

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

DICHOTOMIE PORODU

Bc. Andrea Šnejdarová

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra antropologických a historických věd

Studijní program Antropologie

Studijní obor Sociální a kulturní antropologie

Diplomová práce

DICHOTOMIE PORODU

Bc. Andrea Šnejdarová

Vedoucí práce:

Mgr. Daniel Sosna, Ph.D.

Katedra antropologických a historických věd

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2011

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, červen 2011

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. Danielu Sosnovi, Ph.D., který mi umožnil pracovat na tomto tématu a poskytl mi v rámci celého studia mnoho cenných informací, které jsem zde mohla uplatnit. Dále patří velké poděkování Petře Severové a ostatním ženám, které mi daly možnost pracovat s jejich osobními porodními příběhy.

Obsah

1	ÚVOD	1
2	DICHOTOMIE PORODNICTVÍ	4
2.1	Historie.....	4
2.2	Autoritativní vědění.....	10
2.3	Přirozený vs. medikalizovaný porod.....	13
2.4	Racionalita vs. intuice.....	16
3	PORODNICTVÍ V ČR	19
3.1	Inovace porodnictví.....	19
3.2	Postoje veřejnosti k poskytovaným službám.....	20
3.3	Postoje porodního personálu ke klientkám.....	22
3.4	Alternativy porodu.....	23
4	METODOLOGIE	25
4.1	Výzkumné otázky.....	25
4.2	Metoda výzkumu.....	27
4.3	Sběr dat.....	28
4.4	Jednotka analýzy.....	30
4.5	Metoda analýzy dat.....	31
5	VÝSLEDKY A INTERPRETACE DAT	32
5.1	Porod v nemocnici a techno-medicínské vědění.....	32
5.1.1	Postoj k porodu v porodnici.....	32
5.1.2	Postoj k techno-medicínskému autoritativnímu vědění.....	36
5.1.3	Alternativní porodní vědění.....	40

5.2	Podpora v rozhodnutí rodit doma.....	43
5.2.1	Podpora partnera.....	44
5.3	Nabývání informací a důvěry k domácímu porodu	49
5.3.1	Zdroje informací.....	50
5.3.2	Důvěra v domácí porod.....	53
5.3.3	Ideální varianta porodu.....	55
6	DISKUZE.....	57
7	ZÁVĚR.....	62
8	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	65
9	RESUMÉ.....	74
10	PŘÍLOHY	75
10.1	Medailonky respondentů	75

1 ÚVOD

„Protože je porod obklíčen bariérou atavismů a zdivočelých pudů, není očividná defektnost víry v domácí porod ještě dostatečně známá; z tohoto čistě patologického úkazu se díky tomu stačil stát směr, který disponuje vlastními vzdělávacími kurzy, učebnicemi a guru.“ (Doležal 2010)

Ač je naše doba charakteristická pro svůj názorový pluralismus a perspektivistickou argumentaci, vystudovaný psycholog a redaktor čteného týdeníku se už řádově několik let zmiňuje o domácích porodech, alternativní možnosti přivedení potomka na svět, jako o nesmyslném hazardu, a ženy domorodičky přirovnává k „šíleným Viktorám“ a „divoškám“, které si kvůli vlastnímu komfortu zahrávají se zdravím svých dětí.

Jeho tvrzení připomínají typická charakteristika moderního paradigmatu, kdy je svět nahlížen jako celek bez vnitřních rozporů, s jednotnými hodnotami a normami (Bauman 2006), které jsou odvozeny z víry v moderní vědecké poznatky a technické výdobytky. Vše co se jakýmkoliv způsobem vymyká, je třeba udusit v zárodku. Takovéto postoje, které nedávají prostor pro jakýsi postmoderní individualismus a pluralismus názorů, rozpoutávají v dnešní době diskuze na úrovni laické i odborné. Především stále vyzývají k hanobení domácích porodů na straně jedné a k očištění pověsti tohoto alternativního přístupu na straně druhé.

Porod můžeme zkoumat z mnoha hledisek a jedním z nich je i stanovisko sociální a kulturní antropologie, která s příchodem Margaret Meadové a Ruth Benedictové přinesla systematické úvahy o porodnictví (Šulová 2004: 25). Z antropologického hlediska pojmáme porodnický systém v širším kulturním kontextu skrze politické a ekonomické struktury. Je to jakýsi mikrokosmos, ve kterém můžeme sledovat technologické a politickoekonomické procesy, organizaci sociálního agregátu, genderové vztahy, ale i kulturní hodnoty a normativní chování. Porod je jednoduše

řečeno, jev, který je kulturně a sociálně podmíněný (Hrešanová 2004), a proto toto téma považuji za adekvátní svému oboru.

Studie zabývající se porody často ukazují na výhody a nevýhody porodu doma, nebo v klasickém institucionalizovaném porodnickém zařízení. Často jsou tyto všeobecné klady a zápory pasovány na motivy, které ženy vedou k volbě porodu doma, nebo v porodnici. Nikdy jsem se ovšem nesečkala se studií, kde by byla komparace těchto dvou variant ze strany jedné ženy, která má vlastní zkušenost s porodem v obou prostředích. Motivы, které jsou uváděny, zní občas skutečně velmi stroze a nepřesvědčivě a ženy, které si volí variantu porodu domu, se zdají být motivovány především jakýmsi podivným životním stylem, který je nepochopitelný širokému okolí. Jejich jednání je nahlíženo jako iracionální, v opozici veškerým přesvědčením naší společnosti, a odmítající její nejlepší výdobytky. Na základě náhodného setkání s ženou, která mi poskytla svůj porodní příběh, jsem pochopila, že fenomén porodu může mít mnohem hlubší interpretaci a komplexnější pojetí, než mu je často připisováno, a že porod doma není iracionálním jednáním okrajové skupiny žen.

Výroky pana Doležala (2010) a nejenom jeho, ale i odborníků, jako je např. šéf porodnického úseku FN Motol v Praze (Zunová 2010), že „porod doma je hrubou nezodpovědností“ samotné ženy, jsou ale stále poměrně časté a široká veřejnost stále smýšlí v rámci dnes už překonaného moderního paradigmatu, které často ani nenabízí pochopení pro tento životní styl, který se údajně vrací o krok zpět. Pro ženy, které by se rády oprostily od autoritativního přístupu, musí být náročné získat důvěru v něco, co je prezentováno s negativní konotací a ustát si svá specifická přání ohledně porodu.

Cílem práce je zjistit, jakým způsobem ženy nahlíží a prožívají fenomén domácího porodu. Při dotazování bych se ráda orientovala na tři hlavní tematické oblasti. Prvně se zaměřím na dojmy, které si ženy odnesly z porodu v porodnici, na to, jaký mají vztah k institucionalizovanému porodnickému zařízení a jak vnímají autoritativní techno-medicínské vědění s ním spojené. Druhá tematická oblast se bude týkat toho, zda se ženám

dostala podpora rodit doma a především od koho a zda pro ně měla význam při rozhodování volit tuto možnost. Dále by mě také zajímalo, jakým způsobem se ženy dostaly k domácím porodům jako takovým a jakým způsobem získaly důvěru v tuto širokou veřejností odmítanou alternativu.

V teoretické části práce budou nejprve charakterizovány dva hlavní proudy přistupující k porodu, porod medicínský a přirozený (v našem případě porod v porodnici a doma). V první kapitole pod názvem *Dichotomie porodnictví* je porod charakterizován z hlediska historického vývoje a dominance těchto dvou přístupů v čase a prostoru. Kapitola rozvádí další analogické dichotomie, které vystihují podstatu medicínsky vedeného i domácího porodu, a pojednává o tom, který z těchto dvou přístupů k porodu je zaštitěn tzv. autoritativním věděním. V druhé kapitole *Porodnictví v ČR* teoretické části je reflektován stav porodnictví v naší zemi, a to především stanoviska, která zaujímají na jedné straně samotné ženy-rodičky a na straně druhé personál porodnických oddělení.

Ve vlastním výzkumu se pak hlouběji zaměřím na postoje alternativní, jelikož jsou stále zahaleny otázkami a nepochopením, proč je ženy preferují před jistotou porodnic. Na základě několika interview bych ráda zjistila, jakým způsobem ženy vnímají variantu porodu doma. Chtěla bych ovšem dotazovat jen ženy, které mají zkušenost i s porodem v institucionalizovaném prostředí porodnic, aby mohly tyto dvě možnosti subjektivně porovnat. Na základě zážitku z obou prostředí se dá zjistit, zda je domácí porod do nějaké míry důsledkem zkušenosti, kterou si žena prošla v rámci interakce s nemocničním prostředím.

2 DICHOTOMIE PORODNICTVÍ

2.1 Historie

Michel Odent (2003: 36) zmiňuje, že ve společnostech, jejichž obživou ještě nebyla intenzivní zemědělská produkce, byly porody „osobní“ záležitostí v tom smyslu, že žena novorozence přiváděla na svět bez pomoci jakékoliv jiné osoby a odkazuje se na etnografické záznamy¹ kmene Eipos z Nové Guinej, kde se ženy v době porodu izolovaly od zbytku společnosti. „Zespolečenštění“ porodu přišlo tedy podle Odenta až s nástupem zemědělství, kdy se porodu začali účastnit jiné osoby, především ženského pohlaví. Catherine Scholten (1977: 444) pak hovoří o etapě porodnictví, kdy byl porod přesunut do porodnic a stává se z něj znovu uzavřená událost, která se odehrává pouze mezi rodící ženou a lékařem.

Celkový pohled na vývoj porodnictví z hlediska genderu, autoritativního vědění a rozvoje vědy během několika posledních staletí může pozměnit náhled na tendence, které ženy začaly opět vnášet do porodnictví. Historický vhled do posledních tří století nám ukáže, že tyto trendy nejsou inovacemi determinovanými dnešním společensko-ekonomicko-politickým uspořádáním a že už v dějinách bylo možné tyto tendence a jejich logické opodstatnění pozorovat.

Porod: záležitost ženské domácí sféry

Zásadní vývoj porodního autoritativního vědění však začal nabírat evidentních změn až od počátku osmnáctého století. Do té doby se porody odehrávaly především doma bez jakéhokoliv lékařského dohledu. Byla to

¹ Záznamy kmene Eipos pořídil Wulf Schiefenhövel, německý lékař a antropolog zabývající se lidskou etologií. Odent (2008) se odkazuje na: Schiefenhovel, W. 1978. „*Childbirth among the Eipos, New Guinea*“. Film presented at the Congress of Ethnomedicine. Gottingen. Germany.

práce především pro porodní bábu. Z genderového hlediska to byla prakticky jen ženská záležitost, jelikož muži při porodu z náboženského i mravního hlediska nijak neparticipovali (Roztočil a kol. 2001: 10). Porodní asistentky, které měly za porod zodpovědnost, měly se svou legitimně uznávanou profesí vysoký společenský status (Scholten 1977: 429).

Osmnácté století: vliv mužského aspektu

V době první poloviny osmnáctého století se do porodnictví dostává mužský aspekt, ženy z vyšších vrstev začaly u porodu vyžadovat spíše účast lékaře než porodní báby (Scholten 1977: 427). Porodnictví už nemá přísný status nedůstojného umění (Roztočil a kol. 2001: 10). V tento moment do ženské domácí sféry vstupuje mužské racionální uvažování a jednání pod vlivem autoritativního vědění porodních bab ztrácí svou dominanci.

Na konci osmnáctého století byla poptávka po odborných porodnicích tak vysoká, že téměř každý lékař v Anglii nabízel pomoc při porodu. Porodnictví tak začíná v této době fungovat jako běžná lékařská praxe, ne ovšem jako chirurgická specializace, jak tomu začalo být v počátcích dvacátého století (Loudon 1990 in Marek 2002: 64).

Devatenácté století: porod stále jako přirozený proces

Porod první poloviny devatenáctého století se stále nevyznačoval zvláštním lékařským zásahem. Lékař spíše přihlížel a ženě pomáhal až při komplikacích. Ještě v druhé polovině devatenáctého století Křížek (1876: 71 in Čepický, Líbalová 2007: 6) ve své učebnici pro lékaře popisuje porod jako přirozený proces, který avšak může být narušen komplikacemi, které porodní asistence (v té době porodní bábě) pomáhá řešit lékař. Obecně pak nabádá lékaře k trpělivosti a k tomu, aby porod, pokud to jen trochu možné, proběhl cestou přirozenou (Čepický, Líbalová 2007: 7). Vlastimil Marek

(2002: 65) se však zmiňuje o odborných porodnických zásazích, které se v té době začaly pomalu objevovat jako narůstající móda v Británii a USA².

I přesto že u značné části porodů, především ve městech v rodinách vyšších vrstev (Křížek 1876: 71 in Čepický, Líbalová 2007: 6), asistoval mužský element v podobě lékaře, porody se stále odehrávaly v domácí sféře. Jen malá část porodů během celého devatenáctého století byla provedena v nemocničním prostředí, které ovšem ve svých počátcích neoplývalo ideálními podmínkami³.

Dvacáté století: nárůst dichotomie ženské intuice a mužské racionality

Dvacáté století se vyznačuje především modernizací a technologizací, která byla důsledkem osvícenské racionální a v pokrok věřící filosofie. Rození dětí je paralelní s koncepcí světa a společnosti. „V porodnictví se zračí uniformita čtyřicátých a padesátých let, počátky celkové diferenciací let šedesátých a následná postmoderna přicházející v osmdesátých letech, kdy bylo vnímání reality ovlivňováno širokou rozmanitostí a individualismem“ (Davis-Floyd, Sargent 1997: 10).

Konflikt: porodní asistentka vs. porodník

Dvacáté století se v západním světě obecně vyznačuje konfliktem mezi porodníky a porodními asistentkami⁴. S příchodem dvacátých let, kdy

² Na počátku 19. Století byly 3% lékařských zásahů během porodu, ke konci století to bylo už 20-30% a začátek století 20. Byl už okolo poloviny (Marek 2002: 65).

³ Vlastimil Marek (2002: 64) uvádí, že na konci devatenáctého století byla kojenecká úmrtnost v nemocnicích desetkrát vyšší než u porodů probíhajících doma. V druhé polovině sedmdesátých let devatenáctého století se anglický epidemiolog William Farr zabýval stavem porodnictví a ve svých statistikách uvádí, že při porodech v té době umírá velké procento žen a dětí³. Úmrtnost v Anglii byla 158 dětí z 1000, což bylo z velké části způsobeno hygienickými podmínkami (Dunn 2002: 68), nezmiňuje se však, zda jsou tyto statistiky jen z nemocničního prostředí, nebo celkově zaznamenávané porody, které proběhly pod lékařským dohledem, který vedl statistiku.

⁴ Už v roce 1902 byl v Anglii vydán králem zákon o nerovném vztahu porodních asistentek a lékařskou profesí (Odent 2003: 38).

začaly být porody ve větším měřítku přesouvány do nemocničního prostředí, byly v mnoha zemích praktiky porodních asistentek systematicky očerňovány (Marek 2002: 65).

Vše vyvrcholilo v letech bezprostředně po válce, kdy bylo devadesát pět procent porodů v USA a Británii přesunuto do nemocniční sféry. Co se týká naší země, bylo to až v letech šedesátých (Marek 2002: 65). V interview s porodní asistentkou Miladou Košovou (Český rozhlas 2011) je zjevné, že tento transfer porodů do institucionalizovaného porodního zařízení byl zinicován na základě nařízení, které zakazovalo provádění porodů doma. Autoritativní porodní vědění je v této době celou svou vahou přeneseno na kvalifikované odborníky, kteří stojí v opozici nekvalifikovaným porodním asistentkám, jejichž status s příchodem technokratických inovací a odklonu od přírodní vědy klesl⁵.

Modernizace šedesátých let

Šedesátá léta v porodnictví se obvykle ve světě vyznačovala vysokou modernizací a elektronizací (např. měření srdečního tepu dítěte v průběhu porodu) a veškerá iniciativa při porodu byla přebírána doktorem. Ženy se stávaly pasivními, o ničem nerozhodujícími pacientkami (Odent 2004). Především v socialistickém bloku byla rodička silně pojímána jako nemocný člověk, kterému se musí věnovat nepřetržitá péče (Hrešanová, Marhánková 2008).

Porodnictví se po vzoru industrializované výroby stává rutinní záležitostí. Josephem DeLeem byl založen koncept profylaktického porodnictví⁶. Rodičky považoval za pacientky, kterým by měla být automaticky podána sedativa a porod co nejvíce urychlen a ovlivněn vnějšími zásahy (Odent 2003: 38-39). Tak jako na montážní lince tato

⁵ Odent (2003: 38) uvádí, že v Americe byla „práce porodních asistentek spojována s tak zvanými ignorankami, tj. negramotnými imigrantkami“.

⁶ Už ve dvacátých letech publikoval článek „The prophylactic use of forceps, kdy nabádá k preventivnímu užívání kleští a nastřihování hráze.

automatizace úkonů přinesla snížení nejistoty z nenadálých komplikací při vykonávání jednotlivých úkonů zdravotním personálem, ale též měla za následek to, že lidé konají bez vlastního úsudku, který by často vedl k lepšímu alternativnímu řešení.

Proti technokratickému porodnímu modelu se ve Francii už v polovině šedesátých let postavil gynekolog a porodník Michel Odent. Nedaleko Paříže zřídil nový model porodnické kliniky, kam se během několika let začaly sjíždět rodičky z celého světa. Počátkem osmdesátých let vydává knihu „Znovuzrozený porod“ popisující alternativní metody, které zde praktikují, aby mohl šířit osvětu do celého světa, především na americký kontinent, a ukázal, že přirozená cesta porodu je ta, která má pozitivní vliv na ženu a její dítě.

Bezbolestný porod

Davis-Floyd a Sargent (1997) uvádí, že ženy z vysoké sociální vrstvy už na přelomu osmnáctého a devatenáctého století vyhledávaly takový způsob porodu, který je bezbolestný. Potlačovaly jeho přirozenost, která by mohla znamenat ztrátu sebekontroly a umírněnosti. Na přelomu první a druhé poloviny dvacátého století toto vyvrcholilo v Německu podáváním látky skopolaminu v kombinaci s morfiem, která dosáhla toho, že ženy ztrácely během porodu paměť. Své nedůstojnosti a bolest si sice nepamatovaly, ale během porodu se chovaly velmi impulsivně. „Narkotický spánek“ byl ve své době tak převratnou metodou, že v jeho prvopočátcích jezdili ženy z Ameriky do Německa, jen aby mohly porodit tímto bezbolestným způsobem (Odent 2003: 39).

