

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filosofická

Diplomová práce

Plzeň 2013

Kateřina Kozáková

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta filosofická

Katedra sociologie
Studijní program Sociologie
Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

„Neposlušné“ matky – specifika chápání a prožívání přirozeného porodu
s přihlédnutím k představám a očekáváním a následné žité zkušenosti žen v
České republice

Vedoucí práce:

Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2013

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

28.4.2013

Poděkování:

Největší mé díky patří všem ženám, které se mnou byly ochotné sdílet své zkušenosti s těhotenstvím, porodem i mateřstvím, které mě často nechaly nahlédnout do svých domovů, ale především do svých životů a bez nichž by tato práce nikdy nevznikla.

Dále bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce, Mgr. Emě Hrešanové, PhD., která mi v průběhu celého tvůrčího procesu byla cennou rádkyní, provedla mě všemi úskalími výzkumné práce a poskytla mi řadu intelektuálních stimulů a užitečných komentářů. Čeho si zpětně nejvíce cením, byla mi i laskavou a tolik potřebnou emocionální oporou během výzkumné práce, vždy ochotná vyslechnout a rozptýlit moje případné pochybnosti a obavy.

Mgr. Lucii Vonáskové vděčím za jazykovou pomoc s některými obzvláště zapeklitými cizojazyčnými texty.

Za přátelství, porozumění a dlouhé hodiny strávené společnými diskusemi nejen nad tématem přirozených porodů patří moje poděkování Jitce Skálové.

Zcela zvláštní dík ale náleží mojí dceři Zuzce za všudypřítomnou podporu a laskavost, které jsem u ní nacházela nejen v době práce na tomto konkrétním výzkumu, ale po celou dobu mého studia, za její neotřesitelnou víru, že dokážu cokoliv, co si zámam, a v neposlední řadě i za to, že bylo-li potřeba, převzala bez váhání roli pečovatelky a ochránitelky rodinného krbu a postupem času se stala skutečnou kulinární bohyní.

OBSAH:

ÚVOD	1
1. POROD OČIMA SOCIÁLNÍCH VĚD	5
1.1 POROD V KONTEXTU SOCIÁLNÍCH VĚD	5
1.2 POROD OČIMA ČESKÉ SOCIOLOGIE	6
1.3 TĚHOTENSTVÍ A PORODNÍ ZKUŠENOST JAKO PŘEDMĚT STUDENTSKÝCH PRACÍ.....	10
2. KONCEPTUÁLNÍ RÁMCE K UCHOPENÍ PŘIROZENÝCH PORODŮ	13
2.1 FEMINISTICKÉ KONCEPCE TĚLA.....	14
2.2 BIOMOC	16
2.3 INTIMNÍ OBČANSTVÍ.....	17
3. METODOLOGIE.....	19
3.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	19
3.2 METODY VÝZKUMU.....	19
3.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	24
3.4 ANALÝZA ROZHOVORŮ.....	27
3.5 ETIKA VÝZKUMU	28
4. KONCEPTUALIZACE PŘIROZENÉHO PORODU	30
4.1 KONCEPTUALIZACE PŘIROZENÉHO PORODU V SOCIÁLNÍCH VĚDÁCH	30
4.2 KONCEPTUALIZACE PŘIROZENÉHO PORODU V LÉKAŘSKÉ LITERATUŘE	35
4.3 KONCEPTUALIZACE PŘIROZENÉHO PORODU V POPULÁRNĚ-NAUČNÉ LITERATUŘE URČENÉ ŽENÁM	36
5. MOTIVACE K PŘIROZENÉMU PORODU.....	44
6. PROŽÍVÁNÍ PORODU	47
6.1 PŘÍBĚH MARKÉTY	48
6.2 PŘÍBĚH STELLY.....	52
6.3 ANALOGIE A ROZDÍLY V PŘÍBĚZÍCH MARKÉTY, STELLY A DALŠÍCH „PŘÍRODŇAČEK“	54
7. ROLE DŮVĚRY	58
7.1 (NE-) DŮVĚRA V SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE	58
7.2 PŘÍČINY NARUŠENÍ DŮVĚRY V SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	58
7.3 HLEDÁNÍ ALTERNATIVNÍHO ŘEŠENÍ.....	63
8. PORODNÍ ASISTENTKY	66
8.1 PORODNÍ ASISTENTKA JAKO DŮVĚRYHODNÝ PARTNER PŘI PORODU	66
8.2 PORODNÍ ASISTENTKA PŘI PORODU V NEINSTITUCIONALIZOVANÉM PROSTŘEDÍ.....	68

9. OTÁZKA ODPOVĚDNOSTI A „UKRADENÝ“ POROD.....	73
10. „POSLUŠNÉ“ MATKY	84
10.1 PORODNÍ VĚDĚNÍ.....	87
10.2 ZDROJE INFORMACÍ „PACIENTEK“ A „PŘÍRODŇAČEK“	89
10.3 JAK JSOU UTVÁŘENY „POSLUŠNÉ“ MATKY.....	91
11. STRATEGIE „NEPOSLUŠNÝCH“ MATEK	95
11.1 BARIÉRA TICHÁ	95
11.2 VYSVĚTLUJÍCÍ „LEGENDY“ A NECHUŤ LHÁT	97
11.3 STRATEGIE PŘEDVÍDÁNÍ KOMPLIKACÍ.....	99
11.4 AKTIVNÍ A ANGAŽOVANÉ MATKY	99
ZÁVĚR	102
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	106
RESUMÉ	120
PŘÍLOHA Č. 1 - VZOR FORMULÁŘE O INFORMOVANÉM SOUHLASU	121
PŘÍLOHA Č. 2 - MEDAILONKY KOMUNIKAČNÍCH PARTNEREK - VÝZKUMNÁ SKUPINA ..	123
PŘÍLOHA Č. 3 - MEDAILONKY KOMUNIKAČNÍCH PARTNEREK - KONTROLNÍ SKUPINA ..	125
PŘÍLOHA Č. 4 – ÚPLNÝ TEXT INICIATIVY IMBCI (ČESKÝ PŘEKLAD).....	126
PŘÍLOHA Č. 5 – SEZNAM TÉMAT A OTÁZEK – PODKLAD PRO ROZHOVORY S KOMUNIKAČNÍMI PARTNERKAMI (TOPIC GUIDE).....	131
PŘÍLOHA Č. 6 – METODOLOGICKÝ APENDIX: OBJEKTIVITA VS SUBJEKTIVITA A ETICKÉ ASPEKTY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	135

„Stát třikrát v bitvě v první řadě je snazší,
než jednou porodit dítě.“

J. R. Jeffers

Úvod

Člověk je již po staletí fascinován momenty zrození a smrti. Náš příchod na tento svět (stejně jako odchod z něj) je proto předmětem obyčejných lidských úvah jakož i vědeckého bádání, ačkoliv sociální vědy zkušenost těhotenství a porodu dlouho opomíjely. V následujícím textu je mým cílem porozumět tomu, jaké jsou motivace žen zvolit si pro narození svého dítěte cestu přirozeného porodu, co za takovým přístupem stojí a kde jsou jeho kořeny, dále jaké jsou charakteristické shodné prvky *přirozeného porodu* v přístupu těchto žen k porodu a porodní péči a jak se představy a očekávání plynoucí z tohoto přístupu k porodní péči odrážejí v žité porodní zkušenosti současných českých žen, to vše z perspektivy sociologie.

Hlavní pozornost je věnována koncepci přirozeného porodu. Nejedná se o koncept univerzální a neměnný, ale spíše o jakousi kompilaci různorodých náhledů na těhotenství, porod, které spojuje představa, že *„těhotenství není nemoc“* a *„normální fyziologický porod je přirozeným procesem“* a jako k takovému k němu má být i přistupováno.

Roli při volbě tématu práce hrál bezpochyby fakt, že jsem sama žena, i vlastní prodělaná porodní zkušenost, která byla a je průběžně konfrontovaná se zkušenostmi jiných žen. Otázky těhotenství, porodu a mateřství jsou, zdá se mi, častým tématem neformálních ženských rozhovorů, podobně jako po několik generací byla téměř nezbytným tématem neformálních debat mezi muži v České republice jejich zkušenost s povinnou vojenskou službou. Porodní příběhy mají dar spojit i na první pohled nesourodou skupinu žen a pomáhají bourat komunikační bariéry mezi nimi.

Moje vlastní porodní zkušenost se datuje do počátku devadesátých let a nemohla jsem si nevšimnout, že se objevují nová témata a otázky, kterým ženy věnují pozornost, že ženy přikládají význam někdy odlišným aspektům těhotenství

a porodu a na základě toho se proměňuje i jejich žitá porodní zkušenost. Současně se do rozhovorů o těhotenství, porodu a rodičovství stále častěji zapojují také muži.

Jakkoliv narození dítěte je a, zdá se, vždy bylo významnou událostí nejen v životě samotných žen, ale i celých rodin, coby veřejné sociální téma se prosazovalo pozvolna. Situaci v rámci české sociologie musíme navíc chápat v návaznosti na transformaci celé české společnosti po roce 1989. V prvních porevolučních letech se obrozující česká sociologie věnovala především „velkým“ sociálním tématům [Hašková 2001: 7]. Za první vlašťovky, pokud jde o otázky těhotenství, porodu, ale především mateřství, můžeme považovat některé práce z oblasti sociologie rodiny, ty však chápaly těhotenství a porod pouze jako cosi, co předchází rodičovství [Alan 1989; Možný 1990, 1999;]. Skutečný odborný zájem o těhotenství a porod v rámci české sociologie nastal až s přelomem nového tisíciletí [např. Hašková 2001], dosud však není toto téma plně saturované, jak vyplývá z rešerše v kapitole *Porod očima sociálních věd*.

O relevanci tématu svědčí i skutečnost, že termín *přirozený porod* patří k poměrně frekventovaným výrazům, ať již v neformálních hovorech, v médiích nebo v odborné literatuře z mnoha různých vědních oborů. Ačkoliv si témata těhotenství, porodu a porodní péče v české sociologii již získalo svůj prostor [např. Hasmanová-Marhánková 2009; Hašková 2000 a 2001; Hrešanová 2004, 2006, 2008], zorný úhel pohledu zaměřený na prožívání porodu samotnými ženami je prezentován zatím nejmenší měrou, a to zejména v textech Hrešanové [např. Hrešanová 2008, 2010 a 2011]. Nejaktuálnějším příspěvkem k dané problematice je rozsáhlá studie kolektivu autorek z FF UK, která se soustřeďuje na psychosociální aspekty v českém porodnictví [Takács et al. 2012]¹.

Navzdory tomu, že je porod intimní životní zkušeností, zasahuje do něj řada veřejných institucí a jeho průběh podléhá vnějším, často strukturálním tlakům [např. Hrešanová 2010]. Navržený výzkum by proto mohl být nejen sondou sociální, ale

¹ Přestože autorky studie použily kombinaci kvantitativní i kvalitativní metodologie, výsledná zpráva staví hlavně na výsledcích kvantitativní části výzkumu [Takács et al. 2012].

Ize v něm nalézt i politický přesah² skrze problematiku reprodukčních práv či ženských práv obecně [Candigliota, Červená 2011]. Důkazem, jak se otázky těhotenství, porodu a porodní péče stávají doslova veřejným a politickým bojištěm, mohou být tzv. *domácí porody*, které jsou však jen mediálně atraktivní „špičkou ledovce“. Namísto snahy porozumět tomu, co ženy vede k podobné volbě, je téma samotné *a priori* problematizováno v mediálním, odborném i politickém diskursu.

V úvodní kapitole přináším postupně rešerši zahraniční i české sociologické literatury věnované problematice těhotenství a porodu a dílčí pozornost jsem soustředila na rešerši studentských prací zaměřených na danou problematiku v českém prostředí.

V kapitole 2 přibližuji základní konceptuální rámce, k nimž otázky těhotenství a porodu vztahuji, tedy *biomoc*, *intimní občanství* a *feministické koncepce těla*. V případech *biomoci* a *feministických koncepcí těla* se v krátkosti soustřeďuji na historické proměny těchto sociologických konceptů a na objasnění toho, z jaké pozice konkrétně vycházím já. U *intimního občanství* jsem cítila povinnost objasnit zejména koncept samotný, neboť na rozdíl od obou předchozích se jedná o koncept v sociálních vědách relativně nový.

Kapitola 3 představuje metodologii výzkumu. Jednotlivé subkapitoly popisují výzkumné otázky, použité metody výzkumu, zejména biograficko-narativní interpretativní metodu (BNIM), která je úzce spojená se jménem Toma Wengrafa, výzkumný soubor, jeho formování i další členění na výzkumnou skupinu „přírodňáček“ a kontrolní skupinu „pacientek“ včetně odůvodnění tohoto kroku. Následuje popis analýzy rozhovorů a závěrečná subkapitola této části práce je věnována etickým problémům.

² Srov. „Ministr zdravotnictví Leoš Heger v tichosti rozpustil pracovní skupinu, jež měla hledat možnost změn v péči o těhotné a rodičky. Místo ní ustanovil novou. Ale už bez zastánců alternativ.“ A dále v témže článku „«Diskuse přestala být smysluplná. Gynekologové a porodníci nám po páté schůzce podali prohlášení, ve kterém řekli, že máme jedny z nejlepších perinatálních výsledků na světě, a proto nevidí důvod, proč koncepci porodnictví měnit»,“ popsal Roztočil.“ Citováno z Válková, H. 2013. [online] „Zastánci domácích porodů ministerstvu radit nebudou, rozhodl Heger“ dostupné z http://zpravy.idnes.cz/alternativy-v-porodnictvi-d0s/-domaci.aspx?c=A130423_221535_domaci_hv [cit. 24.4.2013]

Následující kapitoly vycházejí z empirického výzkumu. Kapitola 4. *Konceptualizace přirozeného porodu* nabízí pohled na různé způsoby, jak jej nahlížet z pohledu odborné i populárně naučné literatury a jak se toto zrcadlí v perspektivě samotných matek. Pátá kapitola se věnuje motivacím žen zvolit si pro narození dítěte právě cestu *přirozeného porodu*.

V kapitole věnované prožívání porodu přináším dva příběhy žen „přírodňáček“ a navazuji subkapitolou, kde poukazuji na analogie a rozdíly v těchto příbězích i příbězích ostatních „přírodňáček“. Následující kapitoly představují několik důležitých aspektů prožívání porodu. Postupně se věnuji roli důvěry, porodním asistentkám a otázce odpovědnosti.

V kapitole desáté, nazvané „*Poslušné*“ matky, vztahuji téma těhotenství, porodu a jeho prožívání ke konceptuálnímu rámci *biomoci* a *biopolitiky*. Empirickou část práce uzavírá kapitola nazvaná *Strategie „neposlušných“ matek*, v níž analyzuji způsob, jakým „přírodňáčky“ reagují na skutečnost, že se díky svojí osobní volbě, jak přivést na svět vlastní děti, dostávají do opozice k dominantnímu systému porodní péče. V této kapitole jsou určujícími konceptuálními rámci, k nimž prožívání porodu „přírodňáčkami“ vztahuji, *biomoc*, *biopolitika* a *intimní občanství*.

V závěru přináším shrnutí zásadních poznatků tohoto empirického výzkumu, souhrnné stručné odpovědi na výzkumné otázky a diskutuji, jakým směrem by bylo možné orientovat další výzkumnou činnost související s *přirozenými porody* a s tím, jak jej ženy, jež si tento způsob porodu zvolí za svůj, specificky chápou a prožívají.

Za seznamem literatury a zdrojů následuje několik příloh, mimo jiné medailonky participantek výzkumu a dále metodologický apendix (Příloha č. 6), v němž se věnuji otázce objektivity a subjektivity výzkumu, etickým aspektům kvalitativního výzkumu a postavení výzkumníka v jeho rámci, to vše vztahuji ke zde předkládanému výzkumnému projektu.

1. Porod očima sociálních věd

Následující kapitoly přináší stručný přehled teoretických prací i provedených studií jak na mezinárodním, tak na domácím poli a v krátkosti představují i několik studentských prací věnujících se této problematice.

1.1 Porod v kontextu sociálních věd

Témata těhotenství a porodu, případně porodní péče se v rámci sociálně-vědní literatury masivněji objevují teprve v posledních desetiletích 20. století. Tento zájem antropologie a sociologie pravděpodobně předznamenal již dřívější obrat zejména feministických teorií k tělesnosti a sexualitě [Foucault 1999] a k ženskému tělu jako takovému [Frost 2001; Laqueur 1999; Shorter 1983; Young 2002]. V návaznosti na tento vývoj začíná řada autorů v rámci sociologie zdraví a nemoci a sociologie medicíny pracovat s konceptem *genderovaného zdraví* [Annandale, Hunt 2000; Doyal 1995; Krieger 2000; Martin 2003] a věnovat se dále specifikům ženského³ zdraví [Miles 1991; Kirkham 2007], přičemž ústřední pozornost je věnována právě těhotenství a porodu jako explicitně ženské zkušenosti [Duden, Hoinacki 1993; Lee, Jackson 2002].

S ohledem na relativní novost tématu vznikají texty zakotvující téma těhotenství a porodu v kontextu sociálních věd a argumentující jeho oprávněnost skrze kulturní a sociální význam zkušenosti porodu, případně nahlízející porodní zkušenost v mezikulturní perspektivě [Callister, Semenic, Foster 1999; Côté-Arsenault, Brody, Dombeck 2009; Jordan 1992b] a dále práce historicky srovnávací [Brandon et al. 2009; Grey 2002; Leavitt 1986; Wertz 1989]. Nezanedbatelnou pozornost v rámci antropologie a sociologie porodu dále poutají profese porodních asistentek, ale i dalšího zdravotního personálu, který do porodnické praxe vstupuje [De Vries 2004; Fannin 2006; Kent 2000; Scholten 1977; Aaronson 1987; Mead 2008].

³ Opačně samozřejmě i mužského

Řada prací [Van Tejlingen, Lowis, McCaffery 2004; Shapiro et al. 1983; Gregg 1995] reflektuje výrazný trend *medikalizace*⁴ porodu a s tématem medikalizace porodu se ruku v ruce objevují témata moci [Henley-Einion 2003; Turkel 1995; Morgan 1998; Mullin 2005] a autoritativního vědění [Browner 1996; Davis-Floyd, Davis 1996; Davis-Floyd, Sargent 1997; Jordan. 1992a; Kitzinger 1997].

Vedle prací zkoumajících strukturální aspekty porodu např. skrze teorie sociální stratifikace [Kariel 1963; Lazarus 1994] významnou skupinu tvoří ty, jež se zaměřují na porodní prožitek z perspektivy žen, matek [Cronin 2003; Bondas, Eriksson 2001; Dick-Read 2004; Schneider 2002; Howell-White 1997; Melender 2002; Melender, Lauri 1999; Miller 2005]. Logickou reakcí na v Západní společnosti mainstreamové chápání těhotenství a porodu jako medicínského problému se rozvíjí koncept *přirozeného porodu*, který se stává významným tématem nejen na poli antropologie a sociologie porodu [McDonald 2011; Mansfield 2008; Wesfall, Benoit 2004]. Samostatný zájem budí i domácí porody [Wiegers et al. 1998; Craven 2010].

1.2 Porod očima české sociologie

Jestliže zahraniční antropologie a sociologie výrazněji zahrnuje mezi předměty svého zájmu těhotenství a porod zhruba od osmdesátých let 20. století, v rámci české sociologie přichází probuzení zájmu o tato témata později. Takové

⁴ Termín medikalizace odkazuje k narůstající tendenci medicíny přidělovat nemedicínským problémům často z oblasti každodenního života nálepku problému medicínského. Taková nálepka následně implikuje předpoklad, že daný problém je možno řešit pomocí lékařské vědy. Kritici moderní medicíny z oblasti sociálních věd upozorňují na to, že vliv lékařství tímto způsobem narůstá, medicína přestává být pouze vědou, ale stává se významným sociálním aktérem, často se značným politickým vlivem, a to i v oblastech, v nichž není kompetentní činit soudy a rozhodnutí [Abercombie et al 2006: 244]. Srov. též „*medicinalizace*“ in Křížová, E. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON či „*medicinizace*“ in Slepíčková, L., E. Šlesingerová, I. Šmídová. 2012. „Biomoc a reprodukční medicína: konceptuální inspirace“ in Sociologický časopis, Vol. 48(1): 85 – 106 a dále Fox, B., D. Worts. 1999. „Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth“ in *Gender and Society*, Vol. 13(3): 326-346 dostupné z <http://www.jstor.org/stable/190258> [cit. 21.3.2012]

tvrzení dokládá i skutečnost, že teprve v roce 2009 ve své stati *Těhotenství v perspektivě sociálních věd* Jaroslava Hasmanová Marhánková pokládá zásadní, byť spíše řečnickou⁵, otázku, zda těhotenství vůbec má být předmětem zájmu sociálních věd.

Autorka na otázku odpovídá kladně a současně vysvětluje, proč si toto téma tak obtížně dobývalo své místo na poli sociálních věd, a to i přesto, že se jedná o univerzální (a nejen ženskou) zkušenost. Dle Hasmanové Marhánkové obě tyto zkušenosti⁶ byly dlouho chápány jako ryze tělesný prožitek, tedy cosi v sociálních vědách neuchopitelného a obtížně analyzovatelného [Hasmanová Marhánková 2009: 55]. Text Hasmanové Marhánkové [2009] a zejména rok jeho vzniku může být sám o sobě odpovědí na otázku, proč se lze domnívat, že téma těhotenství, porodu a porodní péče v české sociologii dosud není plně saturováno a zaslouží si svůj díl pozornosti.

Za jeden z vůbec prvních počínů na poli české sociologie k otázce porodů lze považovat práce Hany Haškové [2000 a 2001], která provedla jakési pilotní zmapování této problematiky. Ve své práci přinesla pohled na to, „*jakým směrem se vyvíjí české porodnictví a které sociální faktory i aktéři ovlivňují vedení porodu v české společnosti*“ [Hašková 2001: 10]. Ačkoliv si Hašková nekladla, jak sama uvádí, vyšší ambice, než otevřít diskusi o tomto tématu a předestřit hlavní otázky potenciálního zájmu, její práci lze považovat za průlomovou, neboť připravila pole působnosti pro další autory.

Na práci Haškové navazuje v dalších letech teoretickými statěmi zejména Hrešanová [2004, 2006] a později Hrešanová společně Hasmanovou Marhánkovou [2007, 2008]. Autorky v obou společných statích poukazují na sociální stratifikaci rodiček v rámci systému porodní péče a vysvětlují ji skrze koncepty *komercializace* a *konzumerismu* zdravotní (v tomto případně porodní) péče [Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008].

⁵ Otázku lze považovat za řečnickou zejména proto, že v případě uvedeného textu Hasmanové Marhánkové se nejedná ani o první text či studii věnované tématu těhotenství a porodu v rámci české sociologie, ani o první text věnovaný dané problematice této konkrétní autorky.

⁶ Rozuměj těhotenství a porod

Ve stejném roce vychází studie Emy Hrešanové *Kultury dvou porodnic: etnografická studie* [Hrešanová 2008], která ke zkoumání porodu a porodnické praxe využívá koncept *organizační kultury*. Jejím cílem je „porozumět a popsat kulturu porodnic“ [Hrešanová 2008: 10]. Na mikroúrovni se autorka věnuje sociálním interakcím mezi zdravotním personálem a jeho klientelou, tedy zejména matkami, ale neopomíjí zcela ani otce a další osoby doprovázející ženy k porodu. Na meso úrovni analyzuje jednotlivé zdravotní profese spojené s porodnickou praxí a na makroúrovni se věnuje „širším vlivům působícím na organizační kulturu“. V této závěrečné části svojí práce upíná pozornost k transformaci zdravotní péče v České republice a procesům *komercializace péče a konzumerismu* na straně příjemců porodní péče, stejně jako sociálním nerovnostem mezi rodičkami [Hrešanová 2008].

V další své případové studii se Hrešanová věnuje etickým otázkám lékařství a porodu. Svá tvrzení ilustruje na kauze, k níž došlo v roce 2007 a již se v českých médiích dostalo značné pozornosti. Na případu matky, jež se rozhodla opustit porodnici se svým zdravým novorozencem jen několik hodin po porodu [Hrešanová 2010: 65], ukazuje konflikt, který je možné sledovat v řadě debat o porodní péči a porodnické praxi v České republice, konflikt individuálních potřeb a požadavků matek a dominantního systému porodní péče. Pro předkládanou práci zde vnímám jako zcela zásadní inspiraci zejména diskusi o odpovědnosti za porod, tedy jak různí aktéři tomuto pojmu rozumí a jak toto porozumění ovlivňuje jejich přístup k těhotenství, porodu a porodní péči. Studie zároveň dokumentuje, jak mediální diskurs o porodu kopíruje a podporuje diskurs medicínský a pomáhá upevňovat hegemonické vztahy mezi lékaři či obecně zdravotním personálem a mezi matkami [Hrešanová 2010: 65].

Z pohledu mnou zamýšlené práce však klíčovou roli hraje jiná studie Emy Hrešanové *Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie*. Ačkoliv *emic* perspektivu rodiček na porod a porodní péči již autorka částečně uplatnila i ve své předchozí práci *Kultury dvou porodnic: etnografická studie* [Hrešanová 2008], kde však byla konfrontovaná s perspektivou zdravotního personálu (konkrétně porodních asistentek) a byla nahlížena skrze koncept *organizační kultury*, zde se

jedná o samostatnou analýzu „*perspektivy českých rodiček a jejich zkušenosti s porodní péčí*“ [Hrešanová 2011: 63] V práci se autorka vrací k diferenciovanému přístupu k porodu a k porodní péči v odkazu na socio-ekonomický status žen či na místo jejich bydliště. Přestože studie potvrzuje velice individuální chápání a prožívání porodu jednotlivými ženami, přináší zároveň i jakousi typologii, jednu z mnoha možných, nicméně pravděpodobně poprvé a velmi detailně rozpracovaných koncepcí porodu a porodní péče v České republice [Hrešanová 2011].

Zatím pravděpodobně nejrozsáhlejší vhled do problematiky perinatální péče přináší v době vzniku této práce právě publikovaná výzkumná zpráva *Psychosociální aspekty v současném porodnictví – kvalita perinatální péče očima rodiček*, která předkládá poznatky z výzkumu realizovaného katedrou psychologie FF UK v Praze v letech 2010 až 2012 [Takács et al. 2012]. Práce je rámovaná oborem psychologie. Zásadní přínos této studie spočívá v její reprezentativnosti.

Nejen, že výzkum pokryl celou Českou republiku, ale srovnává porodnická zařízení na základě jejich velikosti, srovnává fakultní i nefakultní nemocnice a zaměřuje se na celou škálu zdravotního personálu. Reprezentativní je výzkumný soubor v citované studii i z hlediska charakteristiky participantek výzkumu. Výzkumnice soustředily svoji pozornost jak na diferenciaci na základě dosaženého vzdělání, tak na základě toho, zda je jednalo o prvorodičky či vícerodičky nebo jaký byl samotný průběh porodu, např. zda se jednalo o spontánní porod⁷ či porod císařským řezem.

Důležitým vodítkem při analýze mnou provedených rozhovorů byl poznatek Takács a jejího kolektivu, že navzdory vysoké kvalitě českého porodnictví, se toto „*potýká s některými závažnými nedostatky v psychosociální oblasti*“, které spočívají nejčastěji v komunikaci zdravotního personálu s rodičkami, v slabé psychické podpoře žen ze strany zdravotního personálu a v jeho rutinním přístupu k rodičkám [Takács et al. 2012: 19 - 21].

⁷ Autorky ve své studii užívají spíše pojem „*přirozený*“ než „*spontánní*“ porod, nicméně vzhledem k tomu, že konceptualizace tohoto pojmu v jejich textu se na rozdíl od této práce liší, považuji za vhodnější zde užít termín „*spontánní porod*“.

V souhrnu textů a publikací, které se věnují otázce porodu z perspektivy samotných matek, nemohu zcela opomenout ani ty, které nahlížíjí tuto zkušenost v životě žen z jiného než sociálně vědního úhlu pohledu. Za jednu z nejnámějších považuji knihu *Porodní příběhy – Rodíme se jen jednou* [Aperio 2006], která je žánrově nejbližší kategorii populárně naučné literatury určené pro budoucí matky⁸. Zahrnuje zhruba čtyřicet narativních vyprávění žen o jejich porodních zkušenostech. Publikaci *Porodní příběhy – Rodíme se jen jednou* [Aperio 2006] zde explicitně cituji, protože právě narativy sepsané v této knize mi zprostředkovaly vůbec první seznámení se s názory reálných žen na *přirozený porod*⁹ a staly se jednou z počátečních inspirací při designování výzkumu¹⁰.

1.3 Těhotenství a porodní zkušenost jako předmět studentských prací

Vedle výše zmiňovaných autorek jsem svůj zájem zaměřila i na studentské práce. Zajímalo mě především, jaká pozornost je v rámci studentských prací věnována otázkám těhotenství a porodu, jakým dílčím tématům se věnují a jakým způsobem o dané problematice referují. Důvodem, proč jsem prováděla rešerši studentských prací, byla zejména potřeba ujistit se, že nebudu svým výzkumem

⁸ Srov. např. Balasková, J. 2009. *Aktivní porod. Stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo; Fenwicková, E. 2012. *Velká kniha o matce a dítěti*. Praha: Ikar; Hanáková, T. 2010. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Brno: Computer Press; Stoppard, M. 2001. *Nová kniha o matce a dítěti*. Praha: Cesty; Trča, S. 2001. *Budeme mít děťátko: těhotenství, správná životospráva, porod, šestinedělí, péče o dítě*. Praha: Grada; Rainer, J. 2001. *Zázračná cesta na svět: kronika 38 týdnů cesty do života s jedinečnými fotografiemi od početí až k porodu*. Praha: Slovart; Mackonochie, A. 2001. *Těhotenství týden po týdnu: obrazový průvodce*. Praha: Svojtka.

⁹ Námitkou proti této knize by pravděpodobně mohlo být, že byla vydána sdružením Aperio, které se výraznou měrou angažuje v hnutí přirozeného porodu v České republice, a proto i příběhy zde nabízené reprezentují právě tento konkrétní přístup k těhotenství a porodu a možní odpůrci by ji mohli shledávat jako argumentačně jednostrannou.

¹⁰ Některá vyprávění mi pomohla odhalit nové souvislosti, ukázat směr při detekování problémů a formulování otázek při přípravě rozhovorů s mými budoucími komunikačními partnerkami v rámci vlastního výzkumu.

pouze replikovat již existující studentský projekt¹¹. Zajímalo mě i to, do jakých vědních oborů téma proniká, rozhodla jsem se proto nelimitovat pouze na práce z oblasti sociologie a vyhledat ty, které byly úspěšně obhájené v období od roku 2001 do roku 2012 v návaznosti na publikaci pionýrské studie Haškové [2001].

Většina prací byla napsána studenty medicínských či zdravotnických oborů, ale ani mezi těmi nechybělo zaměření se na psychologické a (i když jen zřídka) sociální aspekty porodu¹². Ve studentských pracích bylo možné rozlišit několik tematických okruhů (viz níže), mezi nimiž moji pozornost poutaly především ty věnované prožívání porodu nebo sociálním a kulturním aspektům porodu:

a) organizace porodní péče a studium organizační struktury porodnických zařízení. Zde je často uplatňován komparativní přístup, ať již se jedná porovnání různých zařízení v rámci ČR (zřídka též na mezinárodní úrovni) nebo o diachronní analýzu porodní péče¹³. Část prací se zaměřuje též na tzv. domácí porody¹⁴.

b) profese porodních asistentek, babičtví, doly a jejich role při porodu

¹¹ Při rešerších studentských prací jsem vycházela z veřejně dostupných elektronických databází závěrečných prací následujících vzdělávacích zařízení: Univerzita Karlova v Praze, Masarykova univerzita v Brně, Západočeská univerzita v Plzni a Univerzita Palackého v Olomouci. Téma těhotenství a porodu z pohledu sociálně-vědního bylo nejčastěji zastoupeno mezi absolventskými pracemi obhajovanými na Masarykově univerzitě v Brně.

¹² Téma porodu a porodní péče převažovalo v pracích bakalářských, diplomové práce tvořily pouze zlomek.

¹³ Např. Bakalářská práce Veroniky Hajníkové *Proměny v přístupu k těhotenství a porodu v období socialismu a dnes*. Hajníková [2012] ve své práci z oboru etnologie s titulem *Proměny v přístupu k těhotenství a porodu v období socialismu a dnes* dokládá tvrzení Hany Haškové [Hašková 2001] o tom, že teprve v 90. letech 20. století se téma porodu přesouvá ze sféry ryze individuální do sféry veřejné, což koresponduje se zde užívaným konceptuálním rámcem *intimního občanství*.

¹⁴ Diplomová práce Šárky Hlaváčové [2011] *Cesta k domácímu porodu aneb jak se porod stává součástí každodenního rodinného života*, ač byla prací z oboru psychologie, má značný interdisciplinární přesah a pracuje s řadou klasických konceptů *sociologie* a *antropologie porodu*. Důležitými aspekty porodu, s nimiž autorka pracuje, je role negativní zkušenosti, role důvěry a silná potřeba porodu jako pozitivního zážitku pro samotnou ženu a zejména pro dítě [Hlaváčová 2011: 99].

- c) prožívání porodu a porodní zkušenosti¹⁵
- d) mediální obraz těhotenství a porodu
- e) sociální a kulturní aspekty porodu. Zde se koncentrují práce z oblasti sociologie a antropologie porodu. Zatímco některé práce analyzují jednotlivé koncepce poskytování porodní péče v ČR¹⁶, jiné sledují současný trend medikalizace porodu¹⁷.

¹⁵ Diplomová práce Kateřiny Hoďákové s názvem *Prožitek porodu a sebehodnocení žen* z oboru psychologie věnuje souvislostem prožívání porodu a sebehodnocení žen. Za zajímavé považují zejména teoretické zakotvení práce v té části feministických teorií, které se vracejí k *biologickému determinismu* spojenému s přijetím odlišnosti a akcentují ženskou výjimečnost skrze instituci mateřství, která se podílí na konstrukci ženské identity. „[...] *těhotenství, porod a následně kojení* [...] jsou tři oblasti, které jsou výhradně ženskou záležitostí, protože muži jich z fyziologického hlediska nejsou schopni“ [Hoďáková 2009: 6]. Zdůrazňuje také, že sepjetí ženské identity s mateřstvím se utvářeno v rámci socializačního procesu od útlého dětství a naplnění této role, ba co víc *úspěšné* naplnění této role je součástí pozitivního sebehodnocení mnoha žen [Hoďáková 2009]. Text odkazuje k modelu „*dobré matky*“, který odráží dominantní sociální normy a hodnoty ve společnosti. Význam mateřství a představa řady žen o sebenaplnění skrze mateřství, utvářejí možná představu o vlastním porodu, jeho průběhu a následné sebehodnocení se pak utváří na základě toho, jakým způsobem se této role zhostily, jak naplnily představu svoji i očekávání společnosti.

¹⁶ Např. Diplomová práce Andreji Šnejdarové *Dichotomie porodu* z oboru sociální a kulturní antropologie nazvané následuje některé výše citované autorky [např. Hašková 2001; Hrešanová, Marhánková 2008], když tvrdí, že je v současnosti možné sledovat, a to nejen v českém kontextu, dvě stěžejní, spolu vzájemně soupeřící koncepce vedení porodu. Hašková [2001] je představuje *jako aktivně lékařsky vedené porody a porody přirozené*.

¹⁷ Např. Diplomová práce Barbory Chaloupkové *Těhotenství jako medicínský problém? Prožívání těhotných žen v souvislosti se zdravotní péčí*. Z práce Chaloupkové [2012] z oboru psychologie vysvítá jednak současný silný trend medikalizace porodu a zároveň sílící požadavek žen na větší variabilitu porodní péče. Nebo též bakalářská práce Petry Čermákové s názvem *Přechodový rituál porodu v kontextu medikalizované společnosti*. Čermáková [2011] argumentovala vhodnost užití konceptuálního rámce *biomoci*. Text ilustruje, jak západní biomedicína charakterizovaná mimo jiné výraznou medikalizací zdravotní péče zasahuje do sféry intimních lidských zkušeností, jakými jsou těhotenství a porod. Inspirující je zejména v závěrečné diskusi nastíněná otázka, jaká forma podpory je pro současné ženy důležitá.

2. Konceptuální rámce k uchopení přirozených porodů

Přirozený porod není primárně sociologickým konceptem a do sociálních věd pronikl z oblasti medicíny a porodnictví. Sociální vědy užívají termíny *přirozený porod* a *aktivně lékařsky vedený porod* k popisu konkrétních modelů, či též koncepcí porodní péče, přičemž první představuje *model zaměřený na ženu (women-centred model)* a druhý *model technokratický*. Hranice obou těchto koncepcí porodní péče jsou fluidní a jednotlivé rysy je možné nalézt v konkrétních případech obou těchto modelů péče současně [Van Teijlingen 2005]¹⁸.

Konceptualizace přirozeného porodu je předmětem první kapitoly empirické části této práce¹⁹, v níž popisuji, jaké významy *přirozeného porodu* nabízí odborná a populárně naučná literatura a jakým způsobem tyto prezentace reflektovaly ve svých výpovědích i moje komunikační partnerky. Hlavní rysy *koncepce přirozeného porodu* tak, jak jsou nejčastěji prezentované ve většině dostupné literatury [např. Howell-White 1997, 1999, Hašková 2001; Hrešanová 2011] byly použity též jako kritérium pro výběr participantek do výzkumné skupiny.

K porozumění tomu, jak se koncepce přirozeného porodu odráží v žitých zkušenostech žen, jež si zvolily tuto cestu pro narození vlastního dítěte, využívám konceptuální rámce *feministické koncepce těla, biomoci a intimního občanství*.

Feministické koncepce těla vnímám jako konceptuální rámec vhodný zejména k porozumění motivacím žen zvolit si cestu *přirozeného porodu* a dále k porozumění tomu, jak ženy vnímají odpovědnost za porod [Candigliota, Červená 2011].

Koncept *biomoci* bývá mimo jiné používán k deskripci vztahu mezi lidským zdravím a určitou formou moci. V rámci studia ženského reprodukčního zdraví

¹⁸ Srov. Wilkins, R. 2000. *Poor Relations: The Paucity of the Professional Paradigm* (pp. 28-54) in M. Kirkham (ed.) *The Midwife-Mother Relationship*. New York: Palgrave; Hašková, H. 2000. "Současná porodní a poporodní praxe v ČR" in *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 4: 13-15; Hašková, H. 2001. *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR; Hrešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Vydavatelství ZČU v Plzni (pp. 127).

¹⁹ Viz. Kapitola 4. Konceptualizace přirozeného porodu

s ním již v českém kontextu pracovala např. Dudová [2009] či Hasmanová Marhánková [2008].

Intimní občanství považují za sociologický koncept, kterým je možné uchopit porod současně jako záležitost intimní a niternou a zároveň jako důležitou součást veřejného sociálního života. K tomuto konceptuálnímu rámci se vztahují zejména v kapitole věnované strategiím, jež ženy užívají v sociálních interakcích se svým okolím.

2.1 Feministické koncepce těla

Feministické koncepce těla jsou charakteristické pro druhou vlnu feminismu²⁰, která je signifikantní svým zaměřením se na ženu (*woman-centeredness*). Vzrůstá zájem o ženské prožívání sebe samých, svých těl, své tělesnosti a sexuality [Havelková 2004: 177, 180]. To nastoluje ve společnosti a v návaznosti na to i v sociálních vědách nová témata, mezi něž patří otázka kontroly nad vlastním tělem, práva na potrat a prožívání mateřství jako specificky ženské zkušenosti.

Young [2002] upozorňuje na skutečnost, že tělo je vždy sociálně situované a navzdory tomu, že *živoucí tělo*²¹ má konkrétní fyzické limity, které jsou do jisté míry určující, jsme zároveň aktivními, racionálně uvažujícími a natolik svobodnými bytostmi, abychom navzdory této fakticitě svobodně nakládali se svými těly a sami na základě toho konstruovali vlastní identitu [Young 2002; Howson, Inglis 2001].

Mateřství a jeho socio-kulturní význam dávají vzniknout samostatnému směru v rámci kulturního feminismu tzv. *mateřskému feminismu*²². Kulturní feministky vyzdvihují ženskou odlišnost skrze mateřství, chápou je jako možný zdroj moci a podstoupení přirozeného reprodukčního procesu nahlíží jako ženské

²⁰ Počátek druhé vlny feminismu se datuje do 60. let 20. století a k iniciačním momentům lze řadit především hnutí hippies, které bylo úzce spojeno se sexuální revolucí.

²¹ Jindy též *žité tělo*.

²² Mateřský feminismus „požaduje místo alibistické glorifikace mateřství [...], aby se mateřství a kvalitám, které díky němu ženy získávají, dostalo skutečně významného místa v kultuře i ve veřejném prostoru a [...] dozvídáme se o tom, co vlastně zážitek mateřství obsahuje, jak velká je rozmanitost vlastních «definic» mateřství ze strany žen“ [Havelková 2004: 180 - 181].

privilegium [Fenstermaker, West 2002; Young 2002]. Jedním z jejich základních požadavků byla redefinice samotného mateřství, která by vyplývala z ženského prožívání této životní události a která by se mimo jiné oprostila od dosavadního pouhého primárního chápání mateřství jako biologicky daného [Havelková 2004: 180].

Důležitým tématem souvisejícím s mateřstvím a feministickými koncepcemi těla jsou moderní reprodukční technologie a biotechnologie, které se stále častěji stávají nedílnou součástí reprodukčního procesu, zasahují do průběhu těhotenství i porodu. Feministické teorie současně vnímají reprodukční technologie a biotechnologie jako klasický příklad mocenského mechanismu kontroly patriarchální společnosti [Mary O'Brien, 1981; Young 2002]²³.

S otázkami mateřství jsou provázané i další feministické směry, jakými je „*standpoint*“ feminismus a ekofeminismus. Oba tyto směry pracují s tzv. „*ženským pohledem na svět*“ či „*ženskou zkušeností*“. Oběma je shodný návrat k přírodě, který v rámci tohoto výzkumu je možné spatřovat v alternativních způsobech života²⁴ a specifickém přístupu k péči o své tělo, péči o zdraví a způsobech léčby, které jsou často nemedicínské [Hansen, Easthope 2007]. „*«Ženská zkušenost»* je tak podle standpoint teorie přímou antitezí „*abstraktního mužství*“ [Sokolová 2004: 206, 210], což implikuje důraz na intuici a intuitivní vnímání světa a života v něm.

²³ Srov. též v kontextu české sociologie Hasmanová-Marhánková, J. 2008. [online] „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství“ in *Biograf*, Vol. 47. Dostupné z <http://www.biograf.org/clanky/members/clanek.php?clanek=v4702> [cit. 15.12.2012]; Parusniková, Z. 2000. „Biomoc a kult zdraví“ in *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, Vol. 36 (2): 131 – 142 nebo Slepíčková, L., E. Šlesingerová, I. Šmídová. 2012. „Biomoc a reprodukční medicína: konceptuální inspirace“ in *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, Vol. 48(1): 85 – 106.

²⁴ Srov. Duffková, J. 2006. „Životní způsob/styl a jeho variantnost: Malé zamyšlení nad tím, co všechno se může skrývat pod označením ‚alternativní životní styl‘,“ Pp. 79 -90 (resp. 2- 12) in *Aktuální problémy životního stylu Praha: Univerzita Karlova v Praze – Filozofická fakulta*. Dostupné z <http://jana-duffkova.rubicus.com/sociologie-zivotniho-stylu/state-a-jine-texty> [cit. 10.3.2013].

2.2 Biomoc

Koncept *biomoci* vnesl do sociologie poprvé Michel Foucault. Základem foucaultovského konceptu *biomoci* je uplatňování moci skrze disciplinaci jedince, skrze vytváření tzv. poslušných těl (*docile bodies*). Prostřednictvím ovládnutí těla současně dochází i k disciplinaci mysli, a to často formou sebedisciplinace jedinců samých²⁵ [Foucault 2000].

Rané formy moci uplatňující se skrze disciplinaci těl jedinců označuje Foucault za „kázeňské“²⁶. S narůstající potřebou ovládat již nikoliv pouze jednotlivce jako stavební segment společnosti, ale stále více celou masu lidí či lépe „populaci“ [Foucault 2005: 220], začínají se rozvíjet jiné tzv. „nekázeňské“ formy disciplinace²⁷. Moc je realizována už ne skrze zodpovědnost za smrt, ale skrze zodpovědnost za život, čímž dochází k „*etatizaci biologična*“ [Foucault 2005: 215]. Tento proces proměny biomoci popisuje Foucault jako přechod od *politické anatomie* k *biopolitice* [Foucault 2005: 218].

Základem *biopolitky* [Foucault 2009] je provázanost individuálního chování, biologie, národní politiky a moci. Nové mechanismy *biomoci* slouží ke kultivaci života jako takového, k vytváření a udržení kvalitní, tím je rozuměno zdravé, populace. Současně stát přestává být exkluzivním vykonavatelem moci, protože ta je vykonávána prostřednictvím *autoritativního vědění* (*authoritative knowledge*) [Jordan 1992a]. V pozadí autoritativního vědění stojí nejčastěji odborníci (z oblasti legislativy, vědy, a v případě zdraví zejména lékaři). Autoritativní vědění spoluvytváří společenský řád, jehož nastolení ukládá každému jedinci ve společnosti povinnost, odpovědnost za budování a posilování vlastního kvalitního života a zdraví a ta se stává internalizovanou [Foucault 2005; Parusniková 2000;

²⁵ Způsob, jakým je toho možné dosáhnout popisuje Foucault v jiném svém textu *Dohlížet a trestat* [2000], kde používá příměr s Benthamovým modelem vězení, tzv. *Panoptikonem*, kde člověk žije s pocitem, že je neustále kontrolován, pozorován a to ho nutí chovat se za všech okolností disciplinovaně [Foucault 2000].

²⁶ Foucault datuje tento typ biomoci do období 17. a 18. Století, do raného období formování kapitalismu [Foucault 2005: 217].

²⁷ Tato nová technologie moci nutně neopouští „kázeňské“ formy disciplinace, jen je modifikuje [Foucault 2005: 218]

Rose 2001]. V této práci zejména v její empirické části ztotožňují autoritativní vědění s vědáním expertním a podle toho tak s těmito termíny zacházím jako se synonymy.

K nastolení takového řádu je nezbytné nastolení nového diskurzu o těle a o zdraví, kdy znalosti a vědomosti o zdraví a zdravém životním stylu se stávají součástí nezbytného laického „*balíku vědění*“ každého člověka [Hansen, Easthope 2007] a z toho vyplývají různá omezení a povinnosti jedince vůči sobě samému, vůči svému tělu a v přeneseném významu zodpovědnost a povinnost vůči celé společnosti. Tělo přestává být pouze tělem biologickým, individuálním, ale stává se tělem sociálním [Foucault 2005; Parusniková 2000; Rose 2001].

V současné společnosti je možné *biopolitiku* díky vývoji v biomedicíně a biotechnologii, chápat jako politiku rizik. Riziko je důležitým mechanismem, který umožňuje uplatňování *biomoci* a *biopolitiky* [Parusniková 2000; Rose 2001; Slepíčková, Šlesingerová, Šmídová 2012], a argumentace, proč předcházet možným rizikům, je často vedena skrze ekonomické ukazatele ve společnosti [Nyberg et al 1992; Righard 2001]²⁸.

2.3 Intimní občanství

K charakteristickým znakům rozvinuté občanské společnosti v neoliberalním pojetí občanství v moderních a postmoderních západních kapitalistických společnostech patří především aktivní účast občanů na správě věcí veřejných, jejich aktivita a angažovanost, které však jdou ruku v ruce s řadou práv a povinností. Důraz je kladen na vysokou míru individualismu. Ten na jedné straně implikuje povinnosti jedince vůči společnosti, v níž žije, ale zároveň na straně druhé občanovi dává právo na vlastní sebeurčení a na nezasahování státu do soukromé sféry jeho života [Bryant et al 2007: 1195].

²⁸ Srov. Slepíčková, L., E. Šlesingerová, I. Šmídová. 2012. „Biomoc a reprodukční medicína: konceptuální inspirace“ in *Sociologický časopis*, Vol. 48(1): 85 – 106; Leach, M., Fairhead, J. 2007. *Vaccine anxieties*. London: Earthscan Louis Pasteur.

Samotný termín *intimní občanství* může zdánlivě působit jako oxymoron, neboť koncept občanství byl vždy vztahován k sociálnímu, veřejnému životu. V sociálních vědách však pod vlivem feministické kritiky stále častěji vyvstávají diskuse o potřebě nové konceptualizace občanství, která v sobě bude zahrnovat také oblast intimity, neboť pozice každého jedince ve společnosti a jeho identita se může odvíjet od různorodých „*intimních životních stylů*“. Neoliberální koncept *intimního občanství*²⁹ je postaven na základním občanském právu na individuální volbu a suverenitu rozhodování o svém partnerovi, sexuálních aktivitách, o tom, zda mít či nemít děti nebo jak nakládat se svým vlastním tělem [Plummer 2003: 23 - 25; Plummer 2007: 80].

Tato práva, zejména ve sféře zdraví a zdravotní péče, jsou však konfrontována s tržními principy, na nichž stojí moderní západní demokracie [Plummer 2003: 23 - 25]. Propojíme-li otázku občanství s výše popisovaným konceptem biomoci a zaměříme-li se na mechanismy fungování bipopolitiky, mezi něž patří sebedisciplinace, sebekontrola a přijetí osobní odpovědnosti za vlastní zdraví ve prospěch celé společnosti, je zřejmé že propojenost veřejné a intimní sféry se sférou občanskou může být značná.

Porodní narativy vztahují ke konceptu *intimního občanství* zejména tam, kde se věnují popisu různých strategií, jež ženy volí v sociálních interakcích se svým okolím, ať už se jedná o interakce s dalšími ženami, jež inklinují ke koncepci přirozeného porodu, nebo k poskytovatelům porodní péče a dalším veřejným sociálním institucím. Propojení intimní sféry s občanskými právy a povinnostmi a jejich chápáním je též zřetelné při utváření sociálních sítí, jež mohou být pro tyto ženy významným zdrojem nejen emocionální podpory.

²⁹ Srov. viz též termín *sexuální občanství* (*sexual citizenship*) v Bell, D., J. Binnie. 2000. *The Sexual Citizen*. Cambridge: Polity Press; Evans, D. 1983. *Sexual Citizenship*. London: Routledge; Richardson, D. 1998. „Sexuality and Citizenship“ in *Sociology* Vol 32(1): 83-100.

3. Metodologie

3.1 Výzkumné otázky

Aby bylo možné *přirozenému porodu z emic* perspektivy samotných žen porozumět v její komplexitě, zaměřila jsem se prostřednictvím dílčích výzkumných otázek na jednotlivé aspekty, které *konceptci přirozeného porodu* utvářejí. Každá dílčí otázka logicky implikovala další. Ptala jsem se tedy postupně:

- Jaká může být konceptualizace přirozeného porodu?
- Jaké jsou motivace žen k přijetí koncepce přirozeného porodu za vlastní? Co za takovým přístupem stojí a kamsahají jeho kořeny?
- Jak ženy vycházející z koncepce přirozeného porodu samotný porod prožívají a jak o něm referují?
- Jaké aspekty porodu a porodní péče jsou pro ženy vycházející z koncepce přirozeného porodu důležité a proč jim přiřkládají důležitost?
- Jak jsou ženy vycházející z koncepce přirozeného porodu konfrontovány s dominantním konceptem porodní péče a jak na základě toho vnímají svoje postavení ve společnosti a interakce s vybranými sociálními institucemi ve společnosti?

3.2 Metody výzkumu

S ohledem na cíle této práce jsem se rozhodla pro využití kvalitativní metodologie. Konkrétně využívám biografickou metodu výzkumu³⁰, která je z podstaty zaostřena na vnitřní perspektivy a sebereflexi jedince [Hendl 2008; Denzin, Lincoln 2005; Wengraf 2004 a 2011]. K porozumění osobním motivům a zkušenostem jednotlivých aktérů se jevila jako obzvláště vhodná kolektivní případová studie, která umožňuje zaměřit se na širší problematiku skrze kumulaci výzkumu více případových studií [Stake 1995], ale zároveň nevylučuje teoretizování v širším kontextuálním rámci [Hendl 2008: 107].

³⁰ Podrobněji dále v této kapitole

K triangulaci dat posloužil dále rozhovor s doulou³¹, blog jedné z žen z výzkumné skupiny³² a diskuse a příspěvky zveřejňované na internetových chatech a internetových portálech věnujících se problematice těhotenství, porodu, porodní péče a mateřství [Selwyn, Robson 1998]³³. Za nezanedbatelný zdroj dat a důležitý prostředek k analýze sebraných dat považuji i výzkumný deník [Poewe, K. 1996]³⁴

Ve výzkumu jsem využívala biograficko-narativní interpretativní metodu (též BNIM). Opodstatněním jejího užití bylo primární zaměření se na specifika individuální zkušenosti, která je však zakotvena v historickém a/nebo sociálním kontextu a kterou ovlivňují sociální procesy jako např. dynamika institucí, jimiž jsou v tomto konkrétním případě zejména zdravotní organizace a rodina [Wengraf 2004]³⁵.

S přelomem tisíciletí narůstá vliv biografických metod v rámci sociálně-vědních výzkumů z oblasti lidského zdraví. Tento biografický obrat souvisí se změnou mocenských vztahů mezi zdravotnickými profesionály a mezi příjemci zdravotní péče. Postmoderní analýza zdraví se také odklání od pouhého zaměření se na fragmentaci a diferenciaci zdraví a zdravotní péče a svůj zájem upíná k tomu, jak zdraví a zdravotní péče mohou ovlivňovat organizaci a kontrolu každodenního života jedinců ve společnosti [Rickard 2004: 165 - 166].

V rámci výzkumu prostřednictvím BNIM jsem prováděla hloubkové narativní rozhovory, rozhovory se ženami v kontrolní skupině byly oproti tomu

³¹ S Janou, doulou a matkou tří dětí, jsem se setkala v průběhu teoretické přípravy na výzkum. Ačkoliv jsem ji samotnou nakonec nakonec nemohla zařadit do výzkumné skupiny, poskytla mi několik velice cenných kontaktů na ženy, s nimiž se buď osobně setkávala v rámci jejich předporodní přípravy, nebo které doprovázela jako dula k porodu. Tímto způsobem jsem získala čtyři komunikační partnerky.

³² Na tomto webu zmíněná žena zveřejňuje příspěvky týkající se těhotenství, porodu a porodní péče v České republice, ale i úvahy na další témata s porodem bezprostředně nesouvisející.

³³ Např. www.aperio.cz, www.babyweb.cz/ , www.ham.cz, www.maminka.cz, www.klub-maminek.cz, www.emimino.cz apod.

³⁴ Vedení terénního či výzkumného deníku řeším v metodologickém apendixu viz Příloha č. 7 tohoto textu.

³⁵ Srov. *Biograficko-narativní rozhovor je velmi mocná technika. Rozhovor Lenky Formánkové s Tomem Wengrafem*. 2011. [online] dostupné z <http://www.genderonline.cz/cs/issue/30-rocnik-12-cislo-2-2011/222> [cit. 20.8.2012]

polostrukurované. Typ rozhovoru se odvíjel od charakteru porodní zkušenosti jednotlivých žen, tedy od zařazení konkrétní ženy do výzkumné nebo kontrolní skupiny³⁶. Rozhovory se třemi ženami z výzkumné skupiny, jejichž porod proběhl v institucionalizovaném prostředí, se pohybovaly na pomezí mezi hloubkovým narativním rozhovorem a rozhovorem polostrukurovaným.

Narativní rozhovory byly členěny do tří subsekvencí [Wengraf 2004]³⁷. V úvodní části byly ženy vyzvány, aby mi vyprávěly vlastními slovy svoji biografii s tím, že ponechám na nich, jaké životní události do tohoto vyprávění zařadí, ale že obzvláště mohou akcentovat momenty, které dle jejich názoru měly vliv na formování jejich pohledu na porod odpovídající koncepci přirozeného porodu³⁸.

V druhé části rozhovoru byly ženám kladeny doplňující otázky vztahující se k jejich biografiím. Společně jsme se vracely k jednotlivým životním momentům a zkušenostem, přičemž cílem bylo zjistit, proč tyto zkušenosti ženy považují za důležité a jakým způsobem dle nich ovlivnily jejich přístup k těhotenství, porodu a přístupu k porodní péči.

V třetí části narativního rozhovoru jsem komunikačním partnerkám kladla otázky vztahující se k jednotlivým dílčím tématům dle předem vypracovaného

³⁶ Původní představa byla taková, že se ženami, které mají zkušenost s domácím porodem, budu provádět rozhovory narativní, zatímco se ženami, které rodily v institucionalizovaném prostředí, budu provádět rozhovory polostrukurované. Ačkoliv pilotní rozhovory se zdály vhodnost takového rozložení forem rozhovorů potvrzovat, v dalším průběhu sběru dat se ukázalo jako vhodnější provádět hloubkové narativní rozhovory se všemi ženami ve výzkumné skupině, zatímco pouze se ženami z kontrolní skupiny provádět rozhovory polostrukurované. K důvodům, které k tomuto vedly, se vrátím blíže v rámci analýzy a interpretace sebraných dat. V podstatě však i když jsem rozhovor s ženami ve výzkumné skupině, které rodily v institucionalizovaném prostředí, zahájila s úmyslem vést jej jako polostrukurovaný, ženy samy rozuměly těhotenství a porodnímu zážitku specifickým způsobem a v odkazu na toto vnímání o svých zkušenostech a prožitcích referovaly.

³⁷ Srov. *Biograficko-narativní rozhovor je velmi mocná technika. Rozhovor Lenky Formánkové s Tomem Wengrafem*. 2011. [online] dostupné z <http://www.genderonline.cz/cs/issue/30-rocnik-12-cislo-2-2011/222> [cit. 20.8.2012]

³⁸ Mým cílem bylo do této části vyprávění naprosto nezasahovat a pouze si dělat poznámky pro následnou sekvenci rozhovoru, nicméně ale moje komunikační partnerky mě ve všech případech požádaly, že si nejsou jisté, zda budou schopné plynule vyprávět a že by uvítaly moji pomoc tak, aby byla udržována plynulost jejich vyprávění.

seznamu (*topic guide*)³⁹, který jsem shodně používala také v případě polostrukturovaných rozhovorů se ženami z kontrolní skupiny. Polostrukturované rozhovory se ženami v kontrolní skupině sledovaly podobnou osu jako rozhovory narativní⁴⁰.

Rozhovory probíhaly až na dvě výjimky *face to face*⁴¹ a vždy v prostředí, které si určily participantky⁴², což napomáhalo budování vzájemné důvěry [Brownlow, O'Dell 2002]. Tyto dvě výjimky představovaly rozhovory provedené prostřednictvím skypu. Jsem si vědoma jistých omezení⁴³, která takto vedený rozhovor skýtá, a reflektovala jsem je proto i v analýze dat, nicméně hodnota získaných dat dle mého názoru převážila nad nevýhodami způsobu vedení rozhovoru. Rozhovory se ženami v obou skupinách se lišily nejen formou, ale i délkou trvání⁴⁴ a místem, kde rozhovory probíhaly. Rozhovory se ženami z výzkumné skupiny trvaly výrazně déle, jejich délka se pohybovala průměrně v rozmezí od jedné do tří hodin⁴⁵ a s výjimkou dvou výše zmíněných rozhovorů

³⁹ Seznam důležitých témat a otázek je uveden v Příloze č. 5 této práce.

⁴⁰ Viz Seznam důležitých témat a otázek je uveden v Příloze č. 5 této práce.

⁴¹ V případě dvou žen z výzkumné skupiny jsem volila po zralé úvaze možnost uskutečnit rozhovor alespoň prostřednictvím skypu namísto rozhovoru *face to face*, neboť s ohledem na jejich časové a jiné možnosti bych v opačném případě ztratila možnost s nimi rozhovor realizovat vůbec.

⁴² Mým cílem bylo, aby se ženy při rozhovorech mohly cítit co nejkomfortněji a aby atmosféra byla pokud možno uvolněná a otevřená, a to nejen z hlediska prostředí jako takového, ale i s ohledem na jejich časové možnosti či na potřeby jejich dětí a rodin.

⁴³ Na rozdíl od rozhovorů vedených *face to face* nebylo vždy možné reagovat i na nonverbální projevy komunikačních partnerek. Dále v případě jednoho z takto vedených rozhovorů byl v místnosti společně se zpovídanou ženou také její partner, který do rozhovoru několikrát vstoupil. V jednom případě jsem také měla dojem, že přítomnost partnera této ženy ovlivnila její ochotu resp. neochotu odpovědět na jednu z mých otázek. Konkrétně se jednalo o dotaz ohledně praktik nakládání s placentou po porodu, resp. jak žena naložila s vlastní placentou po domácím porodu.

⁴⁴ Větší délka trvání rozhovoru vycházela z faktu, že ženy „*přírodnáčky*“ řadu otázek o těhotenství a o porodu vztahovaly k širším referenčním rámcům a porod pro ně nebyl jednorázovým časově omezeným aktem bez souvislostí, ale jedním z dílčích momentů, který významným způsobem ovlivňuje život matky, ale především život dítěte, a který může do značné míry determinovat jejich další život a vzájemné vztahy.

⁴⁵ Pouze v jediném případě trval rozhovor méně než jednu hodinu, a to cca 40 minut, a opačným extrémem byl rozhovor trvajících tři hodiny a osmnáct minut.

realizovaných prostřednictvím Skypu se rozhovory uskutečnily v domácnostech mých komunikačních partnerek⁴⁶.

Polostrukturované rozhovory trvaly mezi třiceti minutami až jednou hodinou. Naprostá většina rozhovorů se ženami z kontrolní skupiny se uskutečnila na veřejných místech; v kavárnách, na dětských hřištích nebo během procházky s dětmi v přírodě⁴⁷.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon, k čemuž jsem si vyžádala výslovný souhlas všech komunikačních partnerek⁴⁸. Z rozhovorů byly následně pořízeny doslovné přepisy⁴⁹. Přepisy byly dále doplněny o poznámky zaznamenávající nonverbální projevy komunikačních partnerek během rozhovorů, které se opíraly o poznámky zaznamenané v průběhu rozhovorů, a byly opatřeny *memy* [Marvasti 2004: 54].

S většinou žen z výzkumné i kontrolní skupiny jsem zůstala v kontaktu i po provedení samotného rozhovoru a některé z nich jsem dodatečně požádala o doplňující a upřesňující informace k našemu rozhovoru. Potřeba položení doplňujících otázek často vyplynula z opakovaného poslechu, případně přepisu

⁴⁶ S jednou z komunikačních partnerek v rámci výzkumné skupiny jsem uskutečnila dva rozhovory s odstupem cca sedmi měsíců. Důvodem pro opakovaný rozhovor byl porod dalšího jejího dítěte v domácím prostředí a zejména okolnosti, které tento porod provázely, a události, které bezprostředně po porodu následovaly.

⁴⁷ Pouze jediný rozhovor se uskutečnil v domácnosti zpovídané ženy. V tomto konkrétním případě šlo však o ženu, s níž mě poji dlouholeté přátelství, takže to téměř jistě predikovalo místo našeho rozhovoru.

⁴⁸ Přestože informace o zaznamenávání rozhovoru prostřednictvím diktafonu bylo zmíněno explicitně i v dokumentu informovaného souhlasu, o jehož podepsání jsem své komunikační partnerky požádala, byly ještě opakovaně dotázány na svolení s tímto postupem bezprostředně před započítím rozhovoru a současně upozorněny, že kdykoliv mohou požádat o přerušování záznamu případně dodatečně např. během autorizace rozhovoru vyjádřit své přání ohledně části takto získaných dat.

⁴⁹ Tyto přepisy jsem nabídla zaslat všem účastnicím rozhovorů s možností jejich autorizace a případné korekce. Ženy byly ujištěny, že jsem připravena respektovat jejich případná dodatečná přání na úpravu těchto přepisů, přání nepublikovat či necitovat konkrétní vybrané pasáže apod. Tento krok jsem považovala za obzvláště důležitý s ohledem na to, že během rozhovorů jsme často hovořily o velice osobních otázkách, nezdědka jsme se mluvily o třetích osobách, jejichž soukromí mohly a chtěly ženy chránit. Možnost zaslání přepisu rozhovoru využily pouze čtyři z mých komunikačních partnerek, žádná z nich však poté nepožadovala jakoukoliv úpravu tohoto přepisu.

rozhovoru a odpovědi na takto kladené otázky posloužily k triangulaci dat⁵⁰. Tato dodatečná komunikace probíhala prostřednictvím elektronických médií, jako jsou sociální síť Facebook, Skype nebo e-mailová korespondence, a to zejména z důvodu úspory času i s ohledem na skutečnost, že některé komunikační partnerky pocházely ze vzdálených míst [Selwyn, Robson 1998]⁵¹.

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří výzkumná a kontrolní skupina. Hlavním předmětem mého zájmu byla výzkumná skupina tzv. „přírodňáček“ a kontrolní skupina posloužila ke komparaci, která umocňuje některé specifické rysy prožívání porodu u žen „přírodňáček“.

S ohledem na teoretické koncepty, z nichž vycházím⁵², jsem se rozhodla neoslovovat ženy prostřednictvím zdravotnických zařízení⁵³. Prvním krokem při formování výzkumného souboru bylo oslovení přátel a známých, o nichž jsem věděla, že se jim nedávno době narodily děti. Dále jsem využívala metodu tzv. „sněhové koule“⁵⁴. Rekrutovat participantky primárně v okruhu známých osob jsem považovala za vhodné, neboť vytvoření důvěry mezi mnou a těmito ženami jsem

⁵⁰ Všem ženám z kontrolní skupiny jsem také dodatečně položila jednu stejnou doplňující otázku. Potřeba znát odpověď na tuto otázku od všech komunikačních partnerek v kontrolní skupině vyplynula teprve po dokončení rozhovorů s ženami ve výzkumné skupině. Tato otázka se týkala odpovědnosti za porod a zněla: Jak chápete odpovědnost za porod a kdo dle Vás nese za porod a jeho průběh odpovědnost? Kdo nese odpovědnost za zdraví a život matky a dítěte v průběhu porodu?

⁵¹ Srov. Meho, L. I. 2006. [online] „E-Mail Interviewing in Qualitative Research: A Methodological Discussion“ in *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, Vol. 57(10):1284–1295 dostupné z <http://eprints.rclis.org/8377/1/email-interviewing.pdf> [cit. 6.6.2012]

⁵² *Biomoc, biopolitika a intimní občanství viz. kapitola 2.*

⁵³ Pod zdravotnickými zařízeními rozumím zejména těhotenské poradny, gynekologické ordinace či porodnická oddělení nemocnic.

⁵⁴ Hledala komunikační partnerky na základě doporučení žen, jež se do mého projektu zapojily, nebo případně sami účast z nějakého důvodu odmítly, nebo nevyhovovaly kritériím výzkumného souboru, ale byly ochotné mi doporučit někoho ze svých známých. V případě, že by touto cestou nedošlo k triangulaci dat, byla jsem připravena pokusit se část komunikačních partnerek oslovit a získat skrze neziskové organizace či občanská sdružení propojená s hnutím přirozeného porodu (např. HAM nebo Aperio). Tento krok však nakonec nebyl nutný.

cítila jako předpoklad pro úspěšné vedení rozhovorů⁵⁵. Ženy, které jsem osobně znala před započítím výzkumu, tvořily nicméně menšinu v rámci celého výzkumného souboru⁵⁶.

Základním kritériem pro výběr komunikačních partnerek byla alespoň jedna vlastní porodní zkušenost, která nebyla starší než tři roky [Marvasti 2004: 24]⁵⁷, tzn. porodní zkušenost v letech 2009 až 2012 a zakončená porodem živého dítěte. Zároveň jsem se rozhodla nevyložit z výzkumného souboru ženy, které rodily již dříve, pokud alespoň jeden jejich porod spadl do vymezeného časového období. K tomuto rozhodnutí mě vedlo očekávání, že opakovaná porodní zkušenost by mohla přinést zajímavé srovnání, zda a jak se vyvíjel přístup k porodu u těchto žen, ať již s ohledem na dobu, v níž předchozí porod proběhl, nebo na osobní zranění a nově nabyté životní zkušenosti.

Dále jsem hledala ženy s dokončeným minimálně středoškolským vzděláním s maturitou, neboť inklinace k přirozenému porodu a aktivní přístup k těhotenství, porodu a porodní péči je častěji identifikován u žen se středoškolským a vysokoškolským vzděláním [Kariel 1963; Lazarus 1994; Hrešanová 2011; Hasmanová Marhánková. 2008]. Třetím kritériem byl aktivní přístup k porodu – tedy skutečnost, že žena sama svůj přístup k porodu definovala jako aktivní.

Byly provedeny tři pilotní rozhovory, dva polostrukturované se ženami, které rodily v porodnicích⁵⁸ a jejichž porody byly *aktivně lékařsky vedené*. Třetí pilotní rozhovor byl narativní se ženou, jejíž porod proběhl doma bez pomoci porodní asistentky, pouze za přítomnosti a asistence manžela. Z těchto tří rozhovorů

⁵⁵ Předpokládala jsem, že v případě hovorů o těhotenství a porodu se bude jednat o silně emotivní prožitky a současně že řada kladených otázek bude směřovat do intimní oblasti (tělesnosti, sexuality a partnerských i rodinných vztahů).

⁵⁶ Konkrétně se jednalo o čtyři z celkového počtu sedmnácti žen.

⁵⁷ Srov. Stockdale, G. P., R Sood. 1989. [online] „Emergency Public Information: A Quick Response Study of Coalinga“ in *Natural Hazards Research and Applications Information Center Working Papers* 63. Boulder: University of Colorado. Dostupné z <http://www.cde.state.co.us/artemis/ucb6/UCB6571063INTERNET.pdf>[cit. 25. 1. 2013]

⁵⁸ V každém z těchto dvou případů se jednalo o jinou porodnici a dokonce o jiný kraj.

vyplývalo, že pro zařazení do výzkumné skupiny je potřeba stanovit další kritérium, či upřesnit stávající kritérium aktivního přístupu k těhotenství a porodu⁵⁹.

Jako další podmínku pro zařazení potenciálních komunikačních partnerek do výzkumné skupiny jsem stanovila požadavek žen na „*alternativní*“ *porodní péči*, resp. představu a očekávání vlastního porodu jako *porodu přirozeného*. Tento požadavek se týkal pouze apriorních představ a očekávání o porodu a nemusel nutně korespondovat s reálným průběhem samotného porodu. Poslední podmínkou pro zařazení každé konkrétní ženy do výzkumné skupiny bylo odmítání rutinního⁶⁰ provádění následujících lékařských intervencí:

- medikace
- užití epidurální anestezie
- aplikace oxytocinu
- provádění episiotomie
- provádění umělého protržení vaku blan
- zasahování do přirozené dynamiky porodu

Takto stanovené požadavky korespondovaly jak s obrazem přirozeného porodu v populárně naučné literatuře určené nastávajícím matkám [např. Marek 2002; Stadelmannová 2009], tak v odborné literatuře určené k vzdělávání medicínských odborníků v oblasti porodnictví [např. Zwinger 2004: 477-480] i v literatuře sociálně vědní, která nahlíží *přirozený porod* jako opozitum k *porodu aktivně lékařsky vedenému*⁶¹ [např. Hašková 2001; Hrešanová 2011; Moscucci 2003; Westfall, Benoit 2004].

⁵⁹ I u obou žen, které předpokládaly a v podstatě požadovaly aktivně lékařsky vedený porod, bylo možné detekovat aktivní přístup k těhotenství a porodu (resp. k přípravě na porod). Z pilotních rozhovorů bylo současně zřejmé, že představy a očekávání těchto žen se výrazně liší a následně se diametrálně liší i jejich porodní zkušenosti a jejich popis.

⁶⁰ Zásadní důraz zde kladu právě na výraz „rutinní provádění“ u jednotlivých zákroků/intervencí do průběhu porodu, neboť koncepce přirozeného porodu v žádném případě neznamená striktní odmítání lékařské péče, ani popírání vymožeností lékařské vědy.

⁶¹ Pohled sociálních věd na *přirozený porod* jako opozitum k *porodu aktivně lékařsky vedenému* je kritický. Sociální vědy reflektují takovéto chápání obou přístupů k porodní péči v mediálním, medicínském či laickém diskurzu, snaží se nicméně o dekonstrukci takového dichotomického chápání.

Právě pilotní rozhovory ukázaly, jak výrazně se mohou představy o porodu lišit na základě toho, k jaké koncepci porodní péče se jednotlivé ženy přiklánějí, rozhodla jsem se vytvořit proto dvě skupiny v rámci výzkumného souboru, a to výzkumnou a kontrolní.

Výzkumnou skupinu, která tvoří hlavní objekt mého zájmu, tvořilo devět žen⁶² ve věku od 28 do 35 let. Čtyři z těchto žen mají středoškolské vzdělání s maturitou, zbývajících pět žen dosáhlo vysokoškolského titulu na různých úrovních a typech vysokých škol.⁶³ Ačkoliv všech devět žen pochází z města, v současnosti čtyři z nich žijí na venkově a pět z nich ve městě. Určitou výjimku v této skupině tvoří Světlana, která pochází z Ukrajiny, kde také porodila tři ze svých čtyř dětí. Již pět let žije se svým druhým manželem v České republice, kde se narodil její nejmladší syn. Šest z těchto devíti žen má alespoň jednu zkušenost s porodem doma. Tyto ženy v textu označuji jako „přírodňačky“⁶⁴.

Kontrolní skupinu tvořilo osm žen ve věku od 24 do 39 let⁶⁵. Tři z těchto žen mají středoškolské vzdělání s maturitou. Zbývajících pět žen má vysokoškolské vzdělání, kterého dosáhly na různých typech vysokých škol.⁶⁶ Šest z těchto žen žije v současnosti ve městě a dvě v těsné blízkosti krajského města.⁶⁷ Tuto skupinu žen v textu nazývám „pacientky“.

3.4 Analýza rozhovorů

Prvním krokem analýzy bylo opakované čtení přepisů rozhovorů s komunikačními partnerkami kombinované s poslechem záznamů. V této fázi jsem

⁶² Medailonky jednotlivých žen zařazených do výzkumné skupiny jsou předmětem Přílohy č. 2 této práce.

⁶³ Jedna z žen získala bakalářský titul, tři magisterský titul a jedna doktorský titul.

⁶⁴ Toto označení vychází částečně z textu Hrešanové [2011], která však užívá označení „přírodňačky“ a částečně reflektuje způsob, jakým o sobě samy ženy hovoří např. v internetových diskuzích.

⁶⁵ Medailonky jednotlivých žen zařazených do kontrolní skupiny jsou předmětem Přílohy č. 3 této práce.

⁶⁶ Jedna z žen získala bakalářský titul, zbývajících čtyři získaly titul magisterský.

⁶⁷ Uvádím zde, že dvě z žen žijí na vesnici, ale považuji za důležitou informaci, že jsou to obce v bezprostřední blízkosti (krajského) města, neboť na rozdíl od žen ve výzkumné skupině, které rovněž uvedly, že žijí v současnosti na vesnici, toto ve skutečnosti neodkazuje k odlišnému životnímu stylu. Ženy v rámci výzkumné skupiny, které uvedly, že žijí na vesnici, akcentovaly život na vesnici jako projev určitého specifického (často zdravého) životního stylu, někdy výslovně alternativního životního stylu.

se zaměřila na základní konceptuální rámce a snažila jsem se identifikovat výrazné kategorie v jednotlivých výpovědích participantek. K další organizaci poměrně rozsáhlých dat jsem využívala software Atlas.ti, v němž jsem prováděla kódování a vytvářela analytické poznámky a komentáře. Využití tohoto softwarového nástroje mi umožnilo efektivní organizaci dat a vytváření přehledných dílčích výstupů z datových souborů [Gibbs, Friese, Mangabeira 2002].

3.5 Etika výzkumu

Za nezbytnou podmínku každého výzkumu považuji dodržování etických zásad. Co se týče průběhu rozhovorů, snažila jsem se vždy maximálně vyhovět požadavkům všech zúčastněných žen ohledně času i místa rozhovoru tak, aby pro ně tento rozhovor byl co nejpříjemnější⁶⁸.

K zajištění informovaného souhlasu jednotlivých participantek s jejich účastí na výzkumu jsem jim obvykle ještě před naším setkáním zaslala anotaci výzkumného projektu a případně s nimi jednotlivé body telefonicky prodiskutovala. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu měl písemnou podobu⁶⁹. K etickým zásadám, které souvisí s nahráváním rozhovorů na záznamové zařízení a s jejich

⁶⁸ Ačkoliv jsem si např. byla vědoma toho, že rozhovor se dvěma komunikačními partnerkami současně má svá úskalí a mohou proti němu být vysloveny námitky z hlediska metodologie, rozhodla jsem se vyhovět přání jedné z žen, abych uskutečnila rozhovor s ní i s její kamarádkou současně, neboť právě ona kamarádka tento rozhovor zprostředkovala a rozhovor se odehrával během společné vycházky s dětmi.

⁶⁹ Vzor informovaného souhlasu je předmětem Přílohy č. 1 tohoto textu. Dokument byl vždy vyhotoven ve dvou stejnopisech tak, aby jeden zůstal mojí komunikační partnerce a druhý mně. Ženy byly vždy zdvořile požádány, zda bychom si mohly tento dokument vzájemně stvrdit podpisem. Tato procedura sloužila často také k tomu, abych v úvodu našeho setkání a rozhovoru ještě jednou představila vlastní výzkum a abychom si případně vzájemně vyjasnily možné požadavky ze strany těchto žen. Ačkoliv žádná z komunikačních partnerek neměla s podpisem informovaného souhlasu problém, byla jsem připravena vyhovět i eventuálnímu přání, aby naše úmluva byla stvrzena pouze verbálně, neboť jsem si byla vědoma, že dokument může působit velice oficiálním dojmem a mým cílem jednoznačně bylo podpořit atmosféru vzájemné důvěry. Přestože informace o zaznamenávání rozhovoru prostřednictvím diktafonu bylo zmíněno explicitně i v dokumentu informovaného souhlasu, o jehož podepsání jsem své komunikační partnerky požádala, byly ještě opakovaně dotázány na svolení s tímto postupem bezprostředně před započítím rozhovoru a současně upozorněny, že kdykoliv mohou požádat o přerušování záznamu případně dodatečně např. během autorizace rozhovoru vyjádřit své přání ohledně části takto získaných dat.

doslovnými přepisy, se vyjadřuji v části věnované metodologickým postupům (viz výše a dále též v poznámkách pod čarou č. 44 a 45).

Ačkoliv jsem všem svým komunikačním partnerkám garantovala zachování jejich anonymity již podpisem zmíněného Informovaného souhlasu, dodatečně jsem s nimi konzultovala podrobnosti postupu anonymizace⁷⁰.

Vzhledem k tomu, že jsem pracovala často se skutečně citlivými osobními informacemi, cítila jsem povinnost vůči svým komunikačním partnerkám nakládat se zvláštní opatrností s veškerými získanými daty, která jsou uchovávána v elektronické podobě v anonymizované formě a veškeré soubory byly opatřeny hesly. Všechna data jsou uložena na pevných elektronických úložištích.

Konečně všem ženám jsem nabídla poskytnutí pracovní verze výsledného diplomové práce k přečtení před tím, než bude postoupena k obhajobě a případně publikována a zároveň jsem je ujistila, že se budu maximálně snažit jejich možnou reflexi tohoto textu zapracovat do finální podoby diplomové práce.

⁷⁰ Původně se zdálo být dostatečným používání pouze křestních jmen jednotlivých žen u citací či popisů konkrétních situací, ale s ohledem na to, že se některé z mých komunikačních partnerek vzájemně znaly a že několik žen výslovně projevilo takové přání, rozhodla jsem se přidělení smyšlených jmen všem ženám, jejich dětem a partnerům. Aby nebylo možné identifikovat jednotlivé ženy ani podle místa bydliště, neboť některé z nich žijí v malých obcích, rozhodla jsem se pro uvedení pouze názvu kraje, v němž se bydliště mých informátorek nachází.

4. Konceptualizace přirozeného porodu

Koncept přirozeného porodu není jednotný a může se velmi lišit v odkazu na mnoho faktorů. Mimo jiné i na to, zda se jedná o text sociálně-vědní, medicínský či populárně naučný. V této kapitole představím postupně všechny tři tyto perspektivy, které vztáhnou k citacím z provedených rozhovorů s participantkami.

4.1 Konceptualizace přirozeného porodu v sociálních vědách

Sociální vědy reflektují užívání termínu *přirozený porod* jako opozita ke v současné době dominantnímu konceptu *aktivně lékařsky vedeného porodu* (v institucionalizovaném prostředí)⁷¹, jež se objevuje v mediálním či biomedicínském diskurzu, současně se k takové dichotomizaci staví kriticky a snaží se o její dekonstrukci [Hašková 2001; Hrešanová 2011; Moscucci 2003; Westfall, Benoit 2004]⁷².

Moscucci [2003] uvádí, že *přirozený porod* byl v jistém období též synonymem pro tzv. *primitivní porod* (*primitive childbirth*), který odkazoval k antropologickým studiím porodních zkušeností, rituálů, obecně k průběhu porodu u tzv. *přírodních* (též *primitivních*) národů, byl chápán jako cosi živelného či intuitivního [Moscucci 2003: 171]. Teprve později byl termín *primitivní porod* přenesen i do kontextu porodní péče v rámci západního světa, kde byl užíván v pejorativním smyslu jako opozitum k rozvíjející se lékařské perinatální péči v období zejména po 1. světové válce.

Termín *přirozený porod* (*natural birth*) sloužil jako obhajoba medikalizace porodu a porodní péče. Bez ohledu na to, zda se jednalo o „*přírodňačky*“ nebo „*pacientky*“, většina z žen definovala porod jako cosi „*přirozeného*“, jako „*přirozený*“ fyziologický proces. Často poukazovaly i na fakt, že porod je něčím, co ženy

⁷¹ Dále v textu též uvádím název tohoto konceptu v jeho stručnější podobě – *lékařsky vedený porod*. Obě tato označení chápu jako synonyma.

⁷² Záměrně zde však používám adjektiva „*zjednodušené*“ a „*zobecnující*“, neboť jak ukazuje např. práce Hrešanové [2011] a jak ukázala i analýza dat v tomto výzkumu, konkrétní představy jednotlivých žen o přirozeném porodu se mohou často lišit.

zvládaly po celá tisíciletí, že jde o něco až automatického⁷³: Obracely se do historie a naznačovaly, že porod nepodléhal vždy *medikalizaci*⁷⁴.

Takto chápaný koncept přirozeného porodu byl „*spojením darwinistických teorií s teoriemi neuropsychologickými a s kulturními stereotypy porodu mezi «primitivními» lidmi*“ [Moscucci 2003: 171]⁷⁵. *Přirozený porod* tak získal „nálepku“⁷⁶ rizikovosti [Henley-Einion 2003; Morgan 1998; Mullin 2005]⁷⁷ a z pohledu dominantní koncepce lékařsky vedeného porodu je proto *přirozený porod* nahlížen v této perspektivě jako projev iracionality a odmítání vymožeností lékařské vědy a odmítání pokroku obecně.

Známky inspirace tímto Moscucci [2003] popisovaným pohledem na koncept *přirozeného porodu* můžeme ve skutečnosti vidět i u některých současných českých žen, které na porod pohlížejí *holisticky*. Tento akcent v koncepci přirozeného porodu může souviset s alternativním životním stylem a odmítáním konzumeristických prvků typických pro mainstreamový životní styl [Hansen, Easthope 2007]. Zajímavé je odkazování některých „přírodňáček“ na knihu *Koncept*

⁷³ Podobné reakce bylo možné sledovat i v neformálních rozhovorech s řadou lidí v mém okolí, když jsem zmínila, že píši o přirozených porodech. Nejčastěji jejich otázka zněla: „A ono se dá родit také nepřirozeně?“ případně „Porod není žádná věda, dítě se prostě narodí, to JE přirozené, že ženy rodí děti!“

⁷⁴ Srov. „[...] přirozený porody ... ono se to teď tady trochu nafouklo, že je to jako novinka, přitom když se někdo zamyslí, tak zjistí, že takhle se rodilo vždycky, od nepaměti, až pak v devatenáctém, no to ještě ne, až ve dvacátém století najednou (pozn.: se objevily) nemocnice, najednou přístroje, najednou doktoři ve všem, všechno se pítvalo, najednou se všechno lejsrovalo a skenovalo [...]“ Eva, Kraj Vysočina, „přírodňáčka“

⁷⁵ Srov. Dick-Read, G. 1933. *Natural childbirth*. London: Heinemann Medical Books; Dick-Read, G. 1944. *Childbirth without fear*. New York: Harper & Bros.

⁷⁶ Srov. *teorie nálepkování* v Goffman, E. 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: SLON nebo též Link, B. J., J. C. Phelan. 2001. „Conceptualizing Stigma“ in *Annual Review of Sociology*, Vol. 27: 363-385 dostupné z <http://www.jstor.org/stable/2678626> [cit. 2.3.2013]

⁷⁷ Srov. Hasmanová-Marhánková, J. 2008. [online] „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství“ in *Biograf*, Vol. 47 dostupné z <http://www.biograf.org/clanky/members/clanek.php?clanek=v4702> [cit. 15.12.2012]

kontinua Jean Liedloffové⁷⁸, která proces porodu a následné péče o děti a jejich výchovu nahlíží jako souvislý proces.

„Četla jsem zajímavou knihu, Koncept kontinua, která [...] popisuje kmen, je to v Jižní Americe, nějaký takový přirozený kmen někde v džungli a ti právě úplně přirozeně vychovávají děti, rodí děti, je tam popsáno, jak tam vlastně (pozn.: dělají vše tak), jak to bylo od nepaměti a je tam kontrast k dnešní společnosti, jak my se chováme k dětem, jak rodíme děti, a je tam popsán v jaký jedince vyrostou oni a v jaký jedince žijící ve strachu a v nemocech vyrůstáme my[...] a já si myslím, že pomaličku ponenáhlu se k té přirozenosti zase vrátíme, protože spousta žen, co trochu uvažuje a nějak vnímá sama sebe, tak vidí, že tady to nikam nespěje“ Eva, Kraj Vysočina, „přírodňáčka“⁷⁹

⁷⁸ Srov. Liedloffová, J. 2007. *Koncept kontinua. Hledání ztraceného štěstí pro nás a naše děti*. Praha: DharmaGaiga. Kniha *Koncept kontinua* autorky Jean Liedloffové (1926-2011) představuje výsledky pozorování, jež autorka prováděla během svých několika expedičních cest do Venezuely ke kmeni Yequana. Podtitul knihy zní „hledání ztraceného štěstí pro nás i naše děti“. V knize se zaměřuje především na způsob jejich výchovy dětí a na rozvoj lidské osobnosti, který má současně vést k dosažení optimálního fyzického, duševního a emocionálního vývoje. V knize *Koncept kontinua* zdůrazňuje zejména fyzický kontakt dospělého s dítětem, přičemž oním dospělým nemusí být vždy bezpodmínečně jen matka. Matka (či jiní dospělí) v tomto kmeni nosí dítě připoutané na svém těle při všech běžných každodenních činnostech a tento kontakt trvá až do doby, kdy dítě samo začne projevovat zájem o osamostatnění se, kdy začíná lézt, tzn. do cca šestého až osmého měsíce jeho věku. Blízký kontakt je dítěti dopřán i pak. Děti v tomto kmeni např. spí v posteli s rodiči, dokud sami nechtějí jinak. Péče o děti v kmeni Yequana je instinktivní, dospělí reagují pozitivně na potřeby a požadavky dítěte, ale zároveň jim není projevována péče přehnaná. Od samého počátku se stávají součástí kmene. Podobně instinktivně je přistupováno ke kojení. Dle Liedloffové takový přístup dětem poskytuje pocit, že je žádané, že je součástí rodiny a to u dětí implikuje silný pud sebezáchovy. Liedloffová tvrdí, že když se některá z těchto základních očekávání v raném dětském věku nenaplní, děti vyrůstají v deprivované dospělé.

⁷⁹ Při interpretaci dat využívám citace z rozhovorů s komunikačními partnerkami. Citace výpovědí byly převedeny nikoliv však stoprocentně důsledně do spisovné češtiny. Při převodu citací komunikačních partnerek do spisovné češtiny jsem se řídila vlastním jazykovým citem tak, aby byla zachována autenticita výpovědí. U citace vždy uvádím fiktivní jméno konkrétní komunikační partnerky, kraj, z něhož pochází, a to, zda se jedná o „přírodňáčku“ nebo „pacientku. Tuto informaci považuji za zásadní, protože odkazuje ke koncepci porodu a porodní péče, k níž se tato žena přiklání. Pokud v přepisu citací z promluv participantek některá slova vypisuji velkými písmeny, odkazuji tím k faktu, že toto slovo bylo vypravěčkou opravdu zdůrazněno, často až teatrálně.

Doslovný odkaz na knihu *Koncept kontinua* se vyskytl ve dvou dalších rozhovorech s ženami ve výzkumné skupině, ale holistický přístup k porodu a rodičovství je vlastní všem „přírodňáčkám“.

Moderní západní medicína, která má kořeny v descartovském metodologickém a filosofickém dualismu, jenž striktně odděluje materiální a nemateriální a na témže principu tělo a duši nebo tělesné a duševní jevy, je postavena na předpokladu, že jsou to „*biologické indikátory, které definují nemoc*“ [Křížová 1993: 40]. To v případě perinatální péče vede k situaci, kdy lékaři často opomíjejí pacienta, v tomto případě ženu-rodičku, coby celistvou osobnost a soustřeďují se výhradně na biomedicínské aspekty a za rodičkou vidí pouze „*rodící tělo*“. Z titulu své profese pak pracují s „*nemocným*“ (zde těhotným či rodícím) tělem, nad nímž obrazně řečeno díky specifickému expertnímu vědění mají určitou moc.

Dichotomizace *přirozeného porodu a aktivně lékařsky vedeného porodu* dále reaguje na transformaci zdravotní péče v západních společnostech v průběhu 20. století, která je charakterizována procesy *komercializace* porodní⁸⁰ péče, *komodifikací* zdraví a s *konzumerismem* na straně matek. Podobný trend je možné sledovat i v rámci vývoje porodní péče v rámci v Československa a později v České republice. Socialistické porodnictví v Československu⁸¹ vykazovalo výrazné rysy byrokratické organizace tak, jak ji definuje Max Weber [Weber 1997]. K charakteristickým rysům patřila zejména hierarchická struktura, byrokratická správa⁸², mocenský dehumanizující vztah mezi lékaři a pacienty či významná role expertů a technologií⁸³ [Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 88 - 90].

První změny v systému porodní péče v českém kontextu se začaly projevovat již v osmdesátých letech 20. století, jako takový příklad lze uvést

⁸⁰ Obecně samozřejmě zdravotní

⁸¹ Srov. Heitlinger, A. 1987. *Reproduction, Medicine and the Socialist State*. New York: St. Martin's Press.

⁸² Např. poskytování zdravotní péče na základě rezidenční příslušnosti [Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 88 - 90].

⁸³ Např. výrazná medikalizace porodní péče [Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 88 - 90].

zavádění systému *rooming-in*⁸⁴. Jinak si porodní péče zachovává až do konce devadesátých let 20. století výrazně medikalizovaný charakter a první vlna kritiky systému porodní péče se objevuje až se vznikem v českém kontextu nových spotřebitelských a zájmových skupin [Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 89 - 90].

Navzdory nezpochybnitelnému trendu konzumerismu na straně matek však klientská role není něčím, co by vyžadovaly a po čem by toužily všechny české ženy bez výjimky. V několika pracích [např. Hašková 2001; Hrešanová 2008; Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008] se objevuje kategorizace matek do dvou různých skupin, jež nemají zcela jednoznačné pojmové označení. To, co je však odlišuje, je právě reflexe sebe samých coby aktivních participantů v procesu porodní péče.

Hašková rozlišuje *aktivně lékařsky vedené porody a porody alternativní* či „*přirozeně*“ *vedené* [Hašková 2001]. Subtilněji řešenou kategorizaci nabízí Hrešanová [Hrešanová 2011], která uvádí pět různých pojetí porodu a porodní péče, kde čtyři z nich představují různé variace přístupů k *přirozeným porodům*. Ve své práci upozorňuje ještě na další skupinu matek, které odmítají lékařskou intervenci do vlastního porodu, nepřejí si родit v žádné zdravotnické instituci, ale doma. O tomto fenoménu se nejčastěji hovoří jako o tzv. „*domácích porodech*“. Ženy, které preferují tento způsob porodu, zdůrazňují zejména pozitivní vliv prostředí na matku i dítě, na utváření jejich vzájemného vztahu [Hašková 2001; Cheyney 2011; Wick, Hassan 2012], a dále na nenarušování intimity prožitku z porodu [Overgaard et al. 2012].

⁸⁴ Dobrovolný *rooming-in* představuje variantu poporodní péče, kdy bezprostředně po porodu žena může zůstat se svým dítětem na porodním sále a přikládat si je k prsu a dále pak na poporodním oddělení (též odd. šestinedělí) dítě zůstává stále s matkou. Přínos této formy poporodní péče spočívá v možnosti žen rychleji začít plně kojit a v důsledku toho se zkracuje doba hospitalizace tak, že ženy obvykle mohou být z nemocniční péče propuštěny již třetí den po porodu [Zwinger et al. 2004: 479]

4.2 Konceptualizace přirozeného porodu v lékařské literatuře

Lékařská literatura někdy častěji než termín *přirozený porod* používá termíny *alternativní porod* či *alternativní porodnické postupy*, *alternativní porodnická péče*. V kapitole věnované alternativní porodní péči autoři připouští, že výsledky změn porodní péče, jež byla nastolena v průběhu padesátých let 20. století a jež se vyznačovala aktivními intervencemi lékařů a využíváním moderních technologií např. při monitorování matky a dítěte, což následně vedlo ke snížení mateřské i perinatální mortality, mohou být přeceňovány a mohou vést k odosobněnému přístupu k rodičkám [Zwinger et al. 2004: 477]⁸⁵.

Medicínská literatura [např. Fuchs 2001; Zwinger et al. 2004] pod *alternativním přístupem* či *alternativní porodní péčí* rozumí především (nikoliv nutně v tomto pořadí) individuální přístup k rodičce, zohlednění vlivu prostředí, možnost porodu ve vertikální poloze a volný pohyb⁸⁶ zejména v průběhu první doby porodní⁸⁷, přítomnost otce dítěte či jiné blízké osoby u porodu, využívání relaxačních pomůcek, individuální monitoring, porod do vody či zajištění dobrovolného systému *rooming in* v rámci poporodní péče [Zwinger et al. 2004: 478-479]. V tomto smyslu teoreticky⁸⁸ koresponduje popis *alternativní porodní péče s koncepcí přirozeného porodu*, jak ji chápe populárně naučná literatura a jak s ní pracují sociálně vědní texty. Nicméně význam, který z hlediska expertního vědění

⁸⁵ Srov. pp. 15–17 in Hašková, H. 2001. *Názorové diferenciacie k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR

⁸⁶ Srov. „[...] opravdu jsem mohla jít, kam jsem chtěla...mohla jsem zaujmout pozici, jakou jsem chtěla“, *Díta, Plzeňský kraj, „přírodňáčka“*

⁸⁷ První doba porodní – též doba otevírací - počítá se od prvních pravidelných děložních kontrakcí, končí plným rozvinutím, zánikem branky, kdy se spojí děložní dutina a pochva v jedinou trubici. Dále následuje též vypuzovací - začíná zánikem branky a končí vypuzením plodu, třetí doba porodní – též doba k lůžku - začíná porodem plodu a končí porodem lůžka a čtvrtá doba porodní – též doba poporodní - začíná porodem placenty a trvá 2 hodiny. Toto rozdělení je smluvní, při vědeckých pracích je nutno analyzovat menší úseky a přesně je vymezovat [Zwinger et a. 2004: 132].

⁸⁸ Adverbium „teoreticky“ je zde zejména na místě, neboť výpovědi „přírodňáček“, které rodily v institucionalizovaném prostředí, dokládaly, že ačkoliv konkrétní porodnická zařízení např. na webových stránkách deklarovala různé formy alternativní péče, reálný průběh porodu této nabídce neodpovídal.

je přikládán *alternativní porodní péči* dobře demonstruje skutečnost, jaký prostor je této problematice v medicínské literatuře věnován⁸⁹.

V některých medicínských textech je do alternativní porodní péče zahrnuto též použití analgezie za porodu⁹⁰ [Zwinger et al. 2004: 479], což je naprosto v rozporu s koncepcí přirozeného porodu v nemedicínské literatuře i z pohledu samotných rodiček, a to jak z pohledu „přírodňaček“⁹¹, tak i „pacientek“⁹².

4.3 Konceptualizace přirozeného porodu v populárně-naučné literatuře určené ženám

Na tomto místě přibližuji, jak o přirozeném porodu píší publikace určené laickému publiku, zejména samotným matkám. Cituji zde především ze dvou publikací, které se nejčastěji vyskytovaly též v narativách „přírodňaček“ jako zdroj informací⁹³. Tyto knihy do jisté míry stojí za způsobem, jak samy ženy konceptualizují *přirozený porod*, proto tuto část doslovněji propojuji s porodními narativami jednotlivých žen.

Prvním titulem je kniha Vlastimila Marka *Nová doba porodní. Život před životem, porod jako zázrak, první tři minuty a jak dál: přirozený porod jako cesty ke společnosti bez násilí* [Marek 2002]⁹⁴, která shrnuje poznatky různých vědeckých

⁸⁹ V učebnici *Porodnictví* určené budoucím lékařům (gynekologům a porodníkům) je kapitole Alternativní porodnické postupy vymezen prostor na necelých čtyřech stranách v publikaci o celkovém rozsahu pětset jedenáct stran [Zwinger et al. 2004].

⁹⁰ Analgezie za porodu nebo též svodná analgezie (může být buď epidurální či spinální) je užívána jako jedna z technik k snížení bolestivosti porodu [Zwinger et al. 2004: 479]

⁹¹ Srov. „Měla jsem porodní plán, v podstatě tam bylo, že tlumení bolesti chci jenom přírodními prostředky“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňačka“

⁹² Srov. „[...] já jsem určitě měla jasnou představu o tom, že nechci žádná anestetika, vyloženě nějaké drastické epidurály [...]“ Pěťa, Plzeňský kraj, „pacientka“

⁹³ Vedle narativ v rámci vlastního výzkumného souboru na tyto tituly často odkazují i webové stránky dvou významných organizací angažujících se v hnutí přirozeného porodu v České republice (Aperio a H.A.M) a několika dalších mateřských webů viz např. www.babyweb.cz; www.emimino.cz; www.mamanamaterske.cz; www.mojetehotenstvi.cz

⁹⁴ Vlastimil Marek (*1946) je český publicista a spisovatel, který se mimo jiné věnuje i problematice přirozeného porodu. Inspirací pro napsání knihy *Nová doba porodní* bylo zřejmě propojení jeho role dědečka, jak uvedl v předmluvě své knihy, a také inklinace k hnutí New Age. Kniha reflektuje skutečnost, že

oborů a dále knihu *Zdravé těhotenství a přirozený porod* německé porodní asistentky Ingeborg Stadelmannové [Stadelmannová 2009]⁹⁵.

Marek [2002] uvádí, že „[...] porod je fyziologický akt, který za normálních okolností žena vykonává dobře a snadno jako jinou tělesnou funkci a k němuž, pokud probíhá přirozeně, potřebuje stejně málo pomoci jako samice zvířete“ [Neumann in Marek 2002: 31], nebo dále, že „rození dětí je ze své podstaty zdravou a přirozenou součástí života ženy“ [Goerová in Marek 2002: 33].

„[...] já jsem k tomu přistupovala tak, že je to přirozený a že to tělo samo bude vědět, jak se k tomu má zachovat [...]“ Zdenka, Karlovarský kraj, „pacientka“⁹⁶

Podobně Stadelmannová [2009] popisuje porod jako přirozený proces a přirovnává ho k přírodním jevům, jako je klíčení rostlinky pronikající půdou a natahující se svými výhonky ke slunci, nebo k rozbouřenému moři či k vichřici a zároveň

ačkoliv každoročně v České republice porodí své dítě desetitisíce žen, ne všechny si spojují tento zážitek jen s příjemnými vzpomínkami. Marek za tím spatřuje často přístup zdravotnického personálu, který provádí rutinně svoji práci a nebere v potaz přání, představy a očekávání žen, jež do porodnic přicházejí. Důvodem je dle Marka medikalizace porodu, kdy k těhotenství je přistupováno jako k nemoci a k porodu jako k operaci. Způsob, jakým Marek zpracovává téma porodu, odpovídá *holistickému* pojetí porodu. Marek nabízí historický pohled na to, jak se vyvíjela porodní péče, přináší poznatky z oblasti antropologie porodu i rodiny, z oblasti psychologie i medicíny. Inspirací jsou mu zejména autoři jako je Odent či Leboyer. Jeho kniha má značný interdisciplinární přesah. Čerpáno z <http://www.baraka.cz/Marek/pdf.htm> [cit. 1.6.2012] a z <http://www.databazeknih.cz/zivotopis/vlastimil-marek-9104> [cit. 1.6.2012]

⁹⁵ Ingeborg Stadelmannová (*1956) je německá porodní asistentka a autorka knihy *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. V podtitulu této knihy mimo jiné stojí „citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestineděním a kojením [...]“. Dá se říci, že tato kniha je obzvláště mezi matkami, které si volí cestu přirozeného porodu, velice oblíbenou a často zmiňovanou publikací. Její předností je rovněž fakt, že se věnuje problematice těhotenství a porodu holisticky, nespokojuje se pouze s biologickými aspekty porodu, ale upozorňuje i na problémy psychologické či psychosociální a za unikátní lze považovat i skutečnost, že se v dílčí kapitole věnuje např. i problematice potratu, porodu mrtvého dítěte či úmrtí dítěte krátce po jeho narození.

⁹⁶ Srov. též „[...] jak si někdo může představovat, že se tyhle ty věci dají regulovat z vnějšku, že ti někdo začne říkat: «Tlačte!» Nebo «Ted' netlačte!» Já jsem měla pocit, že když přišla ta kontrakce, tak že to je, jako by se člověk snažil zastavit rozjetý vlak. To mi prostě vůbec nedávalo smysl, ta představa, že ted' to budu nějakým způsobem regulovat, a že naopak tlačit, když člověk necítí tu kontrakci, tak že to mi taky nedává moc smysl [...]“ Stella, Praha, „přírodňačka“

objasňuje význam vlastních použitých metafor k jednotlivým částem procesu narození dítěte.

Přirozený porod je dle Stadelmannové takový, který probíhá bez lékařských intervencí, bez medikace nebo jakýchkoliv nevyžádaných zásahů druhých osob do průběhu porodu, které by byly prováděné s cílem utlumit bolest (např. podávání tišících prostředků a/nebo prostředků, které ovlivňují kontrakce, či epidurální anestezii⁹⁷), urychlit porod (např. pomocí dirupce vaku blan⁹⁸ či Hamiltonova hmatu⁹⁹) nebo jinak vstupovat do fyziologického průběhu porodu a dále provádět nikoliv nezbytné chirurgické zákroky (např. nástřih hráze¹⁰⁰ či císařský řez¹⁰¹).

Přirozený porod by měl dle Stadelmannové probíhat tak, že „[...] všichni přítomní u porodu přivedou dítě na svět normální, přirozenou cestou a připraví mu přechod z matčina těla do světa co nejšetrněji“¹⁰², odtud je také odvozen jinde používaný termín „šetrný porod“, který je chápán jako synonymum *porodu přirozeného*¹⁰³ [Stadelmannová 2009: 198 – 199].

Ačkoliv „pacientky“ pohlíží na porod z jiné perspektivy než „přírodňačky“, termín *přirozený porod* jim byl ve všech případech známý a měly o něm utvořený alespoň rámcový obrázek. Jejich vlastní představy a očekávání spojené s porodem

⁹⁷ Anestézie slouží k odstranění bolesti při porodu „dočasným potlačením vnímání a zpracování bolestivých podnětů v centrálním nervovém systému“. V případě epidurální analgezie/anestézie se lokální anestetikum aplikuje do epidurálního prostoru (oblast míchy) [Zwinger et al. 2004: 434, 442]

⁹⁸ Dirupce vaku blan - snížení intraamniálního obsahu vyvolá zpravidla za 2-4 hodiny spontánní nástup děložních kontrakcí. Nebezpečí spočívá v možnosti výhřezu pupečníku při nefixované hlavičce a anální infekci [Zwinger et al. 2004: 196].

⁹⁹ Tzv. Hamiltonův hmat je lékařský úkon, jehož cílem je vyvolání porodních kontrakcí pomocí uvolnění (odtržení) dolní části plodových obalů naléhajících na pánevní vchod. Následně dochází k vyplavení endogenních prostaglandinů z dolního segmentu, které mají pozitivní vliv na rozvoj děložní činnosti, která vede k vypuzení plodu čerpáno z <http://www.naseporodnice.cz/hamiltonuv-hmat.php> [cit. 23.4.2013]

¹⁰⁰ Též episiotomie – drobný chirurgický zákrok, jehož cílem je předejít porodním poraněním, trhlinám [Zwinger et al. 2004: 316-317, 320]

¹⁰¹ Císařský řez je porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy břišní cestou. Dělíme ho na plánovaný a urgentní [Zwinger et al. 2004: 329].

¹⁰² Srov. též „Tenkrát jsem měla pocit, že přirozený porod se týká toho, že mi nebudou dělat to, co nechci“ Markéta D, Ústecký kraj, „přírodňačka“

¹⁰³ Srov. Leboyer, F. 1995. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos.

do jisté míry reflektovaly konkrétní prvky *koncepte přirozeného porodu*, kterým současně nepřikládaly tak zásadní význam jako „přírodňačky“¹⁰⁴.

„Přírodňačky“ i „pacientky“ nahlížely *přirozený porod* jako porod bez medikace nebo vnějších zásahů.

„Podle mě je to tedy porod bez zásahu lékařů, většinou s tebou rodí nějaká ta porodní asistentka, a nechává se to dítě přijít na svět, nijak se tomu nepomáhá, nijak se to nevyvolává ten porod, neurychluje se to, ta asistentka tě tím provede, i si to chceš prožít tak, jak to má být“ Sylva, Plzeňský kraj, „pacientka“

Odmítání vnějších intervencí do průběhu porodu bylo oproti tomu zásadním kritériem při definování jeho přirozenosti spíše u „přírodňaček“.

„[...] Přirozený porod je porod bez jakýchkoliv vnějších zásahů, bez vyvolávání, bez stříhání a řezání do těla, bez nějaké drastické chemie [...]“ Natálka, kraj, „přírodňačka“

Vedle reálných dopadů, které takové intervence dle názoru „přírodňaček“ mohou mít na průběh porodu (např. zásah do fyziologické dynamiky porodu nebo narušení fyziologického procesu působení konkrétních hormonů jako jsou adrenalin a oxytocin), tyto intervence ze strany lékařů vnímají i jako porušení vlastní integrity a zásah do autonomie a suverenity rozhodování o vlastním těle, což velmi přesně popisuje Kitzinger [1991], když v úvodu své knihy píše, že *„jsou to naše těla, kterým se to děje, a jiní lidé za nás nemohou činit rozhodnutí, ani v nás vzbuzovat vinu, protože oni by zvolili jiný způsob či jinou cestu“* [Kitzinger 1991: 16].

Propagátoři *přirozených porodů* [např. Stadelmannová 2009; Odent 1995; Leboyer 1995] zdůrazňují, že nezbytnou podmínkou *přirozeného porodu* je

¹⁰⁴ „Pacientky“ se většinou ani nepokoušely v rámci reálného průběhu porodu verbalizovat svá přání a nepožadovaly po zdravotním personálu důsledněji jejich naplnění, i když v několika případech je uvedly do porodního plánu, resp. předtištěného přijímacího formuláře dané porodnice.

fyziologicky normálně probíhající těhotenství¹⁰⁵, vyloučení možných pro ženu i dítě rizikových faktorů a nutnost činit rozhodnutí o porodu a jeho průběhu informovaně. „Přírodňačky“, které plánovaly porod doma, bez výjimky uváděly připravenost změnit rozhodnutí o porodu doma a jet do porodnice v případě náznaku jakýchkoliv komplikací. *Koncept přirozeného porodu* totiž, a to považuji za obzvláště důležité zmínit, rozhodně nepředstavuje apriorní kategorické odmítání „*porodnické medicíny*“ či nejnovějších vědeckých poznatků. Stadelmannová k tomu píše: „*Je sice pravda, že ženy již od počátku lidstva rodily děti a často dokonce bez jakékoliv pomoci, ale právě tak dlouho ženy a děti při porodech umíraly*“ [Stadelmannová 2009: 195]¹⁰⁶. Upozorňuje současně na skutečnost, že veškeré zásahy by měly být reálně fyziologicky indikované na základě velmi přísných pravidel a neměly by být prováděny automaticky a bez vědomí a informovaného souhlasu každé ženy.

Řada autorů [např. Stadelmannová 2009; Odent 1995; Overgaard et al 2012; Leboyer 1995] vyzdvihuje pozitivní význam domácího prostředí pro porod a jeho prožívání, nevylučují však ani, že *přirozený porod* může proběhnout i v nemocničním prostředí, v porodnici¹⁰⁷. Důležité je zde subjektivní vnímání matky, stejně tak jako konkrétní přístup zdravotního personálu¹⁰⁸.

„Přirozený porod je, když žena může rodit svoje dítě v takovém prostředí, kde se může chovat přirozeně. Jí přirozeně. To nemocnice není! Může být krásná, můžou tam být bezvadní lidi, ale je to prostě cizí prostředí, které ona nezná. Maximálně ze dvou návštěv poradny. A z toho jsem prostě vycházela a z toho ti logicky vyleze jenom porod doma.“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňačka“

¹⁰⁵ Srov. „[...] A samozřejmě za vedení odborné asistence, protože asi málokterá žena porodí úplně, úplně sama.“ Petra, Karlovarský kraj, „přírodňačka“ nebo též „Přirozený porod [...] pokud tedy bude všechno v pořádku, bavíme se tady jenom o tom fyziologickém porodu“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňačka“

¹⁰⁶ Srov. též pp. 478 in Zwinger, A. et al. 2004. *Porodnictví*. Praha: Karolinum.

¹⁰⁷ Srov. „Dobří porodníci, rodinní lékaři a porodní asistentky [...] přistupují k ženám celostně, berou ohled na jejich myšlenky, pocity, zájmy a priority. Uznávají právo ženy poučeně rozhodovat o sobě a svých dětech“ [Goerová in Marek 2002: 33]

¹⁰⁸ Srov. Leboyer, F. 1995. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos; Odent, M. 1995. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo; Stadelmannová, I. 2009. *Zdravé těhotenství a přirozený porod. Citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením*. Doubice: One Woman Press

„Pacientky“ oproti tomu přikládají místu, kde budou rodit význam na základě odlišných kritérií. Jejich požadavky na místo porodu jsou dvojího charakteru. Prvním byla obvykle technická vybavenost porodního oddělení, případně jeho provázanost s oddělením neonatologickým¹⁰⁹ a i když nikoliv nezbytně také kvalifikovanost zdravotního personálu. Tento požadavek odkazuje k chápání porodu jako operace nebo jako *rizikové* zdravotní situace, o jejíž rizikovosti referovaly „pacientky“ nejčastěji prohlášením „*co kdyby*“ nebo „*kdyby se něco stalo*“ [Hasmanová Marhánková 2008]. Riziko, ať už vztažené ke zdraví a životu samotné matky, nebo ještě důrazněji ke zdraví a životu dítěte je tím, čím jsou ženy v systému porodní péče nejčastěji manipulovány [Hasmanová Marhánková 2008; Parusniková 2000: 139].

Technická vybavenost a blízkost neonatologického oddělení ve většině případů převážila nad pocitovou stránkou porodu v očích žen „*pacientek*“, neboť téměř všechny shodně vyjádřily svoje počáteční pochybnosti o porodu ve fakultní či obecně ve velké nemocnici¹¹⁰ kvůli očekávání neosobního rutinního přístupu k rodičkám i jejich dětem¹¹¹. Vedle toho se obávaly, že v neosobním prostředí velké

¹⁰⁹ Srov. „*Určitě pro mě mělo váhu to neonatologický oddělení, a že jsem věděla, že kdyby se něco stalo, tak že je to tam špičkově vybavený, že jsou tam ty doktoři, kteří patří ke špičce*“ Petra, Plzeňský kraj, „*pacientka*“ nebo podobně „*U mě to rozhodně byla péče o toho novorozence, než nějaké vybavení porodních sálů, což tedy ale na Lochotíně je příjemný, ale pro mě byla důležitá ta péče při těch komplikacích*“ Klára, Plzeňský kraj, „*pacientka*“

¹¹⁰ „*Vůbec se mi nechtělo do té velké porodnice, protože jsem před tím rodila Alici ve vojenské, takže jsem prostě znala porodnici, kde je málo lidí, kde je osobnější kontakt, prostě s tou Alicí mi přišlo, že mě naučili kojit, všechno. Teď jsem si říkala, že tady je jediná porodnice, to je Lochotín a to je prostě obrovský a teď ty příběhy, co jsem slyšela [...], že to tam berou jako na běžícím pásu.*“ Sylva, Plzeňský kraj, „*pacientka*“ a podobně „*Je to obrovsky populární místo tím (pozn.: o jedné pražské porodnici), že tam mají perfektně vybavený neonatologický oddělení, tak pochopitelně tam jsou nuceni k té rodičce přistupovat tak, že «Hmm, další! Další! Další!» A tohle se strašně podepíše na tom, že ta žena to z toho třeba cítí, že je tam tlak na to, aby byla co nejrychleji odrozena, a nezacláněla místo těm dalším v závěsu*“ Stella, Praha, „*přírodňačka*“

¹¹¹ Srov. pp. 52-58 in Takács, L., J. Seidlerová. 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček: zpráva z výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, kapitola 5.4 Spokojenost podle typu porodnice

porodnice bude narušena intimita porodu a porodního prožitku¹¹². Bez ohledu na to, zda se jejich obavy naplnily či nikoliv, prevence potenciálního rizika [Hasmanová Marhánková 2008; Parusniková 2000: 139] v jejich případě sehrála zásadní roli při konečné volbě porodnice.

Druhý požadavek, který ženy „pacientky“ vznášely na místo porodu, se týkal vybavení porodního pokoje. To v sobě zahrnovalo i estetické kritérium, tedy „*aby to tam vypadalo hezky*“¹¹³. Váhu, kterou pro ženy „pacientky“ tento požadavek měl, ukazuje skutečnost, že všechny bez výjimky byly schopné velmi detailně popsat porodní pokoj včetně rozestavění jednotlivých kusů nábytku, vybavení koupelny nebo barvy stěn¹¹⁴.

Oproti tomu ženy „přírodňačky“, přestože i ony byly schopné popsat v některých případech detailně místo porodu¹¹⁵, kladly větší důraz na atmosféru klidu a důvěry, zdůrazňovaly prostředí, kde se „*cítily dobře*“ nebo „*kde to znaly*“, v jiných případech pro ně mělo místo i význam symbolický:

„Byla jsem ve svém pokojíčku, kde jsem vlastně já byla od miminka, kde jsem vyrostla, kde jsem měla svůj prostor“ Natálka, Královéhradecký kraj, „přírodňačka“

To, jaký význam „přírodňačky“ přikládají místu a jaká jsou jejich kritéria pro to, aby místo bylo „*příjemné*“, dobře demonstruje vyprávění Evy. Ve svém vyprávění

¹¹² Srov. „*Na mě působilo dobře, že jsme tam byli sami dva, mohli jsme si tam třeba i pustit tu hudbu*“ Jolana, Plzeňský kraj, „pacientka“ nebo „*Od kamarádek jsem třeba věděla, že ve Varech se kolikrát i leží za nějakými plentami, že dvě rodičky se navzájem slyší