známa, v zásadě je třeba s maximální opatrností postupovat při každém porodu.<sup>80</sup>

#### 4. Porod a rituály

Porod je často popisován jako silný přirozený přechodový rituál. Rituál, který připravuje ženu na péči o dítě, mění její vnímání sebe sama, přechod od ženy k matce, či k mateřství dalšího – jiného počtu dětí. Rituál, kterým se mění postavení ženy ve společnosti. Skrze to, co žena u porodu prožije a skrze rituály porodní péče (ustálené postupy) získává zprávu o tom, co od ní společnost v nové roli očekává, kde vidí její místo jako

<sup>77</sup> Pašková (2018).

<sup>78</sup> Pérez D'Greogio, R. (2010): „Obstetric Violence: A New Legal Term Introduced in Venezuela.“ *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [online]. 111 (3): 201–202. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>, in: Nerudová (2018).

<sup>79</sup> WHO (2015).

<sup>80</sup> Leeners et al. (2016).

matky. Porod je velmi silným a transformačním prožitkem ve všech rovínách člověka. To, jaký je prožitek porodu, působí na následné schopnosti péče o dítě. Je zde velký potenciál pro posílení sebevědomí a pohody žen, zároveň i možný poškozující dopad pro jejich psychickou, sociální i fyzickou pohodu. Emoce prožité u porodu si ženy pamatují i po mnoha letech. Stará znázornění porodu (z doby 30 000 až 10 000 let před naším letopočtem) znázorňující vždy rodičí ženu jako aktivní, hlavní velkou postavu ve vertikální poloze, případné pomocnice ji podpírají nebo chytají dítě někde pod ní.<sup>81</sup>

Je důležité zachovat ženám moc kontroly nad porodním procesem a porodní poloha může být jedním z prostředků jejího naplnění symbolickým i faktickým způsobem. V modelu péče zaměřené na ženu mohou ženy častěji svobodně měnit polohy a zaujímat je více instinktivně, v souladu s porodním procesem a tělesnými potřebami. Většina žen v tomto modelu péče zaujímá v závěru porodu polohy ve dřepu nebo kleku s předklonem. To se ukazuje i na datech české porodní asistentky, která i přes hrozící perzekuce ukázala statistiky z doprovodů u plánovaných domácích porodů ve srovnání s plánovanými doprovody do porodnic. Zdá se, že personál a prostředí v porodnicích vede k tomu, že žena častěji porodí v polohách na zádech, přestože jsou provázány a podporovány stejnou porodní asistentkou, ovšem ta je bez smlouvy v porodnici v jiné roli.<sup>82</sup> Zdá se, že ovlivnění polohy rodičí ženy je snadné. Pokud ji někdo směřuje do určité polohy, často nemá kapacitu pro sebeobhajobu a řešení čehokoli, když veškeré soustředění věnuje procházení porodními tlaky a sám porodní proces ji nastavuje na bezkonfliktní přijímání přítomnosti. (A někdy jde o prostou fyzickou přesilu personálu.)

Ovšem i porod neasistovaný (bez přítomnosti zdravotníka) či zcela o samotě je sociálně a kulturně ovlivněn. Ať již tím, co žena o porodu slyšela, četla a viděla, nebo tím, jaké předměty a prostředí okolo sebe má. Je rozdíl, pokud žena následuje potřeby svého těla a dynamicky zaujímá různé polohy podle tempa porodu, jeho fáze atd., nebo když zaujme polohu na základě svého intelektu, bez vnímání potřeb svého těla. Například pokud je v poloze na čtyřech, protože si o této poloze četla, ale zatím

---

81 Reed (2021).

82 Suchardová & Ryšavá (2022).

je na začátku porodu a poloha jí spíš nevyhovuje a vyčerpává ji. Ovšem v pozdějších fázích porodu bývá jednání více mimo volní kontrolu a vliv kultury se neprosazuje tak lehce.

#### 4.1 Medicínské rituály a jejich vliv

Rituály okolo porodu mají mimo jiné ochrannou úlohu. Mohou přinášet uklidnění a ukotvení ve chvílích dynamického procesu, který jinak nelze mít zcela pod kontrolou, a to jak lidem přítomným porodu, tak rodící ženě. Institucionalizace porodu vedla k proměně toho, co a jak je třeba primárně chránit a kdo se komu zodpovídá. Zatímco porodní bába byla za svou práci přímo zodpovědná rodině, o kterou pečovala, a záleželo na její pověsti, současný zaměstnanec nemocnice se zodpovídá zaměstnavateli a ochranné rituály jsou směřovány k naplnění doporučených postupů. Ochrana instituce se soustředí na situaci případného soudního sporu, a to v současném nastavení často vede k maximalizaci zásahů.<sup>83</sup> Jinými slovy, pokud jsou vedle sebe podobná nebo neznámá rizika při vyčkávání a při aktivním zásahu, preferovaný je vždy invazivní postup oproti vyčkávání. Nejvyšším možným medicínským zásahem je císařský řez. Jeho provedením se zdravotníci vyhnou tomu, čeho se obávají při soudním řešení případných komplikací vaginálního porodu – že jim bude vyčítáno, proč nebyl proveden. Souvislost mezi nárůstem císařských řezů a změnou medicínsko-právního prostředí je skutečně možné pozorovat.<sup>84</sup>

Porod a perinatální období je citlivé období, jehož průběh má výrazný potenciál ovlivnit budoucí zdraví ženy a dítěte. Může mít tzv. salutogenní efekt, tedy podpořit dobré zdraví ve všech jeho rovinách, tj. včetně psychické pohody. V kontextu teorie salutogeneze se porod stává více než jen prostředkem, jak bezpečně dostat dítě z matčina těla. Stává se potenciálním prostorem pro pozitivní transformaci pro matku a dítě neurohormonálně, psychicky, fyzicky a emocionálně pro celý jejich další průběh života.<sup>85</sup> Institucionalizace fyziologického porodu s sebou nese

---

83 Reed (2021).

84 Sachs (1989).

85 Downe et al (2020).

řadu iatrogenních zásahů, které mají dlouhodobý vliv na budoucí zdraví potomků prostřednictvím epigenetiky a mikrobiomu. Jedná se především o: podávání umělého oxytocinu při indukci (vyvolávání), augmentaci (urychlení) porodu a aktivním vedení třetí doby porodní (rutinní podání oxytocinu pro porod placenty); separaci matky a dítěte po porodu; profylaktické (preventivní) podávání antibiotik a císařský řez.<sup>86</sup>

*Císařský řez* nepochybně je život zachraňující operací, jejíž bezpečnost se v historii velmi zvýšila se zlepšením techniky provedení, šití a využitím antibiotik. Měl by se však využívat jen v nutných případech, kdy jeho přínosy převažují rizika. WHO dlouhodobě upozorňuje, že přijatelná a opodstatněná míra císařských řezů je v jednotlivých místech maximálně do 10–15 %. Při nadužívání nad tuto hranici nedochází ke zlepšování výsledků mortality/morbidity, ale naopak začínají převažovat rizika a krátkodobé i dlouhodobé negativní dopady pro zdraví dětí i matek.<sup>87</sup> Císařský řez je spojen s výrazně vyšší mateřskou mortalitou a morbiditou např. v důsledku silného krvácení či infekce, v dalších těhotenstvích se zvýšeným rizikem ruptury dělohy, abnormální placenty (vcestná nebo vrostlá placenta), mimoděložního těhotenství, předčasného porodu a porodu mrtvého dítěte.<sup>88</sup> Děti narozené plánovaným císařským řezem mají potíže s poporodní adaptací, především dechové potíže. Pokud se porod spustí sám, pomáhají katecholaminy v přípravě plic, počíná se vstřebávat fetální plicní tekutina, uvolňuje se plicní surfaktant a díky tomu je následně snazší pokles vaskulární plicní rezistence a dobrá poporodní adaptace (ať již závěr porodu proběhne jakkoli). Dětem po císařském řezu dále hrozí sepse a hypoglykémie, častěji jsou hospitalizovány na jednotce intenzivní péče.<sup>89</sup> Děti narozené císařským řezem mají sníženou diverzitu střevního mikrobiomu, změněný imunitní vývoj a produkci cytokinů, zvýšenou pravděpodobnost alergie, atopie, astmatu, diabetu 1. typu, některých maligních onemocnění včetně leukémií a několik studií sleduje i vliv na kognitivní funkce.<sup>90</sup> Později mají lidé narození císařským řezem vyšší pravděpodobnost obezity se všemi

86 Dahlen (2013).

87 Angolile et al. (2023). Podobné je i doporučení ohledně míry epiziotomií – nástřihů hráze.

88 Sandal (2018), Boutsikou & Malamitsi-Puchner (2011).

89 Boutsikou & Malamitsi-Puchner (2011).

90 Sandal (2018), Boutsikou & Malamitsi-Puchner (2011).

přidruženými potížemi.<sup>91</sup> Rozsáhlá studie termínových porodů v Dánsku ukázala zvýšené riziko idiopatických střevních zánětů, juvenilní revmatoidní artritidy, systémových onemocnění pojiva, poruch imunitního systému o 40 %, astmatu o 20 %, leukémie o 17 %.<sup>92</sup>

Po vaginálním porodu dojde k osídlení střev mateřskými bakteriemi (především *Bacteroides fragillis* a *Bifidobacteria*), po porodu císařským řezem jsou osídleny nemocničními bakteriemi (např. *Clostridia*). Zvýšená morbidita po císařském řezu může být způsobena nejen změněným mikrobiomem, ale také prostřednictvím epigenetických změn. Děti narozené císařským řezem například mají vyšší míru metylace DNA leukocytů. Epigenetické změny v průběhu porodu také nejspíš vedou k modifikacím chování a odlišným reakcím na stres v dospělosti.<sup>93</sup> Po císařském řezu dochází k větší separaci matek a dětí, není možný, či není umožňován kontakt kůže na kůži, kojení bývá problematické a krátké, což dále prohlubuje vyšší morbiditu u dětí i žen.<sup>94</sup>

V současné době stále dochází k výraznému nárůstu císařských řezů i bez vážné medicínské indikace, a to i v rozvojových zemích. Celosvětová míra císařského řezu vzrostla z přibližně 7 % v roce 1990 na 21 % v roce 2018 a očekává se jejich další nárůst. Mezi jednotlivými státy i mezi jednotlivými nemocnicemi se procento císařských řezů velmi liší a liší se i důvody jejich nadužívání. Mezi příčiny vysoké míry císařského řezu patří financování zdravotnictví a jeho politiky, kulturní normy, vnímání a praktiky, míra předčasných porodů a kvalita zdravotní péče. V soukromých zdravotnických zařízeních bývá vyšší míra císařských řezů motivovaná finančně.<sup>95</sup> Například v Indii dochází k nekontrolovatelnému nárůstu císařských řezů, v soukromých klinikách ve velkých městech probíhá tímto způsobem drtivá většina porodů.<sup>96</sup> WHO a další organizace vydávají doporučení pro snížení míry císařského řezu, mezi nimi je stanovení jeho finanční hodnoty shodné s platbou za vedení vaginálního porodu, poskytování informací o rizicích, individualizovaná

91 Angolile et al. (2023).

92 Sevelsted et al. (2015).

93 Boutsikou & Malamitsi-Puchner (2011).

94 Angolile et al. (2023).

95 WHO (2021).

96 Howindialivescom (2016).

péče porodní asistentky atd.<sup>97</sup> V Evropě se podle Euro-Peristatu míra císařských řezů v roce 2015 pohybovala od 16,1 % (Island) do 56,9 % (Kypr) bez důkazů, že vyšší čísla korelují s lepšími výsledky.<sup>98</sup>

Významnou problematikou jsou *farmakologické metody tlumení bolesti* jako je *epidurální analgezie*. Současné poznatky ukazují, že organismus má spolu s fyziologickou porodní bolestí k dispozici také fyziologický systém ochrany proti bolesti, který má další významné aspekty. Není možné cíleně eliminovat fyziologickou bolest tak, aby zároveň nedošlo k narušení těchto dalších procesů. V reakci na bolest tělo vyplavuje beta-endorfiny (podobné morfinu), které následně stimulují produkci prolaktinu, významného pro kojení a mateřské chování. Pokud je i díky beta-endorfinům neokortex v klidu, bolest není integrována do nervového systému a nezůstává v paměti, také oxytocin působí na ztrátu paměti. Naším cílem by tak neměl být bezbolestný porod (i když i ten je fyziologicky možný!), ale porod co nejvíce hladký a jednoduchý tak, aby bylo třeba co nejméně farmakologické asistence.<sup>99</sup>

Vlivy jednotlivých intervencí se špatně studují samostatně, protože většinou dochází ke kaskádě intervencí. Při podání epidurálu je vyšší pravděpodobnost, že se porod zpomalí a bude potřeba podat umělý oxytocin, což může opět zvýšit bolestivost a zhoršit ozvy dítěte na kardiokografickém monitoru (CTG), a zvyšuje se také pravděpodobnost, že porod skončí císařským řezem (například pro tíseň plodu nebo nepostupující porod). Epidurál snižuje produkci oxytocinu, prostaglandinu a beta-endorfinů.<sup>100</sup> Je možné, že rozšířené používání epidurálu odráží neschopnost podporovat ženu v endorfiny pozměněném stavu vědomí a kulturní preferenci, aby rodička byla klidná a povolná. Epidurál tak znemožňuje vrcholný hormonální koktejl, reflexivní vypuzení plodu, komplikuje rotaci dítěte, oslabuje jeho poporodní reflexy, schopnost kojení a má mnoho dalších vlivů.<sup>101</sup>

Epidurální analgezie v provozu zdravotnického zařízení často usnadňuje práci. Porodní asistentky mají na starost více žen a uvádí, že pokud

---

97 Angolile et al. (2023).

98 Vorlová (2022).

99 Odent (2013).

100 Buckley (2007).

101 Odent (2009), Buckley (2007).



má žena epidurál, je pro ně péče o ni snazší, taková žena bude spíš ležet než chodit po pokoji a bude vyžadovat méně péče. Epidurál tak nahrazuje chybějící sociální podporu porodní báby.<sup>102</sup> Bylo by však chybou domnívat se, že epidurální analgezie zvyšuje spokojenost žen s porodem. Ženy, které porodí bez léků, patří k těm, které jsou s porodem dlouhodobě nejvíce spokojené. Ženy rodící s epidurálem uváděly sice nejvyšší stupeň tišení bolesti, ale zároveň nejnižší stupeň spokojenosti s porodem, pravděpodobně kvůli souvisejícím zásahům jako je kontinuální CTG sledování plodu, infuze s oxytocinem atd. To, zda žena použije epidurální analgezii, velmi závisí na poskytovateli péče.<sup>103</sup>

Jednou z nejčastějších intervencí u porodu je *podání syntetického oxytocinu*. Podává se při indukci (vyvolávání), augmentaci (urychlení) porodu a aktivním vedení třetí doby porodní (rutinní podání oxytocinu pro porod placenty). Přirozeně vyplavovaný oxytocin se uvolňuje nejen do krevního řečiště, ale také do mozku a mozkomíšního moku, kde působí jako neuromodulátor. Tento pulzně vyplavovaný endogenní oxytocin v krvi spolu s dalšími mechanismy spouští ve vlnách jdoucí děložní kontrakce. V mozku má mnoho pozitivních vlivů na fyziologii ženy, snižuje úzkost, stres a bolest při porodu a zapíná mozková centra potěšení a odměn, přináší uvolnění, pocity štěstí, a především pozitivně ovlivňuje budoucí pečující/mateřské chování a kojení. Oxytocin podaný intravenózně nepřekonává hematoencefalickou bariéru a nemá na mozek stejný vliv a porody s ním bývají bolestivější.<sup>104</sup> Je tak vyšší pravděpodobnost, že při podání syntetického oxytocinu následně bude třeba také podání epidurální analgezie.

V závěru porodu, a především těsně po porodu může v ideálních podmínkách mateřský organismus dosáhnout vrcholných hladin oxytocinu. Toto vrcholné vyplavení oxytocinu je důležité pro bezpečný porod placenty, minimalizaci krevní ztráty, zahřátí kůže na prsou pro zahřátí dítěte a souvisí s vyplavením morfinu a prolaktinu. Oxytocin je však „plachý a stydlivý hormon lásky“, v této fázi může být snadno potlačen

---

102 Reed (2021).

103 Buckley (2007).

104 Uvnäs-Moberg et al. (2019).



adrenalinem,<sup>105</sup> zásahy a vyrušováním, *prvním ošetřováním a vyšetřováním novorozence, rychlým přerušováním pupečníku, oddělováním dítěte od matky* atd., tedy úkony, které je lepší provádět později a k jejichž rychlému provádění vedou provozní důvody zdravotnických zařízení jako je např. formální přesun odpovědnosti za péči o dítě v momentě přestřížení pupečníku z porodního týmu na pediatra, nutnost zadat do dokumentace o porodu údaje o váze dítěte, časový tlak. Dle doporučení WHO by měl být bezprostředně zajištěn kontakt matky a dítěte kůže na kůži pro prevenci hypotermie a podporu přísátí a kojení během první hodiny po porodu, a to včetně novorozenců s nízkou porodní váhou, koupání oddáleno minimálně 24 hodin po porodu. Kontakt matka-dítě by neměl být narušován ani následně, měli by mít společnou místnost 24 hodin denně.<sup>106</sup>

Ve většině zdravotnických zařízení jsou ženy častěji *vedeny k porodu v klasických polohách na zádech* (zda v polosedě či pololeže je vedlejší), v rámci péče porodní asistentky volí tuto polohu minimálně.<sup>107</sup> Nejen WHO dlouhodobě doporučuje podporovat rodící ženy v pohybu a zaujímání různých vertikálních poloh tak, jak je jim příjemné. Doporučuje pomáhat ženám zaujímat různé jimi preferované pozice, a to včetně žen s epidurální analgezií. Tento přístup snižuje četnost epiziotomie (zároveň zvyšuje míru přirozeného natržení II. stupně), instrumentálního porodu (s pomocí kleští nebo VEXu – vakuového extraktoru) i císařského řezu. To může z části souviset s tím, že při zaujímání různých vertikálních poloh dochází méně často k tísní plodu a abnormalitám v srdeční akci plodu. Aktivní pohyb a vertikální polohy zkracují délku porodu, snižují míru využití epidurální analgezie a usnadňují rotaci dítěte. Provázející osoby mohou ženám pomáhat zaujímat různé polohy, což pomáhá ke snížení bolesti nebo jejímu lepšímu zvládnutí a také zlepšuje prožitek žen/párů a následnou spokojenost s porodem. Většina žen si přeje mít možnost zaujímat různé vertikální pozice. Jiné polohy, než klasické polohy na zádech popisují jako příjemnější, méně bolestivé, usnadňující porod a také posilující.<sup>108</sup>

---

105 Odent (2009).

106 WHO (2018).

107 Suchardová & Ryšavá (2022).

108 Gizzo S. et al. (2014).

Výčet medicínských rituálů u porodu v tomto článku nemůže být kompletní. Je zajímavé, že doporučení WHO a dalších organizací často jsou proti rutinnímu užívání mnohých intervencí, některé nedoporučují vůbec, přesto se v praxi stále používají. Například WHO doporučuje u nízkorizikových žen nahradit kontinuální CTG (kardiotokografii) intermitentní auskultací (občasným krátkým poslechem) srdečních ozev plodu a CTG nedoporučuje ani při příjmu. CTG souvisí s omezením pohybu a tím často přispívá k tísní plodu, pro jejíž diagnostiku je určen.<sup>109</sup> Toto je jedna z intervencí, která přímo souvisí s atmosférou medicínského práva, kdy CTG záznam je vnímán jako ochrana zdravotníků před dopady možného soudního sporu.

To, že vysoká míra intervencí při porodu je především kulturní záležitostí (zvyšující se např. nehledě na věk rodičích žen), dokazují ohromné rozdíly mezi jednotlivými státy a mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Tyto rozdíly jsou i mezi českými porodnicemi se srovnatelnou velikostí – podobným počtem porodů a stejnou úrovní péče (základní péče, intermediární a perinatologická centra). Od května 2023 jsou dostupná základní data k jednotlivým porodnicím jmenovitě.<sup>110</sup> Máme tu porodnici, která v roce 2021 měla 5 % nástřihů hráze a porodnici, kde bylo 60 % nástřihů hráze z vaginálních porodů. Nejnižší míra císařských řezů byla 12 % a nejvyšší 42 % a míra indukcí (vyvolávání porodu) se pohybovala od 6 % do 35 %.

V minulosti v České republice svým přístupem i statistikami velmi vynikala porodnice ve Vrchlábí, která umožňovala porody do vody a jednu dobu zde tak probíhala většina porodů. Skvělé výsledky ukazují i srovnávací statistika. V letech 2000–2007, kdy porodnice ve Vrchlábí prožívala svůj vrchol, se procento epiziotomií pohybovalo od 2,1 % do 4,7 % a císařských řezů od 4,1 % do 9,9 %. Oproti tomu celorepublikový průměr v těchto letech byl od 46,6 % do 63,2 % epiziotomií a od 13,1 % do 20,0 % císařských řezů. I na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že porodnice ve Vrchlábí předběhla svoji dobu.<sup>111</sup>

109 WHO (2018).

110 Viz *ÚZIS: Vybrané ukazatele zdravotní péče v porodnicích ČR* (<https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--souhrnne-reporty>), a dále: <https://jaksekderodi.cz/ustecky-kraj/>, <https://apodac.org/data/>.

111 Pavlíková M. (2019): *Jak to bývalo ve Vrchlábí* [online]. [cit. 17. 9. 2020]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/jak-to-byvalo-ve-vrchlabi/>, in: Lorenzová & Raisnerová (2020).

## 4.2 Epigenetika a dlouhodobé vlivy zásahů do porodu

Epigenetika popisuje jevy, které mění genovou expresi, aniž by měnily samotnou sekvenci DNA. Jde např. o metylaci DNA, modifikaci histonů, změny ve struktuře a denzitě chromatinu. Tyto změny určují, které geny a jak moc budou aktivně využívány a které zůstanou neaktivní (i s vyšším rizikem jejich poškození a mutací). Epigenetické změny mohou být děděny i z generace na generaci. Kromě genomu tak potomci získávají epigenom, od matky navíc mikrobiom a mitochondrie s mitochondriální DNA. (V ženské linii je tu navíc přímý vliv prostředí na zárodečné buňky dalších generací – pokud těhotná žena čeká dítě ženského pohlaví, už během těhotenství jsou tu přítomny primární oocyty, buňky, ze kterých později mohou vzniknout její vnučata.) Škodlivé vlivy prostředí mění epigenetickou regulaci a mohou narušit celkovou genomickou stabilitu. Příným důsledkem epigenetických změn vlivem toxinů prostředí může být řada vážných onemocnění včetně rakoviny, neplodnosti a neurodegenerativních poruch.<sup>112</sup>

Faktory prostředí v perinatálním období ovlivňují epigenom novorozence. Jedná se o zvláště citlivé období, epigenom plodu nejspíš v rámci příprav na mimoděložní život prochází remodelací. Způsob porodu a zásahy v období porodu tak hrají významnou roli. Vliv na epigenom je popisován u následujících postupů u porodu: podání syntetického oxytocinu, epidurální analgezie, antibiotická profylaxe a císařský řez. Podání syntetického oxytocinu může ovlivňovat neurologický vývoj dětí a zvyšovat riziko ADHD a poruch autistického spektra.<sup>113</sup> Preventivně podaná antibiotika jsou dávana do souvislosti s následným nepříznivým zdravotním stavem včetně obezity, atopií.<sup>114</sup>

Objevení principů epigenetiky činí přijatelnou myšlenku, že nepoužívané orgány či funkce slábnou a v průběhu generací zakrňují. Díky císařským řezům a syntetickému oxytocinu se náš fyziologický oxytocinový systém stává nepotřebným. Jedná se o bezprecedentní situaci, která může mít rychlé dopady v populaci. Této situaci již předcházelo dlouhé období kulturních zásahů, které bránily vyplenění nejvyššího množství

112 Dahlen et al. (2013).

113 Kurth & Hausmann (2011) a Dahlen (2013).

114 Dahlen et al. (2013).

oxytocinu v době seznamování matky a dítěte krátce po porodu. V oblastech, kde se oxytocinový systém využívá (genitální sexualita, schopnost rodit, kojít a schopnost empatie) můžeme pozorovat narůstající potíže. Michel Odent vytvořil hypotézu, že je to v důsledku již pozorovatelného úpadku fungování oxytocinového systému.<sup>115</sup> Z dostupných statistik vyplývá, že u porodů dochází k vyšší míře komplikací. Americká studie porovnávající délku spontánních porodů jednoho dítěte v poloze hlavičkou v letech 1959–1966 a 2002–2008 ukázala, že došlo k prodloužení průměrné délky doby porodní o dvě a půl hodiny u prvních porodů a o dvě hodiny u dalších porodů.<sup>116</sup>

Císařský řez odstraňuje přirozený výběr a limity, které by bránily dalšímu rozvoji mozku. Velikost našeho mozku, tedy především velikost neokortexu, dosáhla svých limitů tak, aby byl možný průchod bipední pánví. Je tu ještě jeden hraniční limit, kterého náš mozek dosáhl. Neokortex má sílu tlumit funkce starších struktur mozku, což může komplikovat mimovolní procesy jako je právě porod. Vyvinutější mozek by tak již porod neumožnil, nejen svou velikostí ale také funkcí. U francouzského buldočka k tomu již došlo.<sup>117</sup>

#### 4.3 Rituály kultury přirozeného porodu

Hnutí za přirozený porod vzniklo jako reakce na velmi silné medicínské technologické a farmakologické řízení porodního procesu. Ovšem samo nastolovalo mnoho kulturních metod a postupů proto, aby porod mohl být „přirozený“. Od poloviny 20. století začaly v kulturním podmiňování porodu hrát roli teorie a metody. Pavlovova teorie podmíněných reflexů vedla ke vzniku psychoprofylaktických metod a škol přirozeného porodu nejen mužů – porodníků. Výraznou roli hraje osoba, která porod vede, koučuje, podporuje. Mnoho slov a obrazů přináší poselství, že žena nemůže porodit sama, bez přípravy, podpory a pomoci dalších osob, odborníků.<sup>118</sup> Zesilují se tím dřívější přesvědčení a rituály, které také obsahovaly intervence a pomoc dalších osob. Pokud žena porodí hladce

115 Odent (2013).

116 Laughon et al. (2012).

117 Odent (2013).

118 Tamtéž.

a překotně, ve vyplavení vysokých hladin oxytocinu a vrcholu v prožívání porodu jí brání stres, často stres otce, který panikaří, protože má vžitě, že po porodu se přeci musí hned něco udělat, někdo musí přestříhnout pupeční šňůru atd.<sup>119</sup> Ještě před vzestupem medicíny a techniky tu totiž bylo množství kulturních zásahů narušujících především citlivé chvíle těsně po porodu dítěte. V mnoha jazycích jsou termíny, které popisují pasivní roli ženy, kterou někdo jiný „odrodil“. Jak říká Odent: „Po tisíce let byla základem našeho kulturního podmínění spojeného s porodem představa, že žena není schopná porodit sama, že nedokáže porodit bez nějakého kulturního zásahu.“<sup>120</sup>

Moderní fyziologie popisuje porod jako mimovolní proces, který řízen archaickými strukturami mozku a z nich se vyplavujícím hormonálním koktejlem. Podmínky okolo mohou tento proces chránit a umožňovat, nebo komplikovat a inhibovat. Není možné mimovolní proces vést. Michel Odent popisuje z hlediska fyziologie jako ideální podmínky pro porod teplou tichou místnost, kde je šero a v rohu sedí zkušená porodní bába a plete. Bude však podle něho trvat ještě delší dobu, než se moderní vědě podaří změnit zažité paradigma aktivního vedení porodu.<sup>121</sup>

V rámci kultury, která se snaží o co nejvíce přirozený porod, se šíří mnohá doporučení, která nemusí být prospěšná. Například obecně WHO doporučuje, aby žena jedla a pila dle potřeby.<sup>122</sup> Někteří lidé mají tendenci rodičím ženám opakovaně nabízet rychlé cukry podobně jako u sportovního výkonu. Ukazuje se ale, že metabolismus u porodu tráví především tuky a podávání cukru může vést např. k hypoglykémii dítěte po porodu. Snad ještě častěji bývá ženám nabízeno pití. U porodu vylučovaný oxytocin a vazopresin však působí antidiuretický, čímž předchází plnému močovému měchýři, který by mohl bránit v postupu porodu. Jednoduše stačí, když žena pije, pokud cítí žízeň.<sup>123</sup> Dalším problémem může být plošné a rutinní používání bylin a dalších metod, které vyžadují individuální přístup. Jedním z problémů opět je poselství ženám, že bez vnější pomoci jejich tělo nefunguje.

---

119 Odent (2009).

120 Odent (2013, s. 64).

121 Tamtéž.

122 WHO (2018).

123 Odent (2013).

Můžeme si klást také otázky, zda je přirozené, aby žena využívala podpory blízkých osob, aby rodila v místnosti s postelí nebo do bazénku, aby využívala aromaterapii a hudbu atd. Mnohem větší smysl pro praxi ale mají spíš otázky po tom, co je prospěšné pro ženu a dítě, co je etické, respektující a jak to zajistit. Po svědomitém a nemanipulativním podání aktuálně dostupných informací nezbyvá než plně respektovat individuální volby. Ženy mají k dispozici ještě další zdroje informací – informace o vlastním těle, povaze, zvládání zátěžových situací, instinktivní vnímání potřeb svých i dítěte, které jsou jako spojené nádoby.

„Do konfrontace s techno-medicínským věděním přichází ženy především kvůli tomu, že mají své vlastní porodní vědění, které je postaveno na intuici a informacích, které jim dává jejich vlastní tělo. Toto osobní vědění žen přichází do rozporu s věděním lékařů, kteří na něj velmi často neberou ohled a jednají se zásadami racionálně vědeckého přístupu, který stojí v opozici emocionalitě a intuici.“<sup>124</sup>

## 5. Závěrem

Snaha o podporu fyziologického porodu bývá popisována jako snaha o návrat zpět, návrat k přirozenosti. Je otázkou, do jakého období by ten návrat byl. Různé kulturně podmíněné zásahy do perinatálního období, především do fáze těsně po porodu, tedy do citlivého období, ve kterém dochází k prohlubování vztahu matka-dítě, adaptaci dítěte na nové prostředí a adaptaci ženy pro péči o toto dítě, se objevovaly v nejrůznějších kulturách po tisíciletí. Časté byly např. pověry narušující příjem kolost-ra, prvních forem mateřského mléka. Velmi výraznou změnou v porodní péči byla novověká konstrukce paternalistické péče s návaznou silnou medicinalizací porodu.<sup>125</sup>

Současné globální potíže (epidemie vyvolávaných porodů, císařských řezů, nadužívání umělého oxytocinu atd.) jsou z evolučního pohledu velmi nové a přináší bezprecedentní situaci. Jen minimum porodů pro-

124 Šnejdarová (2011, s. 58).

125 Odent (2013).

běhne kompletně pouze pod vlivem vlastních hormonů, je narušeno transgenerační předávání mikrobiomu, císařský řez odstraňuje evoluční bariéry např. pro další zvětšování mozku atd. Můžeme si klást otázku, zda člověk domestikuje sám sebe natolik, že lidstvo nebo jeho část dopadne jako francouzský buldoček, což je plemeno psa, pro které je císařský řez nezbytností a schopnost přirozeného porodu ztrácí/ztratil. Díky syntetickým hormonům zdánlivě nepotřebujeme vlastní koktejl hormonů lásky. Můžeme pozorovat určité zhoršování schopností rodit, kojít, pohlavně se rozmnožovat i schopností empatie a nárůst specifických poruch chování. Je otázka, nakolik je to přímým vlivem kultury a nakolik už je ovlivněno fungování našeho oxytocinového systému (produkce oxytocinu, jeho neuromodulační účinek, jeho pulzatilní uvolňování, tvorba oxytocinových receptorů). Michel Odent ve své knize *Porod a budoucnost Homo sapiens* píše:

„Můžeme očekávat oslabení tohoto fyziologického systému, což může mít dalekosáhlé následky, neboť oxytocin se podílí na všech aspektech našeho reprodukčního a sexuálního života, v socializaci a na veškerých aspektech naší schopnosti milovat. K té patří i respekt k ‚Matce Zemi‘.“<sup>126</sup>

Stále platí, že výrazné narušení nastává především ve chvílích těsně po porodu, které jsou důležité pro tvorbu vazby mezi matkou a dítětem a pro vztahovost dítěte vůbec. Trauma není jen to, co s člověkem provede jeho vnitřní prožívání katastrofické události, ale i absence toho dobrého, co měl zažít. Novorozeně separované od matky v kritické fázi prožívá silné trauma nehledě na to, zda kolem probíhá válka nebo jen rituály porodní péče.<sup>127</sup>

Hnutí za přirozený porod vychází z poznatků fyziologie procesů porodu, které dokládá a objevuje právě moderní věda a její technologie. A tak je možné doložit i jinými způsoby zřejmé a poznatelné potřeby člověka, tedy např. že dítě patří k matce atd., což je velmi pozitivní.

<sup>126</sup> Tamtéž.

<sup>127</sup> Gabor Maté např. na vystoupení k filmu *Moudrost traumatu* 25. května 2022 v Praze, viz TPS Remízek (2022).



Máme k dispozici nástroje k ovlivnění vlastní budoucnosti. Dalo by se tak říct, že jde o vývoj vpřed, v rámci iluze lineárního pokroku, který přináší anglosaská věda.<sup>128</sup> Z jiného úhlu pohledu je to poučení ze slepé uličky a hledání rovnováhy – v rámci podpory fyziologického průběhu porodu se nikdo nezříká vymožeností moderní medicíny a její záchranné role v nutných případech.

V reakcích na výzkumy o potřebách rodičích žen a rodičích se dětí se objevují hlasy lidí, kteří ke stejným závěrům došli prostřednictvím své intuice a někdy až s výsměchem znevažují možný přínos vědy pro svůj život. Ovšem pak je i množství směrů, které podporují přirozenost porodu způsoby, které jdou proti zjištěným principům fyziologie porodního procesu a kde racionální podpora evidence chybí. Není možné koučovat mimovolní proces, není prospěšné, aby příprava k porodu a podpora během něj byla založena jen na stimulaci neokortexu atd.

To, jak společnost, a především zdravotníci vnímají porod a jaké znalosti o neurohormonálních procesech porodu mají, má zásadní vliv na průběh a prožívání porodu. Pokud zdravotníci vnímají porod jako součást sexuálního života, poskytují kvalitnější péči a zvyšují následnou spokojenost žen s porodem. Porodní asistentky znalé fyziologie a sexuálních aspektů porodu jsou schopné zajistit citlivou péči, vhodné intimní prostředí, povzbudit zdravé sexuální vztahy, odbourávat kulturní stigma a případný stres a obavy u porodu. Stimulace neokortexu, tedy i světlo, otázky, mluvené slovo, snaha o „civilizovanou sebekontrolu“ svých projevů a chování u porodu, pocit pozorování apod. mohou výrazně brzdit/komplikovat porod. Naštěstí se zdá, že ve vhodných podmínkách jsou instinktivní a reflexivní schopnosti spojené s rozmnožováním dobře funkční a takzvaně vybavitelné.

## Literatura

Abalos, E., Oladapo, O. T., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., Bonet, M., Souza, J. P. & Gülmezoglu, A. M. (2018): „Duration of spontaneous labour in ‚low-risk‘ women with ‚normal‘ perinatal outcomes: A systematic review.“ *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*

---

128 Komárek (2005).



- [online]. (223, Apr.): 123–132. [cit. 2. 12. 2023]. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2018.02.026.
- Angolile, C. M., Max, B. L., Mushemba, J. & Mashauri, H. L. (2023): „Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action.“ *Health Sci Rep* [online]. 6 (5): e1274. [cit. 2. 12. 2023]. DOI: 10.1002/hsr2.1274.
- Ayerle, G. M., Schäfers, R., Mattern, E., Striebich, S., Haastert, B., Vomhof, M., Icks, A., Ronniger, Y. & Seliger, G. (2018): „Effects of the birthing room environment on vaginal births and client-centred outcomes for women at term planning a vaginal birth: BE-UP, a multicentre randomised controlled trial.“ *Trials* 19 (1): 641. DOI: 10.1186/s13063-018-2979-7.
- Boutsikou, T. & Malamitsi-Puchner, A. (2011): „Caesarean section: impact on mother and child.“ *Acta Paediatr* 100 (12):1518–22. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2011.02477.x.
- Buckley, S. J. (2007): „Epidurals: risks and concerns for mother and baby.“ *Midwifery Today Int Midwife* (81): 21–23, 63–66. Dostupné také z: <https://sarahbuckley.com/epidurals-risks-and-concerns-for-mother-and-baby/>.
- Camargo, J., Araújo, N., Catão, L., Sarubbi, V. jr., Silva, L. C., Nené, M. & Grande, M. C. (2021): „Sexuality and childbirth: a qualitative analysis of women who had a waterbirth.“ *Culture, Health & Sexuality* [online]. 23 (7): 1006–1013 [cit. 15. 9. 2023]. DOI: 10.1080/13691058.2020.1742384.
- Crossin, P. (2021): „Pain and pleasure in the birthing room: understanding the phenomenon of orgasmic birth.“ *British Journal of Midwifery* [online]. 29 (8): 464–471 [cit. 15. 9. 2023]. DOI: 10.12968/bjom.2021.29.8.464.
- Dahlen, H. G., Kennedy, H. P., Anderson, C. M., Bell, A. F., Clark, A., Foureur, M., Ohm, J. E., Shearman, A. M., Taylor, J. Y., Wright, M. L., & Downe, S. (2013): „The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes.“ *Med Hypotheses* [online]. 80 (5): 656–662. [cit. 16. 12. 2023]. DOI: 10.1016/j.mehy.2013.01.017.
- Davis, E. & Pascali-Bonaro, D. (2014): *Orgasmický porod: jak bezpečně*

*a příjemně porodit.* Argo, Praha.

- Davis-Floyd, R. & Davis, E. (1996): „Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth.“ *Medical Anthropology Quarterly* [online]. 10 (2): 237–269 [cit. 15. 9. 2023]. DOI: 10.1525/maq.1996.10.2.02a00080.
- Dhar, N., Chaturvedi, S. K. & Nandan, D. (2013): „Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective.“ *WHO South East Asia Journal of Public Health* [online]. 2 (1): 3–5 [cit. 11. 9. 2023]. DOI: 10.4103/2224-3151.115826.
- Dick-Read, G. (1944): *Childbirth without fear: The principles and practices of natural childbirth.* Harper and Brothers, New York.
- Dick-Read, G. (1933): *Natural Childbirth.* Heineman, London.
- Downe, S., Calleja Agius, J., Balaam, M. C. & Frith, L. (2020): „Understanding childbirth as a complex salutogenic phenomenon: The EU COST BIRTH Action Special Collection.“ *PLoS One* [online]. 15 (8): e0236722. [cit. 16. 12. 2023]. DOI: 10.1371/journal.pone.0236722.
- ENCA (2023): *ENCA* [online]. The European Network of Childbirth Associations, © 2023 [cit. 20. 11. 2023]. Dostupné z: <https://enca.info/>.
- Ezrová, M. (2014): *Antropologie porodu.* Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha.
- Ferguson, J. K. W. (1941): „A study of the motility of the intact uterus at term.“ *Surg Gynecol Obstet* 73 (3): 359–366.
- Gaskin, I. M. (2010): *Zázrak porodu.* One Woman Press, Doubice.
- Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Nardelli, G. B. (2014): „Women’s choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy.“ *Biomed Res Int.* 2014: 638093. DOI: 10.1155/2014/638093.
- Grylka-Baeschlin, S. & Devane, D. (2019): „Zhang’s guideline to assess labour progression.“ *Lancet* [online]. 393 (10169): 300–301. [cit. 2. 12. 2023]. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32274-8.
- Hanulík, V. (2017): „V péči chladného muže. Institucionalizace

- porodnické péče v první polovině 20. století.“ *Dějiny a současnost* 39 (10): 20–23.
- Hájek, Z., Čech, E., Maršál, K. a kol. (2014): *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Grada Publishing, Praha.
- Hendrych Lorenzová, E. & Raisnerová, I. (2020): *Being a happy midwife / Být šťastná porodní asistentka*. 1. vyd. Západočeská univerzita v Plzni, Plzeň. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/42792/3/e-book.pdf>.
- Hofmeyr, G. J., Bernitz, S., Bonet, M., Bucagu, M., Dao, B., Downe, S., Galadanci, H., Homer, C., Hundley, V., Lavender, T., Levy, B., Lissauer, D., Lumbiganon, P., McConville, F. E., Pattinson, R., Qureshi, Z., Souza, J. P., Stanton, M. E., Ten Hoop-Bender, P., Vannevel, V., Vogel, J. P. & Oladapo, O. T. (2021): „WHO next-generation partograph: revolutionary steps towards individualised labour care.“ *BJOG* [online]. 128 (10):1658–1662. [cit. 2. 12. 2023]. DOI: 10.1111/1471-0528.16694.
- Howindialivescom (2016): „The Alarming Increase of Caesarean Births in India.“ In *LiveMint.com* [online]. 6. 1. 2016 [cit. 12. 11. 2023]. Dostupný z: <https://www.livemint.com/Politics/z3S7GLR5mayCDE9QokRzSI/The-alarming-increase-in-caesarean-births-in-India.html>.
- Jadrná Matějková, H. (2016): „Neznalé“ báby a „vzdělaní“ lékaři?: konstrukce (ideální) porodní báby a strategie vytváření autority ve spisech autorek a autorů raně novověkých porodnických příruček z německojazyčných oblastí. Nakladatelství Lidové noviny, Praha.
- Khajehei, M. & Doherty, M. (2018): „Women’s experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: a qualitative survey.“ *British Journal of Midwifery* [online]. 26 (5): 318–328 [cit. 15. 9. 2023]. DOI: 10.12968/bjom.2018.26.5.318.
- Kitzinger, S. (2011): *Rediscovering Birth*. Pinter & Martin, London.
- Kolmanová, S. (2015): *Znovuzrozená*. Soňa Kolmanová, Praha.
- Komárek, S. (2005): *Spasení těla: moc, nemoc a psychosomatika*. Mladá fronta. Kolumbus, Praha.
- Königsmarková, I. (2006): *Hovory s porodní bábou: rozhovor Jany*

*Doležalové s registro-vanou porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou.* Argo, Praha.

- Kurth, L. & Haussmann, R. (2011): „Perinatal Pitocin as an early ADHD biomarker: neurodevelopmental risk?“ *J Atten Disord* 15 (5): 423–431. DOI: 10.1177/1087054710397800.
- Lamaze, F. (1972): *Painless Childbirth the Lamaze method.* Pocket Books, New York.
- Laughon, S. K., Branch, D. W., Beaver, J. & Zhang, J. (2012): „Changes in labor patterns over 50 years.“ *Am J Obstet Gynecol* 206 (5): 419.e1–419.e9. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.03.003.
- Leboyer, F. (1995): *Porod bez násilí.* Stratos, Praha.
- Leeners, B., Görres, G., Block, E. & Hengartner, M. P. (2016): „Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse.“ *Journal of Psychosomatic Research* [online]. 83: 27–32 [cit. 15. 9. 2023]. DOI:10.1016/j.jpsychores.2016.02.006.
- Lenderová, M., Tinková, D. & Hanulík, V. (2014): *Tělo mezi medicínou a disciplínou: proměny lékařského obrazu a ideálu lidského těla a tělesnosti v dlouhém 19. století.* Nakladatelství Lidové noviny, Praha.
- Lenderová, M. (2019): *Ženy s kufříkem a nadějí: porodní báby a asistentky v českých zemích od poloviny 19. do poloviny 20. století.* Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, Praha.
- Mansfield, B. (2008): „The social nature of natural childbirth.“ *Soc Sci Med* [online]. 66 (5):1084–1094 [cit. 2. 12. 2023]. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.11.025.
- Marek, V. (2002): *Nová doba porodní.* Eminent, Praha.
- Mayberry, L. & Daniel, J. (2016): „„Birthgasm.““ *Journal of Holistic Nursing* [online]. 34 (4): 331–342 [cit. 15. 9. 2023]. DOI:10.1177/0898010115614205.
- Mendelsohn, R. S. (2014): *Mužský přístup, aneb, Jak lékaři manipulují se ženami.* Malvern, Praha.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M. et al. (2016): „Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide.“ *The Lancet* (British edition)

[online]. Elsevier, New York, 388 (10056): 2176–2192 [cit. 18. 12. 2023].

Na porodu záleží (2023): „S Kristinou Zemánkovou o sexualitě porodu.“ In *Mamacast* [online]. Na porodu záleží.cz, 30. 12. 2023 [cit. 31. 12. 2023]. Dostupné z: [https://naporoduzalezi.cz/mamacast/?fbclid=IwARooJLAvj5719I3clFSOwO5Y8kbm5hUfuCfFftgNqfa-Ux5098GhwI\\_KE9A](https://naporoduzalezi.cz/mamacast/?fbclid=IwARooJLAvj5719I3clFSOwO5Y8kbm5hUfuCfFftgNqfa-Ux5098GhwI_KE9A).

Nerudová, A. (2014): *Porod jako sexuální prožitek*. Bakalářská práce [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Olomouc. [cit. 15. 9. 2023]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/bd05ux?info=1>.

Nerudová, N. E. (2018): *Násilí v porodnictví*. Diplomová práce. [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Olomouc. [cit. 15. 9. 2023]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/jz8nv6/>.

Neubertová Zemánková, K. (2014): *Vliv prožitku porodu na sexualitu ženy*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Olomouc.

Neumann, S. K. (1999): *Dějiny ženy: populárně sociologické, etnologické a kulturně historické kapitoly*. Otakar II., Praha. (1. vydání Melantrich 1931–1932).

Newton, N. (1987): „The fetus ejection reflex revisited.“ *Birth* 14 (2): 106–108. DOI: 10.1111/j.1523-536x.1987.tb01464.x. PMID: 3663303.

Newton, N., Foshee, D. & Newton, M. (1966): „Experimental inhibition of labor through environmental disturbance.“ *Obstet Gynecol* 27 (3): 371–377. PMID: 5909557.

Odent, M. (1987): „The fetus ejection reflex.“ *Birth* 14 (2): 104–105. DOI: 10.1111/j.1523-536x.1987.tb01463.x. PMID: 3663302.

Odent, M. (1999): *The scientification of love*. Free Association Books, New York; český překlad (J. Florian) *Láska jako věda*, SZ, Praha, 2001.

Odent, M. (2009): *The functions of the orgasms: the highways to transcendence*. Pinter & Martin Limited; český překlad (M. Šloncová a K. Meissnerová) *Přirozené funkce orgasmů při*

*milování, porodu a kojení: přímá cesta k transcendenci*, Maitrea, Praha, 2013.

Odent, M. (2013): *Childbirth and the Future of Homo sapiens*. Pinter & Martin Limited ; český překlad (K. Meissnerová) *Porod a budoucnost homo sapiens*, Maitrea, Praha, 2014.

*Orgasmic Birth: The Best-Kept Secret* [dokumentární film]. Režie D. Pascali-Bonaro, USA, Seedsman Group, 2009.

Pašková, S. (2018): *Pojem „porodnické násilí“ v současném právním a medicínském diskursu* Diplomová práce. [online]. Masarykova univerzita, Právnická fakulta, Brno. [cit. 15. 9. 2023]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/bcofb/>.

Postel, T. (2013): „Childbirth climax: The revealing of obstetrical orgasm.“ *Sexologies* [online]. 22 (4): e89–e92 [cit. 15. 9. 2023]. DOI: 10.1016/j.sexol.2013.03.011.

*Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Český ekumenický překlad. 3. přeprac. vyd. Česká biblická společnost, Praha, 1993.

Reed, R. (2018): *Why induction matters*. Pinter & Martin, Londýn.

Reed, R. (2021): *Reclaiming childbirth as a rite of passage*. World Witch Press, Australia; český překlad (E. L. Burešová) *Návrat k porodu jako k přechodovému rituálu*, Minty Fox, Praha 2023.

Reich, W. (1993): *Funkce orgasmu*. Concordia, Praha.

Shostak, M. (1993): *Nisa, dcera Kungů: Intimní život ženy mizejícího světa*. Mladá fronta, Praha.

Sachs, B. P. (1989): „Is the Rising Rage of Cesarean Sections a Result of More Defensive Medicine?“ In *Medical Professional Liability and the Delivery of Obstetrical Care: Volume II: An Interdisciplinary Review* [online]. National Academies Press, Washington. [cit. 11. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218656/>.

Sandal, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016): „Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women.“ *Cochrane database of systematic reviews* [online]. 2016 (4) [cit. 2. 12. 2023]. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

- Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., Gibbons, D., Kelly, N. M., Kennedy, H. P., Kidanto, H., Taylor, P. & Temmerman, M. (2018): „Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children.“ *Lancet* [online]. 392 (10155): 1349–1357. [cit. 9. 12. 2023]. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31930-5.
- Sevelsted, A., Stokholm, J., Bonnelykke, K. & Bisgaard, H. (2014): „Caesarean Section and Chronic Immune Disorders.“ *Pediatrics* 135 (1): e92–e98. DOI: 10.1542/peds.2014-0596.
- Srp, B. (2014): „Definice porodu.“ In *Porodnictví*, Z. Hájek, E. Čech, K. Maršál a kol. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Grada Publishing, Praha, 2014, s. 175.
- Suchardová, M. & Ryšavá, L. (2022): „Fyziologický porod a komunitní porodní asistence.“ *Moderní gynekologie a porodnictví* 29 (4): 358–369. Dostupné z: [http://www.tehotnebrisko.cz/images/Fyzporod\\_a\\_komporodasistence.pdf](http://www.tehotnebrisko.cz/images/Fyzporod_a_komporodasistence.pdf).
- Šnejdarová, A. (2011): *Dichotomie porodu*. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta filozofická, Katedra antropologických a historických věd. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/4310/1/DP-Snejdarova.pdf>.
- Tinková, D. (2010): *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Argo, Praha.
- TPS Remízek (2022): „The wisdom of trauma“ In *Moudrost traumatu* [online]. Video z vystoupení Dr. Gabora Maté z 25. 5. 2022 [cit. 12. 12. 2023]. Dostupný na: <https://thewisdomoftrauma.com/cz/>.
- Trevathan, W. R. (1987): *Human Birth: An Evolutionary Perspective*. Aldine de Gruyter, New York.
- Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., Kotłowska, A., Lengler, L., Kielbratowska, B., Leon-Larios, F., Magistretti, C. M., Downe, S., Lindström, B. & Dencker, A. (2019): „Maternal plasma levels of oxytocin during



physiological childbirth – a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin.“ *BMC pregnancy and childbirth* 19 (1): 285. DOI: 10.1186/s12884-019-2365-9.

Úzis: „Národní registr reprodukčního zdraví.“ In *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha, 2024 [cit. 12. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/nrrz>.

Vorlová, D. (2022): „Proč je důležité zabývat se normalitou porodního procesu.“ In *Střípky z pediatricko-porodnického ošetrovatelství, sborník abstraktů příspěvků z mezinárodní konference*. Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě, s. 41–51. Dostupné z: <https://www.slu.cz/file/cul/36b2fb34-de3e-4f80-9805-df825d3ca01b>.

Weckend, M., Davison, C. & Bayes, S. (2022): „Physiological plateaus during normal labor and birth: A scoping review of contemporary concepts and definitions.“ *Birth* 49 (2): 310–328. DOI: 10.1111/birt.12607.

WHO (1999): *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. World Health Organization, Ženeva. Česky dostupné např. z: [https://www.unipa.cz/wpcontent/uploads/2019/06/WHO\\_Pece\\_v\\_prubehu\\_normalniho\\_porodu-1.pdf](https://www.unipa.cz/wpcontent/uploads/2019/06/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu-1.pdf).

WHO (2015): *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-based Childbirth* [online]. Switzerland: World Health Organization, © 2015 [cit. 1. 12. 2023]. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1).

WHO (2018): *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. [online]. World Health Organization, Geneva, © 2018 [cit. 9. 12. 2023]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>; česky: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/10/WHO-p%C3%A9%C4%8De-p%C5%99i-porodu-CZ-libre-2.1.pdf>.

- WHO (2021): „Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access.“ In *World Health Organization* [online]. World Health Organization, 16. 6. 2021 [cit. 12. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>.
- Wickham, S. (2023): What is a labour plateau? In *Dr Sara Wickham* [online]. 30. 12. 2023 [cit. 31. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.sarawickham.com/quotes-and-shares/in-celebration-of-plateaus/>.
- Wilhelmová, R. (2021): *Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II* [online]. 1. vyd. Masarykova univerzita, Brno, publikováno na Elportále. [cit. 15. 9. 2023]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/elportal/?id=1766378>.
- Yeniél, A. O. & Petri, E. (2014): „Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts.“ *International Urogynecology Journal* [online]. 25 (1): 5–14 [cit. 15. 9. 2023]. DOI: 10.1007/s00192-013-2118-7.

## Abstract

### **Naturalness in childbirth – examples of the interconnectedness of culture and biology from the point of view of a midwife**

Childbirth is an important event at the beginning of our lives. The period around childbirth is a critical period for the future health of the woman and the child, as well as for entire future generations. Childbirth, and especially its sensitive postpartum phase, was and is the target of various cultural interventions and established rituals. Significant changes in childbirth care occurred with the development of surgery and obstetrics and with the subsequent institutionalization, technologization and medicalization of childbirth. “Male” obstetrics has assumed a dominant role over the original midwifery, even for uncomplicated births. In response to these changes, the natural birth movement arose. International professional organizations also draw attention to the danger of an epidemic of excessive intervention in childbirth, which brings fatal complications in the present and risks for the future. From a global perspective, the most striking fact is that very few births passed using just their own neurohormonal control, with their own cocktail of “love hormones”. Redundant interventions can lead to rapid im-

pact on subsequent generations through epigenetic changes (e.g. direct effect on the female fetus in utero) and intergenerational transmission of the microbiome. Thanks to modern knowledge, we cannot neglect the influence of stress hormones etc., enabling the intergenerational transmission of trauma. Are we capable of a return or modern development to the mostly so-called natural childbirth? What does natural birth actually mean and where are the boundaries between instinctive behavior and cultural conditioning?

Key words: birth, nature, birth care, culture, ritual

Škvorová, A. (2023): „Přirozenost u porodu – příklady provázanosti kultury a biologie pohledem porodní asistentky.“ *Filosofie dnes* 15 (2): 43–92. Dostupné z [www.filosofiednes.ff.uhk.cz](http://www.filosofiednes.ff.uhk.cz)