Návrat zpět k přírodě

V sedmdesátých letech prvně přišly tendence, které se snažily teorii ohledně šetrného porodu uvést do praxe (Šulová 2004: 24). Laboyer,

průkopník techniky šetrného porodu, přišel s ideou sdílení prožitků z porodu očima právě se rodícího dítěte, které slyší, cítí a vnímá veškeré dění. Do té doby se totiž na porod nahlíželo optikou ženy a jejího prožívání (Odent 2003: 54). Ptá se, do jakého prostředí by se mělo narodit, proč je novorozenec bezprostředně po porodu matce odebrán a především, proč přestřihují pupeční šňůru dříve, než v ní přestane pulzovat tep a novorozeně z ní stále čerpá kyslík. Usiluje o to, aby zacházení s novorozencem nebylo ovlivněno spěchem a necitlivým chováním zdravotního personálu, a jeho kognitivní vjemy byly co nejpříjemnější a zajistily mu plynulou adaptaci na tento svět. (Hlaváčková 1998: 52)

V osmdesátých letech pak vyšla kniha „Skrytý život nenarozeného dítěte“, kde kanadský porodník Thomas Verdy zdůraznil, že „plod na základní úrovni vidí, slyší, je schopen se učit, má vyvinutou chuť a je schopen cítit“ (Šulová 2004: 13). V současné době se pod vlivem C. G. Junga a S. Freuda prenatálním a perinatálním psychologickým vývojem jedince zabývá psycholog Stanislav Grof. Argumentuje že, již před samotným porodem vnímá jedinec různé vjemy, které ho nevědomě ovlivňují v pozdějších letech života.

2.2 Autoritativní vědění

Autoritativní vědění, v návaznosti na znalosti spojené s porodem, jsou v dnešní době, jak můžeme vyčíst z historického vývoje porodnictví, velmi spřízněné s lékařskou hegemonií a sociální třídou k ní připadající. Nejsou to ovšem jen vědomosti ohledně biologie porodu, změny těla a růstu plodu, které má autorita v daném oboru, což je v případě porodnictví lékař. Jsou to ale též informace odkazující na fungování zdravotního systému a možnosti, či schopnosti, které můžeme například využít při výběru doktora (Jordan 1992). Jak říká Ellen Lazarus (1994: 26) v návaznosti na Jordan, jsou to znalosti nejen biologické, ale i sociální. A v dnešní době jsou to především znalosti spojené s vědeckými poznatky.

Legitimizování jednoho způsobu autoritativního vědění⁷ znamená devaluaci jiných způsobů vědění (Sargent, Bascope 1996: 213). Tím, že lidé aktivně zapadnou do produkce a reprodukce nového autoritativního vědění, posilují jeho validitu. Jordan (1992) uvádí, že vědění, které je „nelékařské“ v tom smyslu, že se neodkazuje k autoritativním vědecko-medicínským znalostem, je v podstatě znehodnocováno. Naopak legitimní autoritativní vědění, což je v našem případě porod řízený techno-medicínským věděním, je veřejně prosazován, jak autoritou, tak i širokou veřejností, a jak Jordan (1992) podotýká, nakonec i samotnými rodičkami, které často nekriticky přijímají odborné lékařské znalosti.

Ellen Lazarus (1994: 26) během svých dvanáctiletých výzkumů v Americe zjistila, že ženy sice cítí zodpovědnost za vedení svého porodu, ale nemají skoro žádný vliv na lékařské procedury, které jsou na ně aplikovány. A ač porod vnímají jako přirozený proces, věří medicínskému přístupu, který může jejich dítě v případě komplikací zachránit. Už

⁷ Vědění znamená moc" (F. Bacon) a "moc produkuje poznání" (M. Foucault). (Hezcko 1999)

v prenatálním období přijímají různá doporučení, aby měly jistotu, že pro své dítě udělaly to nejlepší, čímž upevňují biomedicínskou hegemonii (Browner, Press 1996). Sargent a Bascope (1996: 216) též tvrdí, že ženy spíše preferují medicínské zásahy při porodu a lékaře berou jako personu, která ovládá ověřené technologie, které mohou ženě v první řadě pomoci.

Vědění porodního asistentství a doly

Porodní asistentství zrcadlí koncepci statusů, rolí, genderu, moci, autority a sociální kontroly v rámci zdravotnictví obecně. Důsledkem medikalizace a orientace na technologické pojetí porodu přestaly být porodní asistentky vnímány jako rovnocenné konkurence lékařů (Wertz & Wertz 1990 in Teijlingen 2004: 2) a jejich porodnické vědění bylo odsunuto do pozadí⁸.

Van Teijlingen (2004: 2) nabízí dvojí pohled na porodní asistenci, stejně takový, který je charakteristický pro dva argumentující tábory. Za prvé může být porodní asistentka jakousi pomocnicí doktora, který má veškeré kompetence a autoritu ohledně porodního vědění. Porod je v tomto případě vnímám jako patologický jev a žena-rodička jako pacientka, které musí doktor zachránit život. Tento model porodnické péče, kdy je porodní asistentství pouze služkou medikalizovaného přístupu k porodu, je v dnešním světě mnohem častější a je právě důsledkem techno-medicínské hegemonie.

Za druhé může být narození dítěte vnímáno jako přirozený proces představující start nového vztahu mezi jím a jeho matkou. Porodní asistentka představuje osobu, která je v tuto chvíli podporou na praktické a ve velké míře i na emocionální úrovni. Svým vlastním věděním provází ženu už od prenatálního období. Je to někdo, kdo představuje pojící článek mezi

⁸ Odent (2003: 38) uvádí že, ač byla eliminace porodních asistentek ospravedlňována zlepšováním porodní péče, velkou roli zde hrály ekonomické faktory, kdy porodní asistentky bránili lékařskému byznysu tím, že odváděly klientelu.

matkou a dítětem, stejně tak jak to vykládá etymologie anglického „midwife“ (Fannin 2006: 1). Takovéto postavení mají porodní asistentky pouze v porodních domech a porodních centrech, kterých je v porovnání s klasickými porodnicemi ve světě velmi málo. Přikládání váhy vědění porodního asistentství je úzce spojeno právě s přirozeným porodem. Na podobné úrovni jako porodní asistentka působí dula. Je to žena, která zajišťuje nastávající matce a často i jejímu partnerovi psychickou podporu a stává se praktickou rádkyní v době těhotenství, při porodu i v době po něm (Doležalová 2004: 45).

Vědění porodních asistentek a dul se odkazuje na vědomosti, které rodící ženy získávají od svého těla vnímaného v souladu s přírodou. Jordan (1977 in Browner, Press 1997: 143) vědomosti získané v procesu poznávání vlastního těla a jeho projevů, nazývá „fenomenologickými indikátory“, které se stávají hodnotnou informací během samotného procesu. Svým způsobem se ve spojitosti s institucí porodní asistentky a duly, uplatňují zásady účastnické epistemologie (Fay 2002: 21), kdy ženy-nastávající matky a i samotné porodní asistentky a duly, věří, že především žena může vědět, jak se cítí jiná žena. Pokud má sama porodní asistentka, nebo dula zkušenost s porodem, je tato sociologicko-solipsistická teze⁹ ještě více podpořena. Ač Brian Fay (2002: 42) argumentuje, že „znát“ neznamená pouze něco prožívat, ale především chápat význam, a to jde i v případě, aniž bychom sami danou zkušenost zakusili, je zjevné, že právě ženy samotné, zastánkyně jedné strany dichotomického dělení vnímání světa, jsou těmi, kdo se snaží i o pochopení zakoušených zkušeností s porodem na jiné úrovni, než se o to pokouší techno-medicínské postoje produkované mužskou racionalitou.

⁹ „Je-li identita člověka funkcí jeho sociální skupiny, mohou-li mít určitou zkušenost pouze lidé s podobnou identitou a musí-li mít člověk zkušenost, aby ji mohl znát, pak pouze lidé, kteří jsou členy určité specifické třídy nebo skupiny, mohou znát zkušenosti příslušníků této třídy či skupiny.“ (Fay 2002: 24)

2.3 Přírozený vs. medikalizovaný porod

V dějinách se dominance těchto dvou přístupů k porodu měnila v souvislosti s rozvojem vědy a přesunu autoritativního vědění z porodního asistentství na kvalifikované odborníky.

Podle učebnicové klasifikace (Roztočil a kol. 2001: 116-117) bychom za přírozený porod mohli považovat porod „samovolný“, „který nastoupil na základě přírozených pochodů organismu ženy a probíhá bez zásahu porodníka“, nebo také porod „fyziologický“, který „probíhá působením přírozených porodních mechanismů za pomoci a nikoliv zásahu personálu porodního sálu“. Na druhé straně spolu s racionalitou a technologizací stojí porod „medikamentózní“ (po samovolném nastoupení jsou přírozené pochody modifikovány aplikací léčebných prostředků), „indukovaný“ (vyvolaný uměle) a „operativní“ (císařský řez).

Porod normální/přírozený

V padesátých letech byla definována Lamazova metoda (Šulová 2004: 23), jejíž autor předpokládá, že porod je „přírozený, zdravý a normální“. Ovlivňuje nejenom ženu, ale celou její rodinu. Žena sama ví, co je pro ni nejlepší a její sebedůvěra může být narušena prostředím, ve kterém rodí. Především má právo porodit bez rutinních medicínských zásahů a povědomí o veškerých alternativách porodu by měla získat během předporodních kurzů.

„Dle ENCA¹⁰ je normální, nebo též přírozený porod takový porod, 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

¹⁰ European Network of Childbirth Associations

normálním porodu zůstává s matkou v úzkém kontaktu, tvoří nedělitelnou jednotku.“ (Sovová, Suchánková 2009: 4)

Normální porod podle WHO¹¹

Vybraná doporučení¹² WHO pro normální porod obsahují: vypracování porodního plánu, respektování místa porodu na základě rozhodnutí ženy, empatická podpora od poskytovatelů péče během porodu, respektování osob, které si žena sebou chce k porodu vzít, poskytnutí informací a vysvětlení, které žena požaduje, neinvazivní, nefarmakologické postupy tlumení bolestí, monitorování plodu poslechem (auskultace), volnost při výběru polohy a pohybu během celého porodu, pozdní přerušení pupeční šňůry, časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem, roomin-in, podpora kojení bez omezení.

Dále jsou tu praktiky, které WHO nedoporučuje jako jednoznačně škodlivé: Rutinní provádění klystýru a holení, preventivní zavádění kanyly, poloha vleže na zádech, využití polohy na porodním lůžku s podpěrkami i bez podpěrek, tlačení se zadržným dechem, aplikace ergometrinu ve třetí době porodní, omezení kontaktu matek a dětí, podávání umělé výživy dětem, které se začínají kojit a jakákoliv omezování doby či frekvence kojení. (WHO 1999)

Porod medikalizovaný

Nevyvratitelné je, že se s modernějšími technologiemi snížila kojenecká i mateřská úmrtnost. V každé době se objevovaly těžké případy, které mohla při životě udržet až vyspělá medicína, a stále tomu tak je. Dominantním pohledem na porod je tedy pohled medicínský (názor, že se může kdykoliv něco pokazit). Ač je v dnešní postmoderní společnosti zjevný

¹¹ World Health Organization

¹² Příručku „Péče v průběhu normálního porodu“ vydalo česky v roce 2002 Ministerstvo zdravotnictví.

pluralismus názorů i ohledně porodů a měl by tu tím pádem být prostor pro každé stanovisko, je jeho biologické pojetí ovlivněno hegemonní medicínskou koncepcí, mužským nadhledem a mužským kulturním vzorem, který prostupuje celou medicínu (Goer 2002: 20). Normální, neboli přirozený porod je podle Odenta (2003: 42) nesprávně pod vlivem byrokratického modelu vnímán jako porod charakteristický „rutinou“ a „protokoly“. Ellen Lazarus (1994: 27) poukazuje na to, že i přirozený porod je v dnešní době autoritami v porodnictví vnímán pod vlivem technologie a cituje výrok ředitele jednoho porodnického centra, který vyřkl, že „přirozený porod tu stále je možný, ale že biologie vstoupila do sňatku s technologií“. V osmdesátých letech doktoři definovali přirozený porod jako porod, při kterém je matka při smyslech a rodí vaginálně. Nevylučuje však použití moderních technologií, jako je skenování plodu a ultrasonografie (Lazarus 1994: 27). Tato definice už ovšem nesouvisí s přirozeným porodem jako takovým, spíše je to jakási třetí kategorie, která klade důraz na technomedicínské vymoženosti.

Medicínský porod je spojený s využitím technologických prostředků a vědeckých poznatků. Techno-medicína je takový systém zdravotní péče, který objektivizuje pacienta, mechanizuje tělo a dává oprávnění odborníkům k nadřazenosti nad pacientem, protože mu jeho vědomosti umožňují ovládat dané technologie a dekodovat informace jimi poskytnuté (Davis-Floyd, Sargent 1997: 8). A právě tento styl porodnictví je v západním světě formálně ustaven jako standardní princip, který má autoritativní postavení i v právním řádu (Davis-Floyd, Davis 1996: 242) a jak můžeme vidět výše, ovlivňuje i pohled na porod přirozený.

2.4 Racionalita vs. intuice

Ve čtyřicátých letech minulého století napsal Sorokin (1941 in Davis-Floyd, Davis 1996: 241), že všechny společnosti oscilují mezi dvěma extrémními póly, mezi racionálními znalostmi a materiálními hodnotami, a na straně druhé intuitivními znalostmi a duchovními hodnotami. V návaznosti na tuto teorii Davis-Floyd poukazuje, že daná oscilace vystihuje dichotomický přístup k porodu jako takovému. Na jedné straně jsou porody řízené technokratickými postupy a vírou ve vědu a její konstantní pokrok. A v přímé opozici na straně druhé máme domácí porody doprovázené intuicí, přirozeností a důvěrou k přírodním zákonitostem. (Davis-Floyd, Davis 1996: 241)

Michel Odent (2003) hovoří o dvacátém století jako o období „industrializace porodu“ a hledá analogie s industrializací zemědělství, která též v tom pravém slova smyslu přišla až s počátkem minulého století. V obou případech se inovace jeví jako řešení předešlých problémů a jsou doprovázeny enormním nadšením z daných výsledků. Obojí je však také spojeno s rozvojem dichotomie mezi lidstvem a přírodními zákony, kdy se lidský druh začíná spoléhat na technovědu a nebere ohled na ověřené pravdy a postupy přírody, která jimi vyvažuje svou rovnováhu. Odent (2003: 12-15) industrializaci vnímá jako příchod nových vědeckých pravd (neboli nového autoritativního vědění) založených na racionalitě, a přemáhání, nebo dokonce ignorování přírodních zákonů a intuitivního jednání.

Věda je mylně považována za poslední stádium v duchovním vývoji lidské společnosti, značící pevnost a stabilitu světa, našich myšlenek a pocitů (Cassirer 1977: 335). S odkazem na Davis-Floyd a Davis (1996: 241) teorii, můžeme říci, že s industrializací porodu přichází odklon od přírody, intuice, duchovna a významnosti ženského aspektu, který nedominuje ve veřejné sféře racionality, která je základem pro vědecké bádání.

Zatímco kultura je pro Shery Ortner (1972: 10) něco co je spojeno s procesem vytváření a udržení systému smysluplných symbolů, artefaktů atd., pomocí kterých lidstvo překračuje danosti přírodní existence a transformuje je ke svým účelům a ovládá je ve prospěch svého zájmu. Je to jakýsi produkt lidského vědomí, systém myšlenek a technologie, pomocí kterých si lidstvo prosazuje kontrolu nad přírodou.

V tomto případě jsou to všemožné technologie ovládané muži, kteří jimi řídí čistě biologický proces porodu, který je v podstatě záležitostí ženy. Proces porodu, který je v přírodě běžnou záležitostí, je najednou zjednodušen do lékařské terminologie, číselných hodnot a charakteristik, které jsou jedněmi přístroji měřeny a druhými opravovány, pokud nezapadají do průměrného rámce hodnot. Právě proto můžeme říci, že ženy jsou na základě symboliky spojovány s přírodou a muži s kulturou. Utlačování ženského aspektu a přirozeného přístupu k porodu tedy vyplývá z věčné snahy kultury si podřizovat přírodu (Ortner 1972: 11) a dominance racionality nad intuicí.

Z klasického hlediska je racionální jednání takové jednání, které je efektivní při řešení daného problému, je vědomé, odůvodnitelné, a není řízeno instinkty, zvyky a pocity. Problém je řešen optimální, nejlépe vyhovující cestou, a jednání je odůvodněno z hlediska širší perspektivy (Horák 2009: 74). Zatímco v opozici necitelné a chladné formě rozumu stojí intuice spojená s emocemi a instinkty, která je na rozdíl od čistě analytického rozumu propojena s přírodním světem a osvojováním si „mateřského“ přístupu k němu (Bookchin 2005: 4-5).

Stojí zde proti sobě technokratické postupy v nemocničním prostředí spojované s levou hemisférou mozku, které je také připisována mužská nadvláda a mechanicky orientované, ovlivněné principy separace a diskriminace. Zatímco domácí porod je spojován s pravou hemisférou, ženskou dominancí orientující se na rovnostářství, přírodu a principy holismu a propojenosti (Davis-Floyd, Davis 1996: 241)

Rouhier-Willoughby (2003: 227) popisuje dva modely narození, kde je viditelná analogie přístupu k porodu a jednotlivými pohlavími. Porod lze vnímat jako vnitřní proces, propojený s přírodou, kontrolovaný samotnou ženou matkou a částečně také porodní asistentkou. Ve 20. století je pak porod spíše chápán jako medicínská procedura, kdy je ženské tělo nahlíženo jako stroj, který by se mohl porouchat, a proto je třeba, aby bylo pečlivě sledováno z vnějšku pomocí přístrojů, které udávají přesné hodnoty. Tato kultura technologie je podle dichotomického náhledu především dominancí mužů, kteří teoreticky definují, co to porod je, zatímco empiricky je a nadále bude zakoušen opačným pohlavím (Kitzinger 1992: 63).

V návaznosti na dichotomii Sherry B. Ortner (1972), kdy přirovnává ženu k přírodě a muže ke kultuře, můžeme vidět jistou obdobu k porodu doma, který je spojován s přirozenou cestou porodu vedenou intuicí ženy, a porodu v institucionalizovaném porodnickém zařízení, která jsou produktem mužské racionality.

3 PORODNICTVÍ V ČR

Co se týká české populace na počátku dvacátého prvního století, její hodnoty, životní podmínky a strategie jedinců se v podstatě nijak zásadně neodlišují od západních zemí. Je tu jen jeden faktor, který nás od nich velmi odlišuje a to je fertilita (Rabušic 2004: 41) ¹³, která je i tak v celém industrializovaném světě velmi nízká. Od roku 2004, kdy byla úhrnná plodnost 1,23 dítěte na ženu, se ale fertilita v roce 2010 zvýšila na 1,49 dítěte na ženu (ČSÚ), což je průměr EU¹⁴. Stále to ovšem znamená, že páry plánují v ČR menší počet dětí, a že narození jejich potomka se stává výjimečnou záležitostí, kterou ženy čím dál častěji neponechávají náhodě a pokládají si otázky ohledně způsobu, jakým svého potomka přivedou na svět (Hrešanová 2006: 53).

3.1 Inovace porodnictví

Od počátku devadesátých let, s výrazným zpožděním oproti západním zemím, se pojmání porodnictví mění i v České republice. Objevuje se fenomén konzumerismu a komercializace porodní péče. Porodů ubývá a díky změnám, ke kterým došlo v systému českého zdravotnictví, je obecně k pacientům přistupováno z nového hlediska. Pacient je „prostřednictvím plateb od zdravotních pojišťoven zdrojem zisku, a tak i klíčovou osobou ovlivňující přežití nemocnice v konkurenčním prostředí trhu“. (Hrešanová, Marhánková 2007: 22)

Ženy tu jsou, už ne v roli pacientek, ale v roli klientek, které mají možnost si vybírat porodnice v závislosti na nabízených službách a snaze personálu rodiče co nejvíce vyhovět. Ženy jsou v důsledku široké nabídky donuceny zjišťovat různé možnosti a přístupy k porodu a stále více si

¹³ I Mareš (2004) ve své studii zmiňuje, že přibývá rodin jen s jedním dítětem.

¹⁴ Statistika European Commission

pokládají otázku, co je pro ně samotné i jejich potomka nejlepší a jaký způsob porodu je nejvhodnější.

V rámci porodnických institucí dochází ke střetu nabídky a poptávky. Podle Luptona (1997) tato situace vede k soupeření zdravotnických zařízení a následnému zlepšování a rozšiřování služeb, aby mohli vyhovět poptávce rodiček a získali si jejich přízeň. K tomuto jevu podle studie Hurtové¹⁵ (2006) v některých našich porodnicích opravdu dochází.

Porodnice zajišťují takové služby a zdravotní pomůcky, které rodičkám pomáhají s předporodními bolestmi, dovolují ženám sdílet pokoje v menším počtu a zajišťují tzv. „rooming-in“, kdy může být matka sama na jednom pokoji s dítětem (Hrešanová, Marhánková 2008). Porodnice často ženám dovolují experimentovat v průběhu porodu a netrvají na jedné poloze. Delší dobu jsou celkem běžné porody do vody a přítomnost otce u porodu. A především jsou ženám poskytovány předporodní kurzy, které mohou za určitý poplatek navštěvovat. Z obecného hlediska by se tedy dalo říci, že se porodnice a zdravotní personál snaží ženám-rodičkám vyhovět.

Porodnice se ovšem často zaměřují na vnější aspekty, materiální vybavení a příjemnost prostředí, které jsou zjevné při první návštěvě porodnice. S vnitřními aspekty, jako jednání personálu, získají ženy-klientky velmi často zkušenost až při samotném porodu. Michaela Mrowetz¹⁶ (Těšínská 2011) však zmiňuje, že na této úrovni k zásadním změnám stále nedošlo.

3.2 Postoje veřejnosti k poskytovaným službám

V roce 2000 agentura STEM provedla standardizované dotazování ohledně porodnictví v ČR. Jednou z cílových skupin byly ženy (vzorek 818 žen), které měly zkušenosti s porodem v klasickém porodnickém zařízení. Velké množství žen poukazovalo na více faktorů, které jim znepríjemňovaly

¹⁵ Konkrétně se ve své práci zabývala plzeňským krajem.

¹⁶ Klinická psycholožka zabývající se přístupem personálu k ženám-rodičkám.

porod. Šedesát jedna procent žen uvádí, že jim vadila přítomnost další rodičky na sále, šedesát procent žen si stěžovalo na nemožnost pohybu a upoutání do jedné polohy při porodu. Dále si podle šetření ženy často nepřejí aplikaci klystýru a holení pubického ochlupení (Hašková 2000). Hrešanová s Marhánkovou (2008) ve své studii uvádí další konkrétní trendy, jako je odmítání epidurální analgezie a obecně léků proti bolesti. Od některých praktik se od té doby ustoupilo a jsou prováděny už jen výjimečně, jiné jsou diskutovány s ženami a jsou buď prováděny na jejich přání, nebo pouze v případě, kdy je to nutné.

Tomáš Raiter & STEM/MARK (2010: 124-192) změřil kvalitu zdravotní péče v České republice. Měřil ji prostřednictvím spokojenosti pacientů s jednotlivými odděleními, kterou zjišťoval pomocí kvantitativního dotazníkového šetření¹⁷. Výsledky nedávného výzkumu pro oblast oddělení porodnictví ukázaly, že je zde nejmenší procento spokojenosti z hlediska klientely. Umístilo se na dvacátém sedmém místě z dvaceti devíti s průměrnou spokojeností 72,8%, z čehož byl vyvozen závěr, že kvalita poskytovaných služeb tohoto oddělení je jedna z nejhorších (nejhůře pak dopadla sekce šestinedělí). Spokojenost se sestrami je jen 70,3 %, což je o 5,3% lepší než v předchozím roce, ale stále je to jedno z nejhorších hodnocení. Spokojenost s lékaři je 71,3%.

Ač zjevně dochází k zlepšování služeb, daná část laické i odborné společnosti české porodnictví stále velmi kritizuje. Je to obecně z důvodu přílišné medikalizace, technologizace a depersonalizace. Hovoří se o tom, že ženy už nestojí o velký počet intervencí a rutinních zákroků ze strany zdravotního personálu a spíše upřednostňují přirozený porod a vnesení humánní složky do tohoto procesu (Hašková 2000). Z řad samotných rodiček, jsou to především ženy, které můžeme podle studie Hrešanové a

¹⁷ Data jsou vyhodnocena z 22 374 dotazníků a odkazují se k předešlému roku. Raiter (2010) používá metodiku osmi dimenzí, a proto lze ze sebraných dat vyčíst velké množství informací, které se odkazují k jednotlivým nemocničním oddělením.

Marhánkové (2008) charakterizovat jako ženy s vyšším vzděláním¹⁸, které kvůli studiím na univerzitě rodí ve vyšším věku, a také jako ženy sebevědomější, které mají odvahu před zdravotníky vyslovit svá přání a pochyby.

3.3 Postoje porodního personálu ke klientkám

V rámci jedné případové studie (Hrešanová, Marhánková 2007) se ukázalo, že některý zdravotní personál porodního oddělení věří, že ženy-rodilky v roli klientek především kladou důraz na materiální vybavení porodnice a není pro ně důležité, na jaké úrovni funguje personál na oddělení. Obecně se tedy snaží porodnice ženám ukázat své klady na úrovni materiální. Prezentují různé alternativní pomůcky a příjemné prostředí, které na ženy působí líbivým a ne příliš nemocničním dojmem.

Ženy, které do porodnice přicházejí s vlastním porodním věděním, jsou považovány za „přechytralé“ a podle zdravotního personálu, průběh porodu často problematizují (Hrešanová, Marhánková 2007). Jistým ukazatelem toho, že mají ženy předem danou představu o tom, jak by jejich porod měl probíhat a především toho, jak by porod probíhat neměl, je porodní plán¹⁹. Tento plán by měl ulehčit komunikaci mezi rodičkou a personálem, ale podle Hrešanové a Marhánkové (2007) a jejich případové studie v nejmenované porodnici, je tento plán podle porodního personálu spíš na škodu a komplikuje tím zaseté postupy zdravotníků. Na druhou stranu je tu ovšem velké množství žen, které si práce personálu váží a jsou vděčné za veškerou pomoc. Tyto ženy byly charakterizovány jako ty s nižším vzděláním.

Otázkou je, do jaké míry jsou tato oboustranná nepochopení a rozpory mezi zdravotním personálem porodnických oddělení a rodícími

¹⁸ 67% žen rodících doma má vysokoškolské vzdělání a dalších 7% vychodilo vyšší odbornou školu (Zemánková 2010).

¹⁹ Žena v něm uvádí veškerá přání, jako je přítomnost jen nezbytných osob na porodním sále, či si vyžaduje plnou míru diskuze ze strany personálu

ženami důsledkem toho, že si pro další porod volí buď jinou porodnici, vyhlášenou vlídnějším přístupem, nebo dokonce alternativu k porodnici, kterou je v naší zemi pouze porod doma.

3.4 Alternativy porodu

Porod doma

„Česká legislativa považuje plod za součást matčina těla, a tedy jen matka rozhoduje, jakým vyšetřením a zásahům se podrobí“ (pdcap.cz) Může si zvolit k porodu lékaře, nebo porodní asistentku, která ji může odrodit doma, protože česká legislativa porod doma, na rozdíl od porodu v porodním domě, zatím nezakazuje. ČGPS²⁰ vydala na základě výzvy MZ vyjádření, že úmyslný porod mimo zdravotnická zařízení je jednání hodnocené jako non lege artis, což je v rozporu se zákonem č. 20/1966 Sb. O legálnosti porodu doma však rozhoduje pouze soud, který ještě takové řízení nepodstoupil. (Čepický 2009: 1)

S tím, jak postupně přibývalo porodů doma, docházelo k pomalé revitalizaci porodní asistence. Se změnou politického režimu v devadesátých letech došlo k návratu k původní praxi porodních asistentek s tím, že jim ale stále zůstává i status ženských sester (Konigsmarková 2002: 59). Stále se snaží o dosažení „profesní autonomie, která by jim garantovala právo na nezávislou praxi a která by se opírala o celoživotní či univerzitní vzdělání a ony mohly vést bez dozoru lékařů fyziologické, normální porody“ (Hrešanová 2006: 54).

Představitelé autoritativního vědění ovšem od porodu doma striktně zrazují tím, že jsou současné podmínky, za kterých jsou ty to porody vedeny, velmi špatné a mohly by vést k větší úmrtnosti dětí i rodiček

²⁰ Česká gynekologická a porodnická společnost

(Roztočil a kol. 2001). Dokonce se v posledních měsících pomocí médií snaží poukázat na nezdařilé domácí porody, které skončily pokutování jedné z porodních asistentek a snahou o zavedení zákona, který by tuto alternativu jednoznačně zakazoval. (Čápková 2011: 41-44)

Porodní dům

Porodní dům je místo, kde se dá родit v prostředí, které připomíná domov, ale je zde zajištěná odborná péče. „Je zařízením zcela autonomním, je však orientován tak, aby byl v dosahu nemocničního zařízení disponujícího potřebným personálním i technickým vybavením“, které mohou využít, kdyby během přirozeného porodu došlo ke komplikacím. Autoritativní porodním vědění, zde vládnou samostatně registrované porodní asistentky, které o ženy pečují podle mezinárodně uznávaného modelu péče porodních asistentek. S ženami-rodičkami, se zde zachází s individuálním přístupem a každá má svou osobní porodní asistentku, která s ní pracuje během těhotenství, během samotného porodu i v době šestinedělí, kdy ženu navštěvuje doma.

„V některých zemích je péče v porodních domech dokonce hrazena ze zdravotního pojištění. Tato zdravotnická zařízení tvoří součást veřejného zdravotního systému, v němž je na jedné straně porodní asistence autonomní profesí s jasně definovanými kompetencemi, na straně druhé plná odpovědnost rodičky za svá informovaná rozhodnutí.“ Na stejném principu porodních domů fungují i porodní centra. V České republice takové porodní centrum fungovalo pouze dva roky (1998-2000) v rámci pražské nemocnice na Bulovce a porodní dům U čápa nefunguje na všech úrovních, jelikož nesmí přijímat rodičky na samotný porod. (pdcap.cz)

4 METODOLOGIE

4.1 Výzkumné otázky

Otázky, na které se zaměřuji, se vztahují ke zkušenostem, chování, vnímání, k názorům a pocitům, které načerpaly ženy-rodičky během svých porodů. Vznikly tři hlavní tematické okruhy týkající se porodu v nemocnici a domácího porodu. První tematická oblast se zabývá zhodnocením nemocničního porodu, jednání personálu a celkovým postojem k technomedicínskému vědění, který si ženy během návštěvy nemocnice utvořily. Druhé téma se zabývá podporou, která se ženám dostala v rozhodování pro domácí porod. A též reflektuje důležitost role, kterou v tomto rozhodování hrál partner. Poslední oblast popisuje proces nabývání informací a důvěry ohledně domácího porodu. Ke každé oblasti jsem si během jednotlivých rozhovorů nadefinovala několik základních otázek, abych se při vyhodnocování snadněji držela témat, která pro mě byla klíčová.

Porod v nemocnici a postoje k techno-medicínskému vědění

Především jsem se zaměřila na to, jak vůbec ženy-rodičky obecně vnímají zdravotní personál a jaké mají zkušenosti se zaměstnanci gynekologicko-porodnických oddělení. Zajímalo mne, jaký důraz přikládají autoritativnímu vědění, kterým tento personál vládne a do jaké míry mu důvěřují. Bylo např. zjištěno, že nejvíce měly ženy rodící doma strach z toho, jak se bude chovat personál v nemocnici a zda nepřijdou sankce, při případném převozu, kdyby nastaly komplikace (Zemánková 2010). To vypovídá o tom, že ženy mají obavy z nevypočitatelného jednání a nepochopení ze strany pracovníků tohoto zdravotního oddělení, které mohou ovlivňovat jejich důvěru.

Výzkumy Hrešanové a Marhánkové (2007) též ukazují, že jsou jisté rozpory, které nastávají v případě, že ženy nepřijímají vědění personálu za

to nejsprávnější. Proto jsem zjišťovala, zda chování personálu nevzbudilo v ženách tendence, které je vedly k alternativnímu porodu doma. Tato otázka byla též podpořena nízkou spokojeností s personálem, který pečuje o ženy v době těhotenství, při porodu a po něm (Raiter 2010).

- Jaké zkušenosti si ženy odnesly z porodu, který absolvovaly v nemocnici, mají celkový dojem kladný, nebo záporný?
- Jakou zkušenost mají s personálem, který o ně pečoval?
- Jakou váhu přikládají autoritativnímu vědění kvalifikovaných zdravotníků a jak vnímají jejich praktiky?

Podpora v rozhodnutí родit doma

Wiegers et al. (1998: 1506) tvrdí, že v Nizozemí na rozhodnutí, kde žena bude родit, hrají roli postoje signifikantních druhých, což jsou postoje a názory partnera, rodiny a přátel. Roli též hraje, zda už někdo v rodině, nebo blízkém okolí doma родil. Na základě tohoto tvrzení jsem se zaměřila na to, jakou úlohu pro ženy rodící doma, hraje podpora partnera, rodiny, přátel a známých. Vzhledem k tomu, že v naší zemi je stále legitimním autoritativním přístupem pouze přístup medicínský, je v široké veřejnosti zakódováno to, že je to i ten jediný správný. Od toho se pak odvíjí pohled na věc širší veřejnosti. Zajímalo by mne, jaký způsob podpory tyto ženy získaly a do jaké míry je pro ně podpora signifikantních druhých důležitá.

- Získaly ženy podporu ohledně svého rozhodnutí родit doma?
- Pokud ano, jaký druh podpory?
- Jakou roli pro ženy hrála podpora blízkého (především partnera), i širšího okolí?

Nabývání informací a důvěry ohledně domácího porodu

Troufám si říci, že média²¹, na základě komplikací, které se staly během domácích porodu, nastavila veřejné mínění tak, že se často opírá právě o porodní autoritativní vědění lékařů nesouhlasících s domácím porodem. Zprávy typu „Prima porod s rizikem smrti“ nebo „Domácí porod skončil neštěstím“ (Lidovky 2009), musí vzbuzovat pocit, že domácí porod není ideální alternativou a pokud si ji žena sama zvolí, musí se nejprve dostat k informacím, které ji pozmění vnímání fenoménu domácích porodů.

- Jakým způsobem se ženy dostaly k domácímu porodu jako takovému a k informacím, které jim tuto alternativu přiblížily?
- Jakým způsobem získaly důvěru v domácí porod?
- Jsou ženy opravdu přesvědčené o správnosti varianty porodu doma?

4.2 Metoda výzkumu

Bádání je postaveno na kvalitativním výzkumném přístupu případové studie. Výhodou kvalitativních výzkumných technik je totiž to, že mohou být velice cenné pro poskytnutí detailního pochopení zkoumaného problému, který bychom kvantitativními metodami obtížně podchytili (Lavender et al. 2004).

Případová studie

Případová studie je „podrobným studiem několika málo případů, kdy jde především o zachycení složitosti případu a popis vztahů v jejich celistvosti“ (Hendl 2005: 104). Obecně vystihuje chování jedince, jeho zkušenosti, role a motivace, které ovlivňují jeho jednání ve společnosti (Berg

²¹ Masová média jako taková mají velký vliv na utváření veřejného mínění a nastolování agendy, čímž formují cíle a priority jedinců (Kalvas 2009). Mají tedy vliv na prosazování autoritativního vědění, jelikož ti co tímto věděním vládnou, mají i jistý zájem o jeho prosazení.

2001: 225). Na základě Stakeovi typologie případových studií byla zvolena „kolektivní případová studie, kdy výzkumník věří, že zkoumáním více případů získá větší vhled do dané problematiky“ (Stake 1995 in Hendel 2005: 107).

Pokud si výzkumník zvolí kolektivní případovou studii, je třeba, aby určil objekt výzkumu a vyjasnil jeho konceptualizace, zvolil studovaná témata, či jevy a určil výzkumné otázky. Dále pak výzkumník hledá pravidelnosti v datech, které se vztahují k položeným otázkám. Na závěr pak navrhne základní tvrzení a zobecnění, která budou platná pro daný případ (Stake 1995 in Hendel 2005: 107-108).

Při vyhodnocování výsledků výzkumu jsem se snažila držet post-positivistického paradigmatu, které nahlíží na realitu jako na společenský konstrukt, nikoliv objektivně danou skutečnost (Noor 2008: 1602). Snažila jsem se vyvarovat kvantitativnímu hodnocení a naopak daný fenomén nahlížet jako rozličné zkušenosti a vnímání, které mu objekty přikládají.

„Vědecký přínos této metody spočívá v objevení nových fenoménů, které mohou sloužit jako živná půda pro pochopení dané problematiky“ a také nás může navést na další hypotézy, které budou zkoumány v dalších studiích (Berg 2001: 231).

Bruce L. Berg (2001: 231) se táže, zda nám tato technika výzkumu přináší objektivní výsledky, které nejsou ovlivněny subjektivním přístupem badatele. Na základě tvrzení Jana Hendla (2005: 104) předpokládám, že důkladným prozkoumáním těchto několika případů bude následně možné porozumět případům obdobným.

4.3 Sběr dat

Jako nevhodnější techniku sběru dat jsem pro tuto problematiku zvolila kvalitativní polostrukturované dotazování, které je pro případovou studii vhodné (Berg 2001: 69). Rozhovory, které trvaly zhruba od čtyřiceti do

šedesáti minut, jsem nahrávala na diktafon a poté přepsala do programu Word, abych mohla snadněji vyhodnotit potřebné informace.

Spíše než strukturované dotazování jsem dala přednost polostrukturovaným rozhovorům. Strukturované rozhovory mají sice výhodu v tom, že pokládáme jednoznačné otázky a získáváme stejné odpovědi od všech dotazovaných (Jeřábek 1992). Informace se pak lépe vyhodnocují, ale kritiky je poukazováno na to, že „výzkumník utváří rozhovor vlastní cestou“ (Hendl 2005: 164), čímž může výsledky výzkumu ovlivňovat svými subjektivními postoji, které se promítají do otázek, které dotazovanému pokládá. Může pak přijít o cenné informace, protože zde není tolik prostoru pro to, aby dotazovaný mohl odbočit od přesně položené otázky.

Zatímco polostrukturované dotazování, které se sice vyznačuje určitou osnovou, ale ta není striktně ohraničená, je charakteristické velkou pružností celého procesu získávání informací. To se mi osvědčilo hned během prvního rozhovoru, kdy se jedna z žen začala sama zmiňovat o věcech, na které jsem se dotazovat nechtěla, ale tyto informace mi byly velmi přínosné a poskytly mi další otázky pro následující dotazování. V rámci polostrukturovaných rozhovorů je také prostor pro sondážní otázky, které nám doplní některé informace, a my si můžeme udělat přesnější představu o dané problematice (Jeřábek 1992).

Technika mého dotazování se nejvíce přibližovala narativnímu rozhovoru, kdy je jedinec vyzván k volnému vyprávění o základním tématu (porod v porodnici a doma), které jsem korigovala otázkami směřujícími k odpovědím na tematické okruhy, které jsou podstatou mého zkoumání. Narativní rozhovor vychází z předpokladu, že existují subjektivní významové struktury o určitých událostech, které se vyjeví při volném vyprávění a naopak se neobjeví při cíleném dotazování“ (Hendl 2005: 176). Díky takovému vyprávění se člověk dostane k různým subjektivním teoriím, které jsou postavené na rovině, která je spíše abstraktního rázu.

Předpokládala jsem, že odpovědi na mé výzkumné otázky najdu v kontextu různých témat (Berg 2001: 69). Jelikož jsem tematiku porodů pečlivě nastudovala, nebyl pro mě problém rozumět problematice a doptávat se na další otázky, nebo naopak nechat vyprávění plynout tak, aby nebylo narušováno obecnými faktickými otázkami.

Po té co mi dotazované ženy popsaly svoje zkušenosti a zážitky s institucionalizovaným nemocničním porodem, zaměřila jsem se na to, jakým způsobem se dostaly k domácím porodům, a nechala je, aby se rozpovídaly o své zkušenosti s porodem doma. Považuji za důležité klást důraz na kognitivní složku výpovědi (Vinopal 2009). Toto téma v ženách vyvolávala chvílemi silné emoce, které mi vypověděly o jejich postojích. Rozrušení, nebo nadšení, které v ženě vyvolalo vyprávění některých zážitků a zkušeností může totiž napovědět, jaké dojmy si žena odnesla a dodá poměrně banální odpovědi na síle.

Při setkání s dotazovanými ženami bylo důležité navázat takovou konverzaci, která bude sloužit jako dobrý začátek pro další povídání. Důležité na začátku setkání bylo získat souhlas o nahrání rozhovoru na diktafon a použití těchto dat do mého výzkumu. Za důležité považuji i to, jak člověk vypadá, zda působí přirozeně a zároveň zainteresovaně. Většina žen je na mateřské dovolené a proto bylo důležité vybrat vhodné prostředí k rozhovoru, kde se zabaví i jejich děti. Často jsou takovými místy veřejné parčíky a dětská hřiště.

4.4 Jednotka analýzy

U případové studie je důležité předem charakterizovat vzorek, který bude zkoumán a analyzován. V případě této práce je jednotkou analýzy skupina žen, které během posledních deseti let prošly alespoň jednou nemocničním institucionalizovaným porodem, a následně aspoň jednou porodem v domácím prostředí.

Ženy pro dotazování jsem sehnala pomocí internetových konferencí - normální porod, HAM²²-interní konference a očkovací konference, kam mi jedna z členek HAM vyvěsila prosbu o poskytnutí rozhovoru s odkazem na moji emailovou adresu, na kterou se mi tyto ženy postupně začaly ozývat.

4.5 Metoda analýzy dat

Analýza dat byla provedena pomocí textového procesoru Microsoft Word, což je technika, která může být využita pro analýzu různých druhů dat a za druhé je takový textový editor snadněji dostupný než programy přímo určené k analýze kvalitativních dat. (La Pell 2004)

Nejprve byly rozhovory přepsány do textového procesoru. Jednotlivé výpovědi byly naformátované do tabulek, tak aby byly v jednotlivých řádcích odděleny otázky dotazujícího od výpovědí dotazovaného. V druhém kroku byla data zevrubně přečtena a vytvořen seznam s kódy k jednotlivým tématům a jejich podotázkám. Technika otevřeného kódování je část analýzy, ve které dochází k označování a kategorizování údajů (Strauss, Corbin 1999: 43).

Tyto kódy byly vpisovány do dalšího sloupce, ve kterém je bylo možné po označení vyhledat pomocí funkce „Najít“. Dále je možné různé části textu označovat pomocí funkce „Tučné“, „Barva písma“, nebo „Barva zvýraznění textu“, což může být užitečné, pro snadnější dohledávání přesných výroků.

²² Hnutí za aktivní mateřství

5 VÝSLEDKY A INTERPRETACE DAT

Heller (2007: 76) dělí transformaci kvalitativních dat do tří fází, které „data přetváří od skutečnosti k jejímu poznání. Na začátku jsou data, údaje, informace a na konci vědecká reflexe, poznatky, poznání a teorie.“ Popis získaných dat ohledně porodů vypovídá o samotné problematice, zatímco pomocí analýzy hledáme a identifikujeme vztahy mezi jednotlivými popsány jevy a hledáme souvislosti. Interpretace poté souvisí s celkovým shrnutím situace.

5.1 Porod v nemocnici a techno-medicínské vědění

Dotazované ženy se často rozprávaly o tom, jakým způsobem si vybíraly porodnice při prvním, ale i při druhém porodu, kde se musely pro případ náhlého rozhodnutí, že doma porod probíhat nebude, zaregistrovat. Tyto ženy si porodnice většinou vybíraly podle různých referencí, které našly na internetu, nebo získaly od jiných žen z předporodních kurzů. Už při prvním porodu se často snažily volit takové porodnice, které jim poskytnou otevřenější přístup k porodu a kde budou mít možnost se s personálem domluvit na případných alternativách.

„To už jsem začala hledat ne netu, jak se prezentují ty porodnice, a vlastně na Vinohradech měla, že když se dítě narodí, že se odnáší. Ale zase, že se dá na všem domluvit, pokud si to matka přeje a pokud si to přejou rodiče, tak tam prostě zůstává, tečka. Tak jsem si říkala: ‚bezvadný, zase se na všem domluvíím‘.“
(Dana)

5.1.1 Postoj k porodu v porodnici

Už v třicátých letech poukázal britský lékař G. D. Read, že je velmi důležitá psychická vyrovnanost rodící ženy. Kládl mimo jiné i důraz na vztah

mezi ženou a porodníkem, který by měl být postavený na důvěře v personál a porodnické prostředí. (Šulová 2004: 19)

Ve svém vyprávění o dojmech z porodnice se ženy vůbec nezmiňují ohledně materiálního vybavení, nebo zda na ně prostředí působilo příjemně, či nepříjemně, a zda měly potřebu využít nějakého druhu pomůcek. Pokud zmiňují své kladné, nebo záporné dojmy, materiální vybavení porodnic není pro ženy tak podstatné. Spíše kladly důraz na způsob, kterým probíhala interakce mezi jimi a personálem, který o ně v té době pečoval.

Ženám často vadilo, že si nemohou věci dělat zcela podle svého přesvědčení a že nad sebou mají někoho, kdo jedná jako autorita, která jim podle řádu dané instituce dává rozkazy, nebo jedná, bez jejich vědomí. A to jak s nimi samotnými, nebo i s dítětem po jeho narození.

„Sestřičky na tom šestinedělí byly hrozně fajn, kromě teda jedny, ta mě pořád nutila, že je moc hubenej a že mu mám dávat sunar, tak tu se mi podařilo nějak odpálkovat. Jinak byly všichni hrozně moc hodní, byla tam jedna úžasná sestra, starší, která nás učila děti koupat.“ (Eva)

„...byla jsem (doma) sama s dítětem a nikdo mi nemluvil do toho, co mám dělat, zda ho mám umývat, nebo neumývat. Prostě jsem mohla kojit, kdy si chci a nemusela jsem jednat s žádným personálem, který by se mi snažil něco vnucovat.“ (Cylka)

Ukázalo se, že ženy, které jsem dotazovala, jsou ženy, které jsou zvyklé spoléhat se ohledně veškerého jednání samy na sebe, a že jim institucionální prostředí porodnic nenabízí prostor pro subjektivní potřeby a dostatečné uspokojení ohledně individuální komunikace, v rámci, které by s ženou diskutovali veškeré praktiky prováděné na ní i na jejím dítěti.

„Vůbec se mnou nemluvili, co se bude dít a jak to bude probíhat. Bylo to pro mě nepříjemný tým, že to bylo, jako bych tam nebyla. Že ten porod dělají oni a já tak jako vůbec nejsem. Jako že se mě to netýká, že se to týká mého těla, ale to je tak jako všechno.“ (Anna)

„A já jsem neměla žádnéj plán, že nebudu očkovat, ale nikdo se mě neptal a nikdo mi nic dopředu nehlásil, jen tam bylo razítko, že očkování bylo. To bylo takový, ten přístup, že každý si dělá a nikoho se na nic neptá, to je jakoby znamení vlastně, že to v té porodnici takhle probíhá.“ (Gábina)

Ukázalo se, že ženy se v porodnici necítily příjemně, protože tam neměly nikoho, v koho by měly důvěru. Především v tom smyslu, že tam neměly nikoho, na koho by se obrátily v emociálně slabších chvílích, nebo ve chvílích, kdy by si rády prosadily své představy o porodu a dostály svým vlastním potřebám.

„Já jsem v ně neměla moc důvěru. Přišla mi třeba nějaká něco říct, potom zase přišla jiná, ale nebyl tam jeden člověk, s kterým bych to mohla třeba probírat, aby mě pochopil. A já jsem si připadala, jako že jsem nějaká potíživka, že tam pořád jenom brečím a nespím.“ (Dana)

Já bych třeba ráda rodila v porodním domě. Nebo prostě, kde mám důvěru v ten personál a důvěru v to, že mě budou respektovat. (Cylka)

Ženy během svého vyprávění o porodu v institucionalizovaném porodnickém prostředí často zmiňovaly věci, které se jim nelíbily. Největším problémem bylo to, že v porodnicích nebyly dodržovány zásady „bondingu“²³, kdy by dítě mělo zůstat v nepřetržitém kontaktu s matkou. V praxi bonding probíhá tak, že je novorozence po vypuzení ihned přiložen na matčinu hrud'. Dítě je pouze osušeno, nikoliv umyto, aby z jeho rukou nebyla smyta plodová voda, protože matčiny bradavky mají stejnou chuť i vůni právě jako plodová voda a pro novorozence je snadnější nalézt bradavku, ze které může začít sát bezprostředně po porodu. Obecně by se

²³ Teorií bonding se v naší zemi zabývá především klinická psycholožka a psychoterapeutka Michaela Mrowetz. Bonding znamená v překladu „připoutání“ a prvně tohoto výrazu ve smyslu lidského připoutání použili v sedmdesátých letech minulého století dva američtí pediatři Marschal Klaus a John Kennel. „Domnívali se, že existuje biologicky naprogramované období „opatrovatelské připravenosti“, které začíná ihned po porodu a trvá asi dalších dvanáct hodin. Během těchto nejdůležitějších dvanácti hodin budují matky a novorozenci základy svých emočních vazeb.“ (Mrowetz 2009)

mělo vyvarovat všem rutinním činnostem jako je měření a vážení. (Mrowetz 2010)

I přesto, že tu je jistá snaha dítě hned neodnášet od matky a porodnice nabízí pokoje, které matky sdílí se svým dítětem, tak ženy nebyly spokojené. Svě dítě si přály mít co nejvíce u sebe. A to i ve chvílích, kdy ho bylo třeba, podle zásad a přesvědčení daného institucionálního prostředí, umístit do inkubátoru.

„A ani nám ho vlastně nekoupali, nic nám s ním neudělali. Takže ho tam jenom zvážili a změřili a pro mě to bylo jako divný, proč mi ho najednou někdo vzal.“ (Anna)

„...nás nechali dvě hodiny na sále, což je ten standart být s tím miminkem, ale s miminkem v inkubátoru, že jo. Takže já jsem na něj sahala do inkubátoru a nemohla jsem od něj odtrhnout oči. A to si pamatuji, že jsem si říkala, že není něco v pořádku, že jsem instinktivně cejtla, že takhle to nechci, ale neuměla jsem si říct.“ (Eva)

„Jo a hlavně to, co udělali po prvním porodu, to jak mi odnesli to první dítě, tak to možná ve mně zasel možná ještě větší nedůvěru k těm institucím.“ (Cylka)

Většina žen, ač vyjmenovala množství záporných dojmů, vyhodnotila porod v nemocnici tak, že byla v zásadě spokojena. Některé ženy zmiňovaly příjemné momenty, kdy se k nim personál choval velmi mile a projevil hlubší zájem o jejich případ a je samotné. Některé ženy dokonce počítaly s tím, že další dítě odrodí znovu v porodnici. A pokud si odnesly špatné pocity, byly přesvědčené, že kvůli dalšímu dítěti by tento proces podstoupily znovu.

„Já bych si v podstatě neměla na co stěžovat. Oni mi ho nikam neodnesli, všechno dělali na tom pokoji, jenom mi to přišlo jako úplně zbytečný. Proč měřit dítě, který je nezměřitelný.“ (Anna)

„Až na tyhle drobnosti, který vím, že bych udělala jinak a vim proč, tak tenkrát jsem nezažila nějaké traumatické zážitky, takže bych si říkala: ‚ježíši, už tady nikdy rodiť nechci‘. Když jsem odtamtud odcházela, tak jsem jim říkala, že jim strašně

moc děkuju... Takže to bylo fajn, odcházela jsem tam s tím, že tam bud příště zase rodit a byla jsem jako vděčná.“ (Eva)

„měla jsem pocit, že všichni věděj, co dělaj a že to dělaj správně, akorát já jsem se cítila nepříjemně...pocity byly hrozně blbý, z tý porodnice jsem měla blbý pocity, žádnou dobrou vzpomínku... věděla jsem, že to přetřpím i pro to další dítě, které chci.“ (Fany)

Až v době po příchodu z porodnice, kdy se ženy začaly starat o své dítě a během dalšího těhotenství, kdy nabývaly nových poznatků ohledně porodu, začaly zjišťovat, že některé věci by při dalším porodu chtěly udělat odlišně. Začaly porod vnímat jako něco mnohem komplexnějšího, než jenom jako jakýsi biologický proces.

„Začala jsem to řešit až po tom fyzickym porodu, když jsem se začala starat o to dítě a viděla jsem, jakej to je zázrak. Tak jsem si začala uvědomovat, že všechny ty souvislosti jsou mnohem hlubší, než je jako porodit dítě.“ (Eva)

Ženy začaly více klást důraz na psychologický aspekt porodu²⁴. Právě z odborného hlediska psychologů je často zmiňováno porodní trauma a úzkosti, které mohou postihnout čerstvě narozeného jedince. Důležité tedy je, aby byl příchod na svět jedinci, ale i jeho matce co nejvíce příjemněn. (Vymětal 2003: 34)

5.1.2 Postoj k techno-medicínskému autoritativnímu vědění

V naší zemi je v oblasti medicíny jediným legitimně uznaným autoritativním věděním to, které stojí na základech moderního paradigmatu. Víra v pokrok a vědu je hlavní zásadou našeho zdravotního systému a je

²⁴ Samotný průběh porodu má vliv na jedincovu psychiku. Již na počátku dvacátého století upozornil C. G. Jung na vývoj jedincova vědomí, které se začíná rozvíjet už v nitroděložním stádiu. Toto dokazují i studie zabývající se postoji ženy k nenarozenému dítěti v těhotenství, nebo studie, které reflektují průběh porodu a následný psychický stav jedince a jeho schopnost emocionálního cítění (Odent 2003: 69-75).

prosazována jak samotnými zastánci medicínského přístupu, tak širokou veřejností, která tyto vědní autority uznává.

Co se týká postojů k tomuto typu vědění, dotazované ženy si drží jistý odstup a veškeré diagnózy a praktiky institucionálních zástupců tohoto vědění kriticky zhodnocují. Snaží se získávat informace, které jim odpoví na otázky i z jiného pohledu, než je ten lékařský, který jim neposkytuje odpovědi na dostačující úrovni. Nelíbí se jim také způsob, jakým je nahlíženo lidské tělo, které by mělo být vnímáno jako propojený psychosomatický celek.

„...řekla bych, že většinu doktoru (vnímám) špatně. Neuznávají takový ten přístup, prostě rozkouskují člověka na ruku, na nohu a na střevo. Člověk ale není soubor rukou, noh a střev.“ (Cylka)

„...to já bych si nikdy nedala, ona (kamarádka) slepě věří těm doktorům, ale opravdu slepě. Ona si nic nečetla, nebo prostě ty normální knížky.“ (Eva)

To, jakým způsobem tyto ženy vnímají váhu lékařského autoritativního vědění, můžeme vyvodit i z toho, jak dotazované přistupují k lidskému tělu, jeho stavům a zdraví jedince, kdy před klasickou léčbou a léky upřednostňují léčbu pomocí homeopatik. Ženy ani nekladou příliš velký význam různým vyšetřením, která by během těhotenství měly podstoupit. Snaží se těmto moderním techno-medicínským službám vyhýbat, nebo je co nejvíce omezovat. Většina žen také postupem času přehodnotila očkování a v dnešní době s touto praktikou nesouhlasí a své další děti očkovat nenechává.

„Noo, tak jsme to pak nějak probírali s homeopatkou a ani nevím, jestli jsme na to nedostali nějaký opravdu homeopatika, ale každopádně ji (dceru) to pak nějak přešlo.“ (Hana)

„A řešili jsme už to očkování, nebylo úplně příjemný, jako že nechceme očkovat v tý porodnici a tak...“ (Fany)

„A vlastně zpětně, kdybych měla víc času si to rozmyslet, tak to posunu, nebo teď vůbec neočkujeme, to jsem taky přehodnotila.“ (Gábina)

Problém se zástupci techno-medicínského přístupu je také v tom, že ač jsou tu různé možnosti léčby, nebo pomoci, nedávají jedinci na výběr a rozhodují za něj, co je pro něj nejlepší. Podle výpovědí dotazovaných žen, by měli jedinci znát veškeré alternativy a především jejich rizika a podle vlastního vědomí si zvolit způsob léčby. Lékaři jsou sice vnímáni jako odborníci, kteří nesou velkou zodpovědnost a mají jisté závazky k celému zdravotnickému systému, ale některé ženy by si přály, spoléhat se především sami na sebe a vědní autority mít jako jakési konzultanty, kteří jim nabízejí možné alternativy.

„Takže doktoři jako jo, měli by se brát za odborníky, ale na druhou stranu cítím, že by se to měl klást větší důraz na to, že ten pacient je zodpovědný za to, co cítí a že by si měl vybrat ten způsob léčby. Měl by mít pár alternativ, měl by znát ty rizika, jaký jsou spojený s tím, co si sám zvolí a měl by k tomu být přizvaný, aby spolurozhodoval a myslím si, že v mnoha ohledech to probíhá tak, že doktor rozhodne, ale ta alternativa tam vždycky nějaká je.“ (Gábina)

„Ale rozumím tomu, tam je taková velká zodpovědnost, kterou oni mají za tu ženu, jako že jsou ti, kteří jsou tím systémem naučení, že oni mají tu zodpovědnost, ale já mám ráda tu zodpovědnost sama za sebe...“ (Anna)

Ženy si často stěžují, že lékař, nebo porodník nebere ohledy na jejich pocity a na informace, které jim dává jejich tělo. Věří, že to je nejdůležitější zdroj informací, na jejichž základě by mělo být popřípadě do organismu zasahováno. Do takové konfrontace se ženy dostávají s lékaři a jiným zdravotním personálem především při porodu. Ženy se cítí zdravé a porod vnímají jako normální přirozený proces, se kterým si jejich tělo poradí. Pokud jim je vnucováno jiné vědění, než to které žena má a považuje ho za správné, dochází k nepříjemným situacím. Na jednu stranu tu jsou situace, kdy lékaři ženě pomáhají, aniž by o to sama stála, a na druhou stranu jsou pak okolnosti, kdy doktor nedokáže ženě pomoci, protože opět nenaslouchá informacím, které ženě dává intuice a tělo, jako tomu bylo v případě ženy, které lékaři chtěli vzít nedonošené dítě, navzdory tomu, že ona ho chtěla

zachránit. Tímto činem v ní vzbudily pocit, že když opravdu potřebuje pomoc ze strany autoritativního vědění lékařů, tak se jí nedostane.

„...vůbec je jako nezajímá to, jak se cítíte, jak to vnímáte, co se stalo před tím, a je fakt, že jsem zvyklá nějak hodně vnímat své tělo a pracovat s informacema, které mi dává. Takže mám jiný zkušenosti jiný než ty lékařský...“ (Anna)

„Vlastně, ve chvíli, kdy jsem tu pomoc zdravotnickou potřebovala, tak kdyby tam bylo to riziko, nebo problém, tak ty zdravotníci se zachovali tak, že by mi vůbec nepomohli.“ (Fany)

Většina žen si je vědoma toho, že zdravotnictví je svým způsobem ovlivněno finanční politikou a že jsou úkony, které mohou stát velkou část peněz. Jsou si také vědomy úplatků, které jsou spojené nejenom s porody a které na jednání lékařů vrhají jakýsi pomyslný stín. Věří, že za tyto úplatky jsou někteří porodníci schopni poskytnout nadstandardní služby a udělat jakékoliv zásahy, aniž by své klientky upozornily na rizika, která mohou nastat i u tak běžného operativního zákroku jako je císařský řez.

„Ta paní, která si jde podplatit císaře, tak by měla znát ty rizika, ale to tak není, protože ti doktoři si to nechaj zaplatit a maminka je ráda, že si nic neprožije.“ (Eva)

„Chtěla jsem převízt k Apolináři, kde prostě dělaj ty nedošence. A oni mi řekli, že bych ten převoz nepřežila, že jak krvacím a ta sanitka drncá, tak bych to nepřežila. (Já: A co vrtulník?) To je všechno o penězích asi.“ (Fany)

To, že je techno-medicínské autoritativní vědění propojeno s peněžní politikou vyplývá i z toho, že jsou ženám v rámci porodnických institucí nabízeny produkty různých firem, které si prostřednictvím zástupců autoritativního vědění nechávají dělat reklamu. Dotazové ženy zmiňovaly, že na ně kladně zapůsobilo, když jim personál, i přestože tyto věci musí propagovat, řekl své postoje ohledně jejich užitečnosti a účinnosti.

„...doktor říkal (on byl nějaký alergolog), že by nám doporučil (že nám sice musí dát všechny ty letáčky od Jonhson&Jonhson) děti mazat olivovým olejem, nebo slunečnicovým, že on to tak taky dělá a že on právě je pak ten, kdo řeší

všechny ty následky tý alergie z těch krémů, který pak má v ordinaci. Řekl, že dát nám to musí, ale že on by dělal takhle. Takovej fakt rozumnej člověk mi to tenkrát přišlo, až takovej osvícenej na tu dobu.“ (Hana)

„...byla tam jedna úžasná sestra...A ta nám říkala, samozřejmě jsme tam dostaly samí ty značkový vzorkový Johnsons výrobky, plenečky a kosmetiku a prostě všechny tyhle věci, abychom si je potom kupovali. Ona to vzala, dala to na stranu a řekla: ,tohle vůbec nepotřebujete, kupte si mýdlo s jelenem a to vám bude stačit, jako to dítě nic nepotřebuje, to má svoje správný Ph kůže´... Skvělá ženská! Parádní.“ (Eva)

5.1.3 Alternativní porodní vědění

V teoretické části práce je uvedeno, že i samotné rodičky věří v technomedicínské znalosti a autority, které jimi vládou (Jordan 1992). Nicméně ženy, které si volí alternativy k medicínskému porodu vedenému lékařskými znalostmi, budou mít pravděpodobně důvěru především ve vědění, které stojí k tomu lékařskému v jakési dichotomické pozici. Stejně tak jako vnímáme dichotomii porodu v institucionalizovaném prostředí porodnic a alternativnímu porodu doma, kdy každá z těchto variant stojí na svém vlastním porodním vědění.

Ženy, které mají své vlastní vědění, takové, které se neshoduje s vědění technomedicínským, hledají oporu pro své názory a potřeby právě u porodních asistentek působících u domácích porodů. Porodní asistentky jim dávají prostor právě pro to jejich vědění založené na intuici a na tom, co jim říká vlastní tělo. Ženy v porodních asistentkách hledají především někoho, kdo je ujistí, že se mohou rozhodnout na základě svého úsudku a svého vědění. Ženám vyhovuje ten pocit, že si mohou o svém porodu rozhodovat samy.

„...ona nás nepřesvědčovala, abychom rodili doma, to není tak. Spíš to je tak, že by žena měla dělat to, co je vhodné pro ni.“ (Gábina)

Davis-Floyd a Davis (1996: 241) domácí porod charakterizuje jako oblast ženskosti, přirozenosti a intuice, vymezuje ji v opozici mužskému racionalismu a víry v technologii. Na základě tohoto dichotomického dělení bychom tedy čekaly, že je domácí porod od obecných racionálních úsudků jaksí osvobozen. Podle výpovědí respondentek toto ovšem říci nemůžeme. Ženy o porodní asistenci hovoří jako o někom rázném, kdo doslova oplývá mužskou energií, o někom, kdo jednoznačně řekne klady a zápory, na základě nichž ženy zváží veškerá rizika a přínosy.

„Mě ovlivnil ten její přístup. Každý to má asi jinak, ale ona je takovej hodně mužskej typ, jo. Má v sobě hodně mužský energie.“ (Hana)

„Ona mě přišla právě, to co je na ni nejlepší, že ona těm ženám říkáte, vy rodíte, nikdo to za vás neudělá.“ (Anna)

„Má takový rázný chování a některým ženským nevyhovuje, protože je na ně až příliš rázná. Ale mě naprosto vyhovovala, že byla taková racionální a říkala i negativní věci, co by se mohlo stát, co by tohle a támhleto.“ (Eva)

Porodní asistentka na ženy působí jako důvěryhodná osoba především z důvodu toho, že má velké množství vědomostí z oblasti porodů. Za prvé má potvrzení, které ji opravňuje vykonávat praxi porodní asistentky a za druhé, má zkušenosti s porody v obou prostředích.

„Já jsem si uvědomila, že tam určitý riziko je, že se začne něco dít a já to už nezvládnou, ale proto jsem si volala Janu, protože jsem si byla jistá, že ona to jako zná a důvěřovala jsem jí, že když se začne něco dít, tak ona to zvládne“ (Dana)

Ženy, které chtějí родit doma, vyhledávají racionální přístup založený na vědomostech a praxi. Proto je mezi ženami ve velké oblibě dílo od Michela Odenta. Je to člověk, který je vystudovaný lékař a který tyto vědomosti má podložené praktickými zkušenostmi.

„Tak Odent, ten mě potěšil, protože on slovy pojmenovává věci, vědecký věci (a je to doktor chlap, není to žádný čajíčkář), který já si myslím a cejtím a neumím

je pojmenovat, protože nejsem studovanej lékař...on rodil lidi, on to nemá z žádných domněnek, že by někde chodil za šamanama bubnovat a pak si to vymyslel někde z hvězd. On to zažil, ty porody. A ví, že když se tý ženský do toho nekecá, že ten porod je bezproblémovej a že 90% ženskejch může rodit normálně a může kojít normálně.“ (Eva)

Podle Druckera (2001 in Veselý 2004: 439) je v dnešní době společnosti vědění největší poptávka po tzv. „vědomostních technologiích“, lidech, kteří vykonávají do jisté míry manuální práci, ale mají obsáhlý teoretický základ, který získají řádným vzděláním, což je právě i profese porodní asistentky. Ema Hrešanová (2006: 58) poukazuje na nynější vzestup postavení porodních asistentek, které svými schopnostmi a věděním odpovídají na požadavky, které jsou kladeny na někoho, kdo ženě pomáhá přivést potomka na svět.

5.2 Podpora v rozhodnutí rodit doma

Podporu ve svém rozhodnutí rodit doma ženy zprvu získaly především u jiných žen, které už doma rodily. Buď to byly ženy, které potkaly na internetových diskuzích a osobně se s nimi popřípadě setkaly až později, nebo to byly kamarádky, kterým se svěřily, protože věděly, že u nich získají pochopení.

„Až v těhotenství, až když jsem vlastně otěhotněla po druhý, měla jsem už tenkrát několik kamarádek a známých, které rodily doma a je pravda že to hodně člověku pomáhá vidět to v té realitě.“ (Gábina)

„Jo jo jo, v té době jsme byly tři kamarádky, které jsme rodili v jednom čase. Všechny jsme rodili s Janou.“ (Hana)

Co se týká podpory a pochopení ze strany rodinných příslušníků, tak té se jim v tomto případě spíše nedostalo vůbec. Často se ženy s tím, že plánují porod doma, nesvěřovaly, aby v rodině nevzbuzovaly přílišné obavy. Pokud se svěřily ještě před porodem, nedošlo k výrazným diskuzím, ale pochopení u starší generace, nebo i příslušníků generace stejné, která vnímá porod jako rizikovou záležitost a zastává autority s medicínským přístupem, také nezískala. Jen s výjimkou se našel někdo, kdo toto rozhodnutí chápal jako normální věc.

„To je třeba případ mojí švagrové...Ona mě má teda za exota, takže jako moje informace vůbec nebrala, prostě vůbec. Ona půjde do té porodnice a tam si porodí a já jsem ten magor, co rodí doma, a to přece není normální.“ (Barbora)

„A teta, která mi teď hodně pomáhá, je nám celkem blízká. Ta mě hodně překvapila, i když je jako z téhle starší generace, tak ta úplně to respektovala a chápala a měla pocit, že je to úplně nejpřirozenější věc, takže mě to docela překvapilo.“ (Cylka)

„Honzova babička, která je hodně věřící, tak jsem se bála, že to bude největší problém ji to říct, že budeme rodit doma a ta říkala: ‚jé, vždyt já jsem se taky narodila doma, víš a najednou jsem měla někoho, kdo to bere tak, že to je normální‘.“ (Eva)

Pro ženy, které se rozhodovaly pro porod doma, nebyla podle výpovědí, podpora širšího okolí nijak obzvlášť důležitá. Věří, že v případě komplikací, které ovšem můžou nastat i v porodnici, si důsledky za svá rozhodnutí ponese se svým partnerem jen oni sami. Vnímají tím pádem toto rozhodnutí jako něco, co závisí především na nich samotných.

„Tak mě na tomhle a na názorech jiných nezáleželo, protože kdo mě opravdu znal, tak věděl, že jsem se z nějakého důvodu rozhodla, i když věděl, že tady s tím nesouhlasil, tak věděl, že já to nedělám, že by to bylo moderní, nebo že jsem se najednou rozmyslela... nebo, kdo se vyjádřil, že jsem nezodpovědná, tak jsem říkala: ‚prd o tom víš‘.“ (Barbora)

„Stejně je to jen moje věc, jak to udělám, a toho partnera, že to je naše rozhodnutí i se všema těma důsledkama, které bysme si museli nýst, kdyby se něco stalo.“ (Anna)

Důležité pro ně bylo mít podporu v lidech, kteří o této alternativě mají dostatek informací a mají s ní popřípadě i praktickou zkušenost. Velkou podporou se ženám stávala skupina lidí na předporodních kurzech a porodní asistentka, která tyto kurzy vedla a kterou si často následně vybraly jako doprovod ke svému porodu.

„A velká podpora byla i v Janě (porodní asistentka), protože jsem věděla, že ona k těm domácím porodům chodí a že to zná.“ (Dana)

5.2.1 Podpora partnera

Hlavní podporou se ženám stal partner, který jim byl oporou i při porodu v nemocnici, kde ženy vnímaly jeho přítomnost velmi pozitivně. Stal

se jakýmsi prostředníkem mezi ženou a personálem. Michel Odent (2003) tvrdí, že partner při porodu není ideálním doprovodem. Může ženu při porodu vyrušovat a stále stimulovat neokortex, který by měl být v tu chvíli v jakémisi polospánku. V tomto případě to fungovalo spíše tak, že díky svému partnerovi, který komunikoval s personálem, se mohly ženy soustředit na porod. Důležité však je, aby žena sdílela s partnerem stejné postoje a stejnou představu ohledně porodu.

„...třeba pro mě to bylo hrozně dobrý, když tam byl, hlavně u toho prvního, protože ten porod byl dlouhej a on tam pro mě měl úžasnou roli. My půjdem do porodnice a on to tam s nimi všechno vyjedná, to byla jeho role.“ (Anna)

„Ono je pravda, že jak je člověk ponořenej do toho svýho, tak je těžké reagovat na některé věci. Něco se kolem mě dělo, ale já jsem nebyla přímá komunikace...Ta komunikace s tím okolím třeba, kdyby ses dostala do prostředí, kde by sis chtěla něco prosadit, tak je velice těžká. Jseš opravdu na jiný úrovni smyslový, takže tam může velikou úlohu hrát manžel, nebo ten muž a to jak to s tou manželkou vnímaj, jestli to vnímaj podobně, ty podmínky, který by rádi a když jsou naladěni stejně, tak ten muž může jako hodně pomoci v tom nemocničním prostředí. Pomůže té ženě se prosadit, když sebou teda nemá porodní asistentku, která tohle může zařídit“ (Gábina)

Jsou ovšem případy, kdy je partner u porodu pouze pasivním elementem, který se do procesu porodu nijak nevměšuje, představuje tam pro ženu pouze známou tvář v cizím odosobněném prostředí. V tomto případě tu je muž spíše na přání své ženy, než z vlastního přesvědčení, že by mohl ženě pomoci. V podstatě ani neví jak.

„No, ale my jsme tam přijeli a to bylo úplně neznámý prostředí, kde já jsem nikdy nebyla a to na mě najednou zapůsobilo tak, že jsem řekla: ty tady se mnou musíš zůstat. Cizí lidi, cizí prostředí a cizí situace, prostě se se mnou dělo něco, co jsem nikdy nezažila. Prostě najednou to bylo tak, že on tam prostě musí být. Bylo mi to jedno, chtěla jsem nějakou známou tvář, aby tam byla. (...)Ted já jsem

*najednou nevěděla, co mám dělat a ten partner mi nepomohl, protože nevěděl.
(Dana)*

Co se týká domácího porodu, iniciativa pocházela ze strany žen, které si toto rozhodnutí nejprve samy urovnaly v hlavě a poté své postoje oznámily partnerovi. Partner jako muž stojící na opačné straně genderové dichotomie, od své podstaty racionální a ve vědu věřící zastánce medicínského přístupu, se takto opravdu většinou projevil a v prvních chvílích s porodem doma nesouhlasil.

„On se se mnou o tom nechtěl vůbec bavit, ale vůbec. Neudělal si ani chvílku, aby se o tom se mnou pobavil.“ (Fany)

„Ne ne, to nebylo tak jednoduchý, jakoby když jsem vlastně zjistila, že jsem znovu těhotná, začala jsem to zvažovat, ale partner říkal, že to tak nevidí, a že by se necítil dobře a že minule to proběhlo dobře a že bysme to mohli udělat zase tak (ambulantně).“ (Anna)

Své názory a postoje změnili až na základě racionálního vhledu do podstaty domácího porodu, který je ovšem postaven na principech intuice a přirozeného procesu bez jakýchkoliv vnějších zásahů moderních technologiích. Podle tradiční dichotomie, kterou uvádí Davis-Floyd a Davis (1996: 241), to zní jako oxymóron. Na druhou stranu zde podpoříme Odentovo (2004: 38) tvrzení že to intuitivní jednání je pro ženu zároveň to nejracionálnější. Ve chvíli, kdy není žena nijak rozrušována interakcí ze strany personálu, porod postupuje přirozeně, není třeba vnějších zásahů, které porod zpomalují a mohou ho zkomplikovat.

Ženy uvádí, že pro změnu názoru jejich partnerů bylo zásadní to, aby porod doma nahlíželi jako záležitost postavenou především na rozumu. Ve velké míře v přesvědčování o správnosti této volby napomohla porodní asistentka, která se svým praktickým porodním věděním založeným na

osobních zkušenostech přesvědčila partnery těchto žen. Oslovil je především její „racionálně-mužský“ přístup k této záležitosti.

„Při domácím porodu jsem domluvila schůzku s tou naší ženou, která nás doprovázela v porodnici a že by nás doprovázela i doma. Ale oni vlastně mluvili spolu a díky tomu rozhovoru s ní...Mezi námi to je takové emocionální ten rozhovor a vždycky bude, to mužsko-ženské...kdežto on s ní mluvil jako s naší porodní asistentkou, takže úplně jako z jiné pozice.“ (Anna)

„Ti chlapi jsou většinou citliví na to, že je někdo takhle přecitlivělej a přeženštělej. I když k těm porodů a rodičkám to někdy patří...ona je takovej hodně mužskej typ, jo. Má v sobě hodně mužský energie, že většinou ji právě berou i chlapi. Ona prostě taková je... takže manžel se mnou byl asi na dvou hodinách a taky z toho měl dobrej pocit...“ (Hana)

„Ona na ty muže funguje, ona je taková víc razantnější a řekne přímo informace a to mají chlapi rádi, že si nedělá servítky a říká ty věci přímo, ale jako netlačí, což jako dobrá kombinace.“ (Gábina)

Partneři se ne všem ženám stávají podporou na stejné úrovni. Některé ženy partner podpoří pouze svým souhlasem a porodu doma se neúčastní. Nebo se účastní, ale pouze jako pasivní element, který ženě není ničím nápomocen. V tomto případě tu hraje velikou roli podpora právě dané porodní asistentky (popř. duly), která ženě pomáhá na psychické i praktické úrovni. Dále se může partner stát praktickým pomocníkem při samotném porodu, kdy zajišťuje organizační věci a pomáhá ženě od bolesti např. masážemi. Ne však ve všech případech dokáže ženě pomáhat na takové úrovni, kdy je jeho pomoc spojena s vlastním procesem porodu. Pokud je partner spíše pasivním pozorovatelem, nebo pouze jakýmsi praktickým pomocníkem, je pro rodící ženy od samého začátku porodu důležitá přítomnost porodní asistentky, nebo duly.

„Ten můj partner, jak jste se ptala na jeho roli, tak ta role byla opravdu důležitá, protože věděl, kde jsou igelity, nůžky, plínky a běhal a všechny ty věci nanosil, protože to já jsem už dělat nemohla.“ (Anna)

„On tam jakoby byl, tak nějak se to snažil přežít, ale že by se vcíťoval, tak to ne...Potřebovala jsem nějaký zásah zvenčí. Manžel je na tohle úplně nepoužitelný.“ (Cylka)

Některé ženy naopak nejvíce ocenily intimitu, kterou měly se svým mužem před samotným porodem, nebo dokonce v průběhu porodu, kdy porodní asistentka nestihla včas přijet. Předpokládám, že tyto ženy našly ve svém partnerovi více než praktickou podporu, ale též podporu na úrovni psychické vyrovnanosti, kdy se ženy cítily v naprostém bezpečí, aniž by u nich byla porodní asistentka.

„Už tohle bylo pro mě nějaký takový vyrušení, že jsem vnímala, že tam je někdo na koho si musím zvykat. To že jsem tam byla se svým partnerem, to bylo úplně v klidu, to bylo takový příjemný. Já jsem si pouštěla tu muziku z tanečků a do toho jsem si jako tancovala a prožívala ty kontrakce a povídali jsme si. On mě masíroval, bylo to takový příjemný, čekali jsme vlastně Lindu (porodní asistentku). Ona pak přijela a potom tam s námi jako byla. Ale ty první chvílky byly takové, že tam vlastně někdo navíc. Takže to vlastně bylo tak, že si na to musím zvyknout, že přišel někdo nový.“ (Anna)

„...v té době jsme byly tři kamarádky, které jsme rodili v jednom čase. Všechny jsme rodili s Janou, a ani k jedné to nestihla, a všem to hrozně vyhovovalo.“ (Hana)

Souhlas partnera je zásadní věcí, ač ženy věří, že je porod především záležitostí ženy samotné, chtějí ho sdílet se svým partnerem a vědět, že on je s nimi na stejné vlně ve vnímání důležitosti tohoto procesu. V dnešní době je dítě ve většině případů zplozeno na základě velkého zásadního

rozhodnutí ze strany obou v páru, a proto spolurozhodují i o tom, jakým způsobem dítě přijde na svět.

Ač se ženy domácím porodem vrací k jakémusi starému modelu porodnictví. Vrací se k němu jen do té míry, že autoritativní vědění je znovu představováno ženou, porodní asistentkou, nebo doulou, ale mužský element z porodu vyčleněn už není. Pod vlivem novodobých studií se začal klást důraz na psychologický aspekt porodu a ženám se stává podporou také jejich nejbližší osoba, kterou je v tomto případě nejčastěji partner, s kterým je do procesu porodu vnesen mužský aspekt.

„Porod je samozřejmě věc tý ženský, jako typicky, ale zároveň ten muž tam má velkou roli, aspoň v mém případě. Já jsem tam toho svého chlapa chtěla a potřebovala, protože jsme oba zplodili a to dítě je obou. Nechtěla jsem se rozhodovat proti jeho vůli, nechtěla jsem родit doma, kdybych věděla, že on nechce.“ (Eva)

Ač jsou tu tedy názory, že může mít partner u porodu negativní vliv na ženu a celý proces rození a že je to v podstatě „výdobytek industriální doby“ posilující přátelství mezi partnery (Odent 2003: 103), pro většinu žen, je partner v těchto chvílích důležitý svou přítomností.

5.3 Nabývání informací a důvěry k domácímu porodu

Patria Kariel (1963: 353-355) napsala v šedesátých letech, že přístup ke zdraví a praktiky s tím spojené se odvíjí od sociálního statusu. Na základě výzkumu, zjistila, že ženy z nižších sociálních vrstev získávají informace ohledně porodu obecně především od přátel, rodiny a zdravotní sestry během porodu. Zatímco vzdělané ženy z vyšších tříd nabývají informace z více zdrojů a mají pro ně tyto informace větší význam. Jsou to

ženy, které chodí na předporodní kurzy, zajímají se o literaturu, která pojednává o porodech, a více se informují u svých lékařů.

Z mého dotazování vyplynulo, že většina žen, které rodí doma, má vysokoškolské vzdělání, méně pak středoškolské, čímž se potvrdily údaje z jiných studií²⁵. Jsou to ženy, které mají jistý „informační kapitál“ umožňující dostupnost k relevantním informacím, kterým jsou ženy schopny porozumět a posoudit jejich spolehlivost (Wagner 2009: 135). Informace ohledně těhotenství a porodu čerpají z několika druhů zdrojů. Pokud se žena dostane k jednomu z těchto informačních kanálů, je často automaticky odkázána na další zdroj informací.

„Tam nám doporučila, myslím, že to začlo tou Ingebord Stadelmann a pak to už prostě je. Stačí nějaká taková první vlaštovka...“ (Cylka)

5.3.1 Zdroje informací

Spíše náhodným zdrojem informací ohledně domácích porodů, nebo jiných alternativ, jsou média typu televize a rádia. Na druhou stranu mohou být zásadní v tu chvíli, kdy žena cíleně informace nevyhledává. Mají tu schopnost oslovit náhodného posluchače, kterému se v tu chvíli neočekávaně dostanou na doslech.

„...jsem náhodou zapla televizi a tam byl na Čt2, nebo na čem, běžel nějaký dokument. Až později jsem zjistila, že to byl dokument Domarodky...nějaká maminka rodila doma ve vaně. A bylo tam, jak se to miminko narodilo v takovém klidu poklidu, a teď já jsem ta jako zírala, protože to bylo poprvé, kdy já jsem měla první střet, nebo v podstatě potvrzení toho, že jakoby se doma dá родit. Tím, že jsem viděla ten film, tak jsem najednou věděla, že to je přesně to, co já bych uvítala, co by se mi líbilo.“ (Barbora)

²⁵ Na základě kvantitativního výzkumu v ČR bylo zjištěno, že 67% žen rodících doma, má vysokoškolské vzdělání a dalších 7% titul z VOŠ. (Zemánková 2010)

„Pak další zlom přišel, když jsem poslouchala v rádiu hovor s primářem vrchlabské porodnice a tam hovořil právě o těch přirozených porodech, a že jeho jako porodníka po dvaceti letech porodnický praxe ten přirozený porod ještě dokáže dojmout. A to mě přišlo tak krásný, že jsem okamžitě věděla, že jestli ještě budu někdy rodit, tak vždycky do Vrchlabí.“ (Fany)

Poměrně nedávno se objevil fenomén internetových diskuzí, které jsou přístupné každému „informačně gramotnému“ jedinci, který je schopný „vyhledat a porozumět informacím, které jsou podávány v rozmanitých formách pomocí počítače“ (Sklenák 2001: 7). Tyto diskuze jsou často počátkem pro navázání kontaktu s lidmi, s kterými nemají možnost se běžně setkat. V dnešní době, kdy je internet běžnou součástí našeho každodenního života, je tento informační kanál dostupnější, než literatura.

„No, v tu dobu já jsem už vlastně chodila na internetovou diskuzi Porod doma. No a tam jsem se seznámila s lidma, který doma porodili, nebo se o to nějakým způsobem zajímali. A já jsem zjistila, že nějaký jsou a že jsou jako normální a že to nejsou podivný lidi z nějaký jiný planety, a že to jako prostě jde, že oni porodily. To asi bylo to nejdůležitější.“ (Dana)

„Ale teď je to jinak, teď toho je hodně, a když se rozhodnete, tak můžete najít ty skupiny žen (na internetu), které jakoby mají takovou zkušenost.“ (Anna)

Velmi častým zdrojem informací jsou však stále knihy, které popisují přirozený porod a jeho zásady. Ženy díky těmto pozitivně psaným knihám nabývají pocitu, že přirozený porod je správnou volbou, jak přivést svého potomka na svět. Od tohoto přesvědčení už je to jenom malý kus k domácím porodům, protože v naší zemi je porod doma jedinou jistotou prožití přirozeného porodu jako takového. Další možné varianty jako porodní dům, nebo porodní centrum nejsou v naší zemi přístupné²⁶. Ženy

²⁶ V České republice porodní centrum fungovalo pouze dva roky (1998-2000) v rámci pražské nemocnice na Bulovce a porodní dům U čápa nefunguje na všech úrovních, protože z důvodů nesplnění daných podmínek nesmí přijímat rodičky na samotný porod. (pdcap.cz)

se ve svých výpovědích často zmiňují o různých porodních příbězích, které jsou pro ně přínosem pozitivního smýšlení o porodech.

„Ale na základě informací, které jsem shromáždila během těhotenství a prostě z literatury. Hodně jsem četla od I. B. knížku o přirozeném porodu, tak jsem jako nabyla dojmu, že porod není žádná složitá věc, že je to jako úplně něco přirozeného, a když se do toho nezasahuje, a člověk je v dobrém prostředí, příjemném prostředí a bezpečí, tak porodí úplně normálně... Myslím, že ty příběhy mají velkou sílu, že hlavně je důležitý, když se člověk takhle pozitivně programuje a čte tyhle pozitivní knihy...když jsem třeba měla nějaký negativní pocity, tak jsem si právě četla tady v těch knihách, pozitivních, a tím jsem to nějak rozehnala.“ (Cylka)

„...přečetla jsem si hodně knížek. Četla jsem knížky a hodně ty knížky mě asi přesvědčily, protože jsem najednou viděla, že ten porod není nebezpečná záležitost, jak se o tom pořád mluví.“ (Fany)

„...ještě jsem četla jednu knížku, když si teď vzpomínám, je od jednoho českého psychologa... on tam popisuje ty prenatální stavy a co to představuje ten příchod na svět. A já jsem o tom začla hodně uvažovat a přivedlo mě to na jiný vidění světa a na to jsem nabalovala další věci, ale tohle byla vyloženě o tom pohledu na svět, jak funguje. (Gábina)

Dalším zdrojem informací jsou předporodní kurzy a kamarádky, či známé, které mají zkušenost s domácím porodem. Obojí jde ruku v ruce. Buď se ženy dostanou před porodem na tyto kurzy vedené porodními asistentkami a seznámí se zde s dalšími ženami podobného smýšlení, nebo jim kamarádky tyto kurzy doporučí.

„...já jsem neměla žádný reference ani zkušenosti, protože nikdo jinej před náma dítě neměl. Kamarádka mi doporučila A-centrum, který je v centru tady v Praze a tam bylo spousta takových přednášek, a bylo to tam hodně zaměřený na prenatální a na ty malinký děti. No a tam jsem vlastně vyzkoumala různé podmínky tady v těch porodnicích, který se taky lišily ještě než teď (G)

Reference od kamarádek jsou spíše počátečním impulsem k nabytí dalších informací. Ženy se nikdy explicitně nevyjádřily o tom, že by je přesvědčil příběh domácího porodu jiné ženy. Informace zprostředkované od jiných žen slouží spíše jako pozitivní energie, která ovlivňuje smýšlení o porodu.

„Ty pozitivní příběhy a vůbec to setkávání s ženama je dobré.“ (Dana)

„...měla jsem pár známejch, kteří rodili doma a s těma jsem to diskutovala...zdálo se mi to zajímavý, ale ještě pořád jsem si myslela, že je to rizikový, že to je risk (domácí porod z pohledu kamarádek)“ (Fany)

„Ale během dalšího těhotenství jsem si zjistila další věci a potkala jsem holky, co opravdu rodily doma, takže se pak změnil ty věci. Já jsem si začala číst mnohem víc knížek, co ty porody jako, proč se tak rodí a proč se tak nerodí....“ (Eva)

Naopak ženy se ohledně přirozeného porodu, nebo porodu obecně neinformují u svých matek, nebo blízkých příbuzných. Ani jedna se nezmínila, že by k cenným radám přišla touto cestou. Ženy se nezmiňují ani o tom, že by získaly informace u svých lékařů, nebo jiných zástupců autoritativního technokratického vědění, což je logické, když k tomuto druhu vědění přistupují s kritickým nadhledem. Výjimkou je pouze primář vrchlabské porodnice, která byla v té době velmi vyhlášená svým alternativním přístupem. Podle výpovědí se k nim zásadní informace nedostaly ani z psaných médií, jako jsou noviny, časopisy, nebo dokonce články z internetu.

5.3.2 Důvěra v domácí porod

Důvěra, na základě níž si ženy zvolily variantu porodu doma, byla získána především z literatury, která ženy přesvědčila o bezpečnosti této

volby. Ač ženy s přirozeným porodem a porodem doma sympatizovaly už dlouho dopředu, často ještě v době prvního těhotenství, z domácího porodu měly jakýsi respekt, který prolomila až třeba jedna jediná kniha.

„Říkala jsem si, že bysme to zase nějak takhle zvádli, že bysme to takhle zase udělali a potom se mi dostala do ruky ještě jedna knížka...Potom co jsem si přečetla tu knížku, tak sem se tak vnitřně rozhodla, že když všechno půjde, já budu v pohodě, miminko bude zdravé, tak jsem chtěla rodit doma.“ (Anna)

„Až pak když jsem si přečetla tu Stadelmann, tak jsem zjistila, že to není zas takový riziko.“ (Fany)

Většina žen se ovšem zmínila o velkém vlivu porodní asistentky, která je svými zkušenostmi a příběhy z praxe přesvědčila o tom, že je tato možnost porodu nejenom správná, ale také opravdu bezpečná i na té praktické rovině. Vzhledem k tomu, že v naší zemi nemáme velké množství porodních asistentek, které by chodily k domácím porodům, většina žen rodila u té samé porodní asistentky Jany. Interakce s touto porodní asistentkou ženám přinesla jistotu, ale i samotný pocit, že toto rozhodnutí závisí jenom nich samotných a že ho mohou kdykoliv změnit, pokud jim bude intuice říkat, že by to mělo být jinak.

„...že mi ta ženská přišla, že tyhle názory mám taky. A kdybych rodila doma, tak bych chtěla rodit s tou Janou.“ (Eva)

„No, chodila jsem na předporodní kurzy k paní Janě, který mě asi ovlivnily hodně. Mě ovlivnil ten její přístup...A hodně mě u ní ovlivnilo to...že do porodnice má člověk odjet ve chvíli, kdy se necítí bezpečně. A to mě teda jako hodně oslovilo, protože i u toho mého porodu mi to tak přišlo, pokud se člověk cejtí v bezpečí, tak má být tam, kde je, protože přechod do neznámého prostředí a jiný neznámí lidi, to ten porod akorát komplikuje.“ (Hana)

„Asi nejvíc na mě zapůsobila Jana. To jsem si tenkrát řekla, že to je docela důvěryhodnej člověk, a že bych ji mohla oslovit. Tak jsem se s ní opravdu spojila, no a domluvila jsem se s ní vlastně. (Dana)

5.3.3 Ideální varianta porodu

Zajímavým zjištěním je to, že ženy domácí porod nepovažují za nejlepší alternativu k porodu v nemocnici. Ač ženy věřily, že porod doma zvládnou a spatřují v něm spousty kladů, které institucionální prostředí porodnice nabídnout nemůže, uvítaly by jakousi střední cestu, kterou by mohly být právě ty porodní domy, které my u nás v zemi nemáme.

„Porodní domy by byly geniální, ale oni se bojejí, že jim odejdou ty rodičky, ale já to prostě nechápu...No, v podstatě by to bylo nejlepší, protože člověk vnímá, že tam nějaký riziko je. Ale to riziko je i v porodnici.“ (Hana)

„Proč by nemohl být porodní dům, sakra. Co je na tom špatného?...Mám kamarádku, co má za měsíc termín a přijela z Belgie a právě tam je porodnice, která je jako z té knížky Odenta, je taková maličká, má ty pokojíčky a je tam ta vana, jsou tam ty přístroje, kdyby se něco stalo. A proč to tam jde a tady to nejde? (Eva)

„A mě to přišlo jako jediný správný místo, protože nebylo jiný místo, kde bych chtěla родit. Ale možná jak jsou v Německu takový ty porodní domy, tak by to taky bylo řešení.“ (Gábina)

Porodní domy jsou ženami vnímány jako něco mezi klasickou porodnicí a prostředím, které se podobá tomu domácímu. Ne však na té vnější úrovni, ale z hlediska personálu, kterému mohou důvěřovat. Zatímco nemocničnímu prostředí by se přibližovaly svým technickým vybavením, které i pro zastánkyně přirozeného porodu skýtá v nejhorším případě jistou možnost záchrany. Spíše výjimečně by ženy také uvítaly jakýsi servis, který jim doma nemá kdo poskytnout, pokud nemají u sebe nikoho, kdo by jim byl praktickou oporou.

„Já bych v podstatě vůbec nechtěla родit doma, jako doma doma. Mně vlastně vyhovuje, že mi ta porodnice nabízí nějaký ten komfort. Prostě, že se o vás postarají a donesou vám jídlo...Já bych třeba ráda родila v porodním domě, nebo prostě, kde mám důvěru v ten personál a důvěru v to, že mě budou respektovat.“ (Cylka)

Z některých výpovědí vyznělo, že domácí porod je v podstatě nejlepší volbou především pro to dítě. Ženy na základě víry, že je třeba zohledňovat psychický aspekt porodu a že tento samotný proces má velký vliv na další vývoj dítěte, volí takovou variantu, která jim pro něj přinese co nejpozitivnější vstup na tento svět, ale zároveň kalkulují s možností rizika.

„...jednoznačně nejlepší (domácí porod). Různý fáze porodů byly různé, různě příjemný, ale jednoznačně pro to dítě je to takhle nejlepší.“ (Fany)

„Mám pocit, že je mnohem menší riziko toho, že se něco stane, že ta důležitost toho startu do života byl takovejhle, a když mi ho neumožněj v porodnici, tak si ho umožním sama. Že je pro mě důležitější než nějaký to riziko, který je pořád menší.“ (Eva)

6 DISKUZE

Z předešlé kapitoly je možné vyzorovat současné tendence v našem porodnictví týkající se fenoménu domácího porodu. Zásadním tématem zkoumání je vůbec přístup žen k samotnému porodu a vědění, které je s ním spojené. Od toho se pak odvíjí to, jakým způsobem ženy získávají nové informace a podporu k alternativám. Z výpovědí je patrné, že komparace porodu v institucionalizovaném porodnickém prostředí a alternativního domácího porodu ze strany žen, probíhá především na základě přístupu lékařů na jedné straně a porodních sester na straně druhé. Potvrzuje se zde tvrzení Michaeli Mrowetz, která zmiňuje, že porodnice ženám nedokáží vyhovět spíše na úrovni vnějších aspektů, než vnitřních, které jsou reprezentované materiálním vybavením. (Těšínská 2011)

Co se týká postojů k medicínskému autoritativnímu vědění, ženy dokáží ocenit hlubší zájem ze strany lékařů a dalšího personálu porodního oddělení. Většinu praktik však nahlízejí kriticky, což bylo možné vyzorovat z nízkého důrazu, který kladou na různorodá vyšetření prováděná v době těhotenství, negativního přístupu k očkování dětí a způsob, jakým je obecně ve zdravotnictví nahlíženo tělo a jeho uzdravování. Více by ocenily, kdyby je lékař vnímal z psychosomatického hlediska a neopomíjel jejich osobnost.

Sheila Kitzinger (1992: 72-73) ve svých výzkumech došla k podobným závěrům. Některé ženy se cítily velmi špatně, protože neměly žádnou moc nad samotným průběhem porodu. Vyjádřily se, že i přestože nezažily nijak bolestivý porod, odnesly si velmi špatné pocity, protože se cítily jako jakási věc, která nemůže průběh porodu nijak ovlivňovat svým osobním věděním, založeném na pocitech a intuici. Doktoři s nimi prý interagovali velmi odosobně a pozornost soustředili především na dolní polovinu těla a genitálie.

Pojímání těla na základě karteziánského dualismu, kdy záležitostí medicíny je pouze somatická část jedince, je dávno překonané. Jedinec je v dnešní době obecně vnímán jak na úrovni tělesné, tak i psychologické, a

tak dohromady tvoří jedinečný celek. Zdá se, že v dnešní medicíně na úrovni běžných praktik, je psychosomatický přístup k jedinci stále podceňovaný (Šimek 2002) a stále jakoby se opíral o Descartův dualismus těla a ducha (Descartes 2001). Především ženy-rodičky explicitně vytýkají porodníkům jejich odosobněný přístup, který nebere v potaz jejich pocity, touhy a strach. Jak poznamenali Davis-Floyd a Davis (1996: 241), medicínský přístup je reprezentovaný mužským principem separace, v tomto případě můžeme hovořit o separaci somatické a psychologické části jedince.

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.

Je tu ovšem vědění porodních asistentek, které dávají ženám prostor pro to, aby uplatnily informace, které nejsou v rozporu s jejich pocity a tělesným stavem. Ukázalo se však, že tyto porodní asistentky jsou jistým typem žen vyhledávané právě kvůli racionalitě, se kterou přistupují k samotnému procesu porodu, ač je jejich přístup k němu založen na opačných principech, než je racionální přístup lékařů. Pro ženy je v tomto případě racionální to, co je přirozené²⁷, nemusí to však být primárně založeno na vědeckých vymoženostech, jak ukazuje Davis-Floyd a Davis (1997).

Racionální přístup porodních asistentek spočívá především v tom, že se snaží své klientky poznat na takové úrovni, aby znaly právě jejich psychický stav, jejich pocity a postoje. Kladou veliký důraz na to, aby se ženy cítily vyrovnaně a byly přesvědčené o správnosti celého procesu. Přirozená cesta porodu se vyhýbá rutinním a technologickým úkonům, které jsou ve svém

²⁷ Lidská přirozenost je to, co je lze ztotožnit s vrozenými vlastnostmi a schopnostmi člověka. (Holzbachová 1981: 38)

důsledku iracionální. Stejně jako se nakonec staly iracionálními²⁸ racionální byrokratické úkony charakteristické vysokou odborností, odosobněním a hierarchizací. Dané postupy řešení problémů často nekorespondují s individuálními potřebami a přirozeností.

Keller (1996: 49) zmiňuje že „byrokratický aparát by měl umožnit precizní, rychlé, vysoce odborné, stálé a diskrétní vyřizování záležitostí, jimiž je pověřen. Tato struktura má na druhé straně vyloučit možnost rozhodování na základě osobních vztahů a neracionálních úvah.“ Na stejném principu fungují institucionální porodnická zařízení, která jsou klientkami z tohoto důvodu kritizována.

Merton ve své kritice byrokracie hovoří o „trénované neschopnosti“²⁹, kdy nejsou pracovníci organizace schopni řešit měnící se situace a přicházet s alternativními postupy, protože jim to naučené rutinní úkony nedovolí (Keller 1996: 49). Stejně tomu tak je s personálem institucionalizovaného porodního zařízení, který ženám často provádí množství úkonů, které nejsou vždy potřebné a někdy dokonce porod spíše komplikují. Včetně některých odborníků (Odent 2004), kteří se na základě vlastních zkušeností s porody neztotožňují s přetechnizovaným přístupem k porodu, i samotné ženy-rodičky začaly poukazovat na to, že jisté zajaté porodní praktiky nehrají v některých případech důležitou roli a naopak ztěžují porodní proces a dobu poporodní³⁰. (Goer 2002)

Zdá se, že ženy za ideální přístup k porodu považují jakousi střední cestu mezi domácím a nemocničním institucionalizovaným porodem. Přejí si individuální přístup osoby, která může být se svými kompetencemi zodpovědná za jejich porod a bude se snažit jej vést přirozenou cestou bez

²⁸ Max Weber je jeden z hlavních teoretiků, který přišel s konceptem byrokracie a vytvořil pravidla a postupy, které by měly zajišťovat efektivním fungováním současných organizací. V dnešní době se spíše setkáváme s řadou předpisů, omezení a zákazů, které přinášejí pravý opak Weberova zájmu. (Keller 1996)

²⁹ Termín prvně použil Thorstein Veblen (Keller 1996: 49)

³⁰ Na základě výzkumů se zjistilo, že uměle vyvolané porody pomocí oxytocinu, jsou mnohem bolestivější. Provádění amniotomie (umělé protržení vaku) zase vede k větší pravděpodobnosti, že porod skončí císařským řezem. Podávání epidurální analgezie, která sice eliminuje veškerou bolest, zpomaluje porod a musí být následně podána oxytocinová infuze. Velké procento žen nestojí o rutinní nástřih hráze (epiziotomii), který je bolestivý a trvá týdny, než se zahojí. (Goer 2002)

zbytečných zásahů techno-medicínské vědění vycházejícího z posledních vědeckých poznatků. Ženy by ovšem též uvítaly, kdyby byly poblíž takové technologie, které jim mohou v případě komplikací pomoci. Z výpovědí vyplývá, že ženy stojí o porod spojený s emocionalitou, postavený na intuitivním vědění, ale též neodmítají vědecko-technologické výdobytky, které mohou v kritických chvílích pomoci.

Zdá se, že by byla nasnadě spolupráce mezi zastánci techno-medicínskému přístupu, ale i vědění, které neopomíjí intuici a pocity. Taková spolupráce mezi těmito dvěma přístupy je viditelná v Nizozemí. Ač je sofistikace medicínské vědy a praxe s ní spojené na stejné úrovni jako v jiných vyspělých zemích, nepřišla důsledná eliminace starých tradičních porodních praktik (De Vries 2004: 3). Domácí sféra si zde stále udržuje své privilegium a není zde tolik patrný boj mezi nemocničním medializovaným porodem a porodem vedeným v domácím prostředí v přítomnosti porodní asistentky a lékaři dokonce takovýto asistovaný porod veřejně podporují (De Vries 2004: 8). Takových porodů doma v Nizozemí v dnešní době probíhá pořád okolo třiceti až čtyřiceti procenty.

Porodní vědění lékařů a porodních asistentek se navzájem doplňuje a jedno se nenadřazuje nad druhé. Beatrijs Smulders (2002: 18-19) hovoří o zdravé konkurenci. Zmiňuje, že existuje pevný seznam indikací, kdy porodní asistentka doporučuje rodičku do porodnice. Pokud jsou tyto léčebné postupy, založené na filosofii přirozeného porodu, dodržovány, může probíhat konstruktivní spolupráce.

Goleman (1997: 20-38) tvrdí, že nejlepší orientace ve světě je způsobena dvěma diametrálně odlišnými způsoby myšlení. Na jedné straně je mnohem častěji uvědomované racionální vnímání okolí, které je ve vědomí výraznější a jasně formuluje naše myšlenky, a na straně druhé jsou emoce, které dávají energii a informace myšlení racionálnímu. Emoční systémy se podílejí na zdůvodňování rozhodnutí ve stejné míře jako systémy logické a proto je důležité najít jejich rovnováhu a neopomíjet jeden na úkor druhého. Pro ženy, které hledají takový způsob porodu, který by jim

zajistil šetrné zacházení s nimi samotnými a zároveň se ohlížel na psychiku jedince³¹ přicházejícího na svět a vztah k jeho matce³², je takovýmto kompromisem porodní dům, který v naší zemi zatím nefunguje.

³¹ V návaznosti na vnímání psychiky novorozence rozdělil Grof (1992) perinatální období do 4 stádií, neboli bazálních perinatálních matric. Poslední matrice, trvající od narození k přestřížení pupeční šňůry, je plna nových kognitivních vjemů. Toto období Grof považuje za velmi důležité. Uvádí, že je v tento moment zásadní jednání zdravotního personálu na porodním sále, to jakým způsobem s novorozencem manipulují, jak probíhá komunikace mezi jedinci na sále, zda nepřerušují kontakt s matkou a nespěchají na přestřížení pupeční šňůry. „V této matrici se dítě setkává s prvkem přijetí sebe sama“. Pokud je tento proces nepovedený, v dospělosti jedinec například projevuje častými pocity sklíčenosti. (Hlaváčková 1998: 53)

³² Psychoanalytici se už dlouho dobu shodují na tom, že základem pro osobnost dítěte je první mezilidský vztah, ale není tu jednotná shoda o povaze a původu tohoto vztahu (Bowlby 2010: 160). Jsou tu různé teorie, které poukazují na to, že klíčovou osobou je právě matka. Nejobecněji přijímanou teorií je ta, se kterou přišel S. Freud (1940 in Bowlby 2010: 161), že „láska má svůj původ ve vazbě na uspokojenou potřebu výživy“. V návaznosti na něj pod vlivem darwinismu ovlivnil ve dvacátém století vnímání vztahu mezi matkou a dítětem psychoanalytik a etolog John Bowlby, který přišel s konceptem „attachment“³² (Goldberg, Muir and Kerr 2000). Vazbu dítěte na matku vnímá jako pudové jednání, které mu zajistí přežití.

7 ZÁVĚR

V praktické části si práce kladla za cíl zjistit, jakým způsobem se ženy, které rodily nejprve v institucionalizovaném prostředí porodnic a následně si zvolily porod doma, dostaly k informacím ohledně možnosti porodu doma a jaký typ informací v nich vzbudil důvěru vedoucí k volbě této alternativy. Dále bylo na snaze zjistit, zda zkušenost s porodem v institucionalizovaném prostředí porodnic a především interakce s personálem, který o ženu pečoval, nebyla impulsem k tomu, že ženy volily variantu porodu doma, která je obecně veřejností a zastánci autoritativního vědění považována za nezodpovědné jednání. Z výpovědí těchto žen bylo zjišťováno i to, jaký typ podpory se ženám dostává při volbě porodu doma a jakou roli zde hraje podpora signifikantních druhý.

Největší podporou k rozhodnutí porodit doma, se kromě podobně smýšlejících žen, stal partner. V případech, kdy partner nestál při ženě, hledala žena podporu v samotné porodní asistentce, která většinou hrála významnou roli v rozhodování o správnosti této možnosti. Porodní asistentka svým racionálním přístupem byla i významným elementem v přesvědčování partnera o správnosti této alternativy. Partner při domácím porodu pak představoval podporu na jedné, nebo více úrovních (přítomnostní, praktické a emocionální). Co se týká podpory rodinných příslušníků, nehrála pro ženy významnou roli a spíše se snažily svým rozhodnutím rodinu, ale i blízké známé, nezatěžovat.

Informace ohledně porodu ženy získávají z různých zdrojů. Především jsou to psané publikace, které mají schopnost ženy přesvědčit o tom, že je porod jako takový normálním a přirozeným procesem, který může ve většině případů dopadnout bez jakýchkoliv komplikací. Díky těmto pozitivně laděným knihám, ženy také získávají důvěru v alternativní přístup porodu. Náhodným, ale často zásadním zdrojem informací ohledně domácího

porodu se staly média typu televize a rádia. V poslední době se také objevuje fenomén internetových diskuzí, kde se ženy seznamují s jinými zastánkyněmi přirozené cesty porodu. Co se týká informací od těchto žen a kamarádek, které doma rodily, nejsou zásadním faktorem v rozhodování. Spíše přináší pozitivní smýšlení o porodu, stejně jako i jiné psané porodní příběhy s kladnou konotací.

Otázkou také bylo, zda je tato alternativa v očích žen opravdu ta správná. Ukázalo se, že ženy tuto variantu porodu považují za tu nejsprávnější a to především nejsprávnější pro jejich dítě. Tyto ženy kladou veliký důraz na psychologický aspekt porodu a považují za důležité, aby příchod jejich potomka na svět byl spojený s příjemným zážitkem. Nicméně, velká část žen se zmínila o jakési střední cestě, kterou představují porodní domy. Většina z nich by ocenila родit v blízkosti technického zázemí a v krajním případě využít jeho pomoci. Na druhou stranu, ale kladou důraz na to, aby rodily s někým, koho znají a komu mohou důvěřovat. Důvěra je pro ženy v tomto případě velmi důležitým faktorem, od kterého se odvíjí celý průběh porodu.

Obecně můžeme říci, že se moc medicínského autoritativního vědění, jehož koncept je založen na moderních principech racionálního ovládní života, vycházející z vědeckotechnického pokroku a víry ve vědu a techniku, která lidstvo osvobozuje z bezbrannosti vůči přírodě (Heczko 1999), začíná rozpouštět v postmoderním pluralismu, který se staví proti přílišné dominanci procesů racionalizace, univerzalizace a zpochybňuje i samotné moderní vědy.

V dnešní době, mnohem více, než dříve, vystupují na povrch nové pohledy a názory ohledně správného procesu porodu, které se v duchu postmoderního smýšlení odklání od víry ve vědu, která je spojena se stále postupujícím pokrokem, a hledá své racionální smýšlení na jiných principech. Stejně tak jak funguje mozek, který zahrnuje obě hemisféry,

racionální i intuitivní smýšlení (Laughlin 1997 in Davis-Floyd, Davis 1996: 241), tak je požadováno, aby porodní vědění stálo na mužském i ženském principu. Technologizaci (v krajním případě), ale i intuici a přirozenosti.

Techno-medicínské vědění není v dnešní době už jediným uznávaným přístupem k porodu. Vědění obecně je v dnešní době nahlíženo jako dynamický proces, jež „je neustále podrobován reflexi a rekombinaci s jiným vědáním, čímž dochází k novému, inovativnímu vědění“, které nám umožňuje odpovědět na poptávku ve společnosti (Veselý 2004: 444).

8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BAUMAN, Z. 2006. *Úvahy o postmoderní době*. Praha: SLON.

BERG, B. L. 2001. *Qualitative research methods for the social science*. Boston: Allyn & Bacon.

BOWLY, J. 2010. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

BOOKCHIN, M. 2005. *Sociální ekologie a dialektické myšlení*. Obzor. [online]. [cit. 2011-10-24]. Dostupné z: <http://obzor.euweb.cz/Socialni-ekologie-a-dialekticke-mysleni-Bookchin.pdf>.

BROWNER, C, H, PRESS, N. 1996. „The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care“ in *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 10, No. 2, pp. 141-156.

CASSIRER, E. 1977. *Esej o člověku*. Praha: Nakladatelství Pravda.

ČÁPOVÁ, H. 2011. „Zahozená šance“. *Respekt* 40. Praha: Respekt Publishing a.s.

ČEPICKÝ, P. 2009. „Mýty o porodech v domácnosti“ in *Moderní babictví* 18. [online]. [cit. 2011-05-19]. Dostupné z: www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2009-18/?pdf=94.

ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z. 2007. „Historie vedení porodu“. *Moderní babictví* 14. Praha: Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET s.r.o. [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/clanek.php?c=1>

- DAVIS-FLOYD, R., DAVIS, E. 1996. „Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth“. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol. 10, No. 2. [online]. [cit. 2011-03-12]. Dostupné z: www.jstore.org.
- DAVIS-FLOYD, R., SARGENT, C. F. 1997. *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. London: University of California Press.
- DESCARTES, R. 2001. *Meditationes de prima philosophia, Meditace o první filosofii*. Praha: Oikoymenh.
- DE VRIES, R. 2004. *Pleasing Birth-Midwives and Maternity Care in the Netherlands*. Philadelphia: Temple University press.
- DOLEŽAL, F, X. 2010. „Ženy, které rodí doma, jsou nezodpovědné a vyšinuté“. Reflex. Dostupné z: <http://www.reflex.cz/clanek/zivot-styl/37790/zeny-ktere-rodí-doma-jsou-nezodpovedne-a-vysinute.html>.
- DOLEŽALOVÁ, J. 2004. *Porod doma*. Brno: Formát.
- DUNN, P.M. 2002. „Dr William Farr of Shropshire (1807–1883): Obstetric mortality and training“. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*. 87(1): 67–69. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1721433/>.
- FANNIN, M. 2006. *Midwifery as mediation: Birthing subjects and the politics of self-determination*. Washington: ProQuest.
- FAY, B. 2002. *Současná filosofie sociálních věd*. Praha: SLON.
- GOER, H. 2002. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman Press.

- GOLDBERG, S., MUIR, R., KERR, J. 2000. *Attachment theory: social, developmental, and clinical perspectives*. NY: Routledge.
- GOLEMAN, D. 1997. *Emoční inteligence*. Praha: Columbus.
- GROF, S., BENNETT, H. 1992. *The Holotropic Mind: The Three Levels of Human Consciousness and How They Shape Our Lives*. New York: HarperCollins Publishers.
- HAŠKOVÁ, H. 2000. „Současná porodní a poporodní praxe v ČR“. *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 4/2000. [online]. [cit. 2011-05-12]. Dostupné z: http://www.genderonline.cz/download/Rocnik01_4_2000.pdf.
- HECZKO, S. 1999. Postmoderní obrat ve vědě. *E-Logos: Electronic Journal For Philosophy*. [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <http://e-logos.vse.cz/index.php?section=7>.
- HELLER, D. 2007. „Popis, analýza a interpretace jako tři typy a fáze transformace kvalitativních dat“ in Řehan, V., Šucha, M. 2007. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku VI: vybrané aspekty teorie a praxe*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- HLAVÁČKOVÁ, J. 1998. „Alternativní porody“ in *Baraka*, Č. 5. Praha. [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: http://www.baraka.cz/Baraka/Baraka_5.pdf.
- HOLZBACHOVÁ, I. 1981. *Člověk a dějiny*. Brno: Univerzita J.E. Purkyně.
- HORÁK, V. 2009. „Three Meanings and three Assumptions of Rationality of Human Action“ in *Teorie vědy XXXI / 2*. Praha: Kabinet pro studium vědy, techniky a společnosti při Filosofickém ústavu AKV ČR.

- HREŠANOVÁ, E. 2004. „Antropologie porodu.“ *Antropologické symposium III*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- HREŠANOVÁ, E. 2006. „Ženy v porodnictví: znamená zrod nové profese porodní asistence konec medicínské hegemonie?“. *Acta Fakulty filozofické Západočeské univerzity v Plzni 2*: 43- 52.
- HREŠANOVÁ, E., MARHÁNKOVÁ, J. 2007. „Komericializace porodní péče, konzumerismus a sociální stratifikace rodiček.“ *Antropologické symposium V*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- HREŠANOVÁ, E., MARHÁNKOVÁ, J. 2008. „Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami.“ *Sociologický časopis 44 [1]*: 87-111.
- HURTOVÁ, Z. 2006. „Sociální aspekty vývoje porodnictví.“ Bakalářská práce ZČU v Plzni, vedoucí práce Mgr. Ema Hrešanová. Plzeň.
- JEŘÁBEK, H. 1992. *Úvod do metodologie sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum.
- JORDAN, B. 1992. „Authoritative Knowledge and Its Construction“. *Introductory Remarks to Symposium on Birth in Twelve Cultures: Paper in Honor of Brigitte Jordan*. San Francisco: Meetings of the American Anthropological Association..
- KALVAS, F. 2009. *Nastolování agendy: role masové a interpersonální komunikace, osobní zkušenosti a genderu*. Plzeň: ZČU.
- KARIEL, E. P. 1963. „Social Class, Age, and Educational Group Differences in Childbirth Information“ in *Marriage and Family Living*, Vol. 25, No. 3
- KELLER, J. 1996. *Sociologie byrokracie a organizace*. Praha: Sociologické nakladatelství.

- KONIGSMARKOVÁ, I. 2002. „Česká asociace porodních asistentek“ in *SBORNÍK TEXTŮ z konference Přivádíme děti na svět*. Praha: Aperio.
- KITZINGER, S. 2002. „Birth and violence against women: generating hypotheses from women's accounts of unhappiness after childbirth“ in Roberts, H. 1992. *Women's health matters*. London: Routledge.
- LA PELL, N. R. 2004. "Simplifying Qualitative Data Analysis Using General Purpose Software Tools" in *Preventive and Behavioral Medicine Publications and Presentations*. [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <http://www.mendeley.com/research/simplifying-qualitative-data-analysis-using-general-purpose-software-tools/>
- LAVENDER, T. et al. 2004. *Demystifying Qualitative Research in Pregnancy and Childbirth*. MA Healthcare Limited.
- LAZARUS, E. L. 1994. „What Do Women Want?: Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth“. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 8, No. 1
- LUPTON, D. 1997. „Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter.“ *Social Science and Medicine* 45 [3]: 373-381.
- MAREK, V. 2002. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent.
- MAREŠ, P. 2004. „The Value of the Child“. In *Society, Reproduction and Contemporary Challenges*. Brno : Barrister and Principal.
- MROWETZ, M. 2009. *Bonding neboli připoutání*. [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek6840.htm>.
- NOOR, K. N. 2008. „Case study: A Strategic Research Methodology“ in *American Journal of Applied Sciences* 5 (11): 1602-1604.

- ODENT, M. 2003. *Matka Země*. Praha: Rodiče.
- ODENT, M. 2004. *Znovurozený porod*. Praha: Argo.
- ODENT, M. 2008. Dispelling the Disempowerin Birth Vocabulary in *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*. Vol. 23, Issue 1.
Dostupné z: <http://birthpsychology.com>
- ORTNER, B. S. 1972. „Is female to male as nature is to culture?“. *Feminist Studies*, Vol. 1, No. 2, pp. 5-31.
- RABUŠIČ, L. 2004. „Will Tomorrow´s Czechs Have the Fewest Children in Europe?“ in Mareš, P. *Society, Reproduction and Contemporary Challenges*. Brno: Barrister & Principal.
- RAITER, T. 2010. *Kvalita očima pacientů-fakultní nemocnice a ústavy*. Závěrečná zpráva z projektu. Praha: STEM/MARK.
- ROUHIER-WILLOUGHBY, J. 2003. „Birth Customs: Ancient Traditions in Modern Guise“. *The Slavic and East European Journal*, Vol. 47, No.2.
- ROZTOČIL, A. a kol. 2001. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně.
- SARGENT, C., BASCOPE, G. 1996. „Ways of Knowing about Birth in Three Cultures“. *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 10, No. 2.
- SCHOLTEN, M.C. 1977. "On the Importance of the Obstetrick Art": Changing Customs of Childbirth in America, 1760 to 1825". *The William and Mary Quarterly*, Third Series, Vol. 34. No. 3..
- SKLENÁK, V. 2001. *Data, informace, znalosti a internet*. Praha: C.H. Beck.

- SMULDERS, B. 2002. „Nizozemí“ in *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu*. Aperiio. Praha.
- SOVOVÁ, P., SUCHÁNKOVÁ, M. 2009. *Cesty ke spokojenému porodu: Informace pro volbu péče při porodu*. Praha: Hnutí za aktivní mateřství. [online]. [cit. 2011-05-18]. Dostupné z: http://www.porodniplan.cz/doc/cesty_k_porodu.pdf.
- ŠIMEK, J. 2002. „Hoře z psychosomatické medicíny“. Příspěvek pro Psychoterapeutické sešity č.3. *Psychologie dnes*. [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: http://psychosomatika.cz/psychosom/psy_01.asp?idc0=31&idc1=11&idc2=&idc3=&M0=4&M1=2&M2=2&M3=2&M4=.
- STRAUSS, A., CORBIN, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert.
- ŠULOVÁ, L. 2004. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
- TĚŠÍNSKÁ, Z. 2011. „Bonding? Bonding!“ (rozhovor s M. Mrowetz). Soft č.1. [online]. [cit. 2011-04-12]. Dostupné z: <http://soft-os.cz/index.php/rocnik-2011/84-cislo-42010?start=7> (accessed March 20, 2011)
- VAN TEIJLIINGEN, E. R., LOWIS, G.W., MCCAFFERY, P. 2004. *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives*. NY: Nova Publishers.
- VESELÝ, A. 2004. „Společnost vědění jako teoretický koncept“. *Sociologický časopis*. Vol. 40, No. 4.
- VINOPAL, J. 2009. „Situace standardizovaného dotazování z hlediska kognitivních přístupů“ *Sociologický časopis* 45 [2]: 397-420.

VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

WAGNER, J. 2009. „Informační kapitál“ in *Měření výkonnosti*. Praha: Grada Publishing a.s.

WALLACE, E. 1971. *Total Institutions*. USA: Transaction Publishers.

WIEGERS, T. A et al. 1998. „Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in the Netherlands“. *Social Science & Medicine*. Vol. 46, No. 11.

ZEMÁNKOVÁ, K. 2010. *Jak ženy rodí doma a proč*. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého. Fakulta zdravotnických věd. Ústav zdravotní péče.

ZUNOVÁ, A. 2010. *Gynekolog Tomáš Binder: Porody doma jsou sobeckostí žen*. [online]. [cit. 2011-08-11].

Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/200469>

[gynekolog-tomas-binder-porody-doma-jsou-sobeckosti-zen.html](http://www.novinky.cz/zena/zdravi/200469-gynekolog-tomas-binder-porody-doma-jsou-sobeckosti-zen.html).

Internetové zdroje:

Český statistický úřad. *Obyvateľstvo*. [online]. [cit. 2011-02-24]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_lide.

Český rozhlas. *Rozhovor s porodní bábou*. Křížem krajem.

Ostrava. 19.1.2011. [online]. [cit. 2011-02-26]. Dostupné z:

http://www.rozhlas.cz/iradio/ostava?p_dat_from=19.1.2011&p_gt1&p_po=-1&p_kat=-1&p_st=-1&dni=2&p_sort=A.

European Commission. *Total fertility rate (live births per woman)*. [online]. [cit. 2011-06-20]. Dostupné z:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Total_fertility_rate_%28live_births_per_woman%29.png&filetimestamp=20110302144920.

Pdcap.cz. *Co je porodní dům?* [online]. [cit. 2011-06-24]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/>.

WHO. 1999. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. [online]. [cit. 2011-06-24]. Dostupné z: http://aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.

9 RESUMÉ

The main purpose of this work in theoretical part is to provide dichotomic division of birth. It characterizes two points of view connected with delivery. One is birth within institutional medical environment of hospital, which is connected with rationalization, belief in medical and technological inventions. The other approach to birth is connected with intuition and nature, which is characteristic for home birth.

The practical part of this work focuses on answering several questions about perceptions of childbirth in hospital. Other questions focus on the circumstances associated with home birth. The aim is to identify where women get the information about home birth, which are generally regarded as irrational choice of birth. How women gained confidence in home birth. Who was their main support in this decision? Did they receive the support from their close relatives? Next question is how they perceive authoritative medical knowledge.

Qualitative method with semi-structured interviews was chosen as the best way to get data. The respondents were women who had experienced childbirth in hospital and then homebirth. When woman have experience with both the type of delivery, it is possible to determine whether the bad experience with hospital stuff was reason for home birth.

During the investigation it was found that the main sources of information were books about natural birth, but there were many other sources where women get information about home birth. The confidence in home birth was obtained also from books and from midwives, who was characterized as very rational person, which can provide medical care and psychical support of very good quality.

Research also showed that the reason for birth at home was not bad experience giving birth in hospital. Interesting conclusion is that women do not consider home birth as an ideal alternative. Ideal option would be something like a birth house, where is possibility to use technologies, but they insist on natural way of birth.

10 PŘÍLOHY

10.1 Medailonky respondentů³³

Anna, 34 let (Brno). Získala doktorát na MU (ekonomie). O přirozený porod se zajímala už v době prvního těhotenství. V roce 2005 rodila ambulantně v přítomnosti partnera a duly bez jakýchkoliv problémů. Druhý porod proběhl doma (2007), opět za asistence partnera a duly.

Barbora, 39 let (Brno). Vystudovala SŠ ekonomickou. V roce 1991 a 2004 rodila v porodnici, poté se náhodou dostala k alternativním porodům a v roce 2007 rodila doma s ženou, která jí pomáhala v pozici duly. Všechny porody proběhly bez komplikací. Dnes se pohybuje v prostředí žen, které se zajímají o alternativní přístup k výchově a porodům a pomáhá ženám jako dula.

Cyrila, 33 let (Brno). Studovala na FF UK. V porodnici rodila v roce 2006 za asistence duly. Z důvodu předčasného porodu měla dítě poté několik týdnů v inkubátoru. Následně porodila dvakrát doma (2008, 2010) za pomoci porodní asistentky. Dnes vede jógu pro těhotné, která slouží jako osvěta v porodní oblasti.

Dana, 37 let (Praha). Ukončila středoškolské studium. První dítě porodila v nemocnici v roce 2005. Druhé dítě se v r. 2008, i navzdory tomu, že partner v tomto rozhodnutí podporou nebyl, narodilo doma pod dozorem porodní asistentky Jany. Velkou podporou Dana našla v internetové diskuzi, kde zjistila, že domácí porody nejsou jen pro „okrajové“ ženy. V dnešní době se s těmito ženami pravidelně schází a snaží se o zlepšení přístupu v porodnicích.

³³ Z etického hlediska a zachování anonymity zpovídáných žen, nejsou zveřejněna pravá jména všech zmíněných osob.

Eva, 32 let (Praha). Studovala na DAMU. První dítě porodila předčasně pomocí medikalizací v pražském Motole (2007) a druhé přirozenou cestou za pomoci porodní asistentky Jany doma v roce 2009. Oba porody proběhly velmi hladce bez jakýchkoliv komplikací. Porod v porodnici hodnotila velmi kladně, ale poukázala na momenty, které jí v porodnici byly velmi nepříjemné. Po druhém porodu se začala přirozeným porodem zabývat ještě víc a stále dochází do A-centra, kde si dělá kurz, díky kterému bude moci pracovat s těhotnými ženami.

Fany, 38 let (Praha). Studovala na UK, první dítě se narodilo v porodnici (2000), další tři porodila ve Vrchlabí (2003, 2005, 2007), což je porodnice nakloněná přirozeným porodům. Poslední porod proběhl doma (2009) za pomoci porodní asistentky, se kterou se znala už delší dobu. Poměrně zásadní vliv na vnímání porodu měl potrat, který musela na základě komplikací podstoupit. V dnešní době je členkou HAMU a snaží se šířit osvětu ohledně přirozeného porodu a jiných praktik spojených s výchovou dětí.

Gábina, 35 let (Praha). Studovala na VŠE. V roce 2003 porodila bez komplikací v porodnici ve Vrchlabí a v roce 2007 doma za účasti porodní asistentky Jany a svého partnera, jejíž přednášky o přirozeném porodu ho přesvědčily, aby přistoupil na tuto alternativní variantu přivedení potomka na svět.

Hana, 35 let (Praha). Studovala na VŠE. První těhotenství skončilo přirozeným potratem, což jí změnilo pohled život. V roce 2005 porodila v porodnici přirozenou cestou bez komplikací a v roce 2008 doma za pomoci svého partnera. Porodní asistentka Jana dorazila až po porodu, což jí velice vyhovovalo. Čeká třetí dítě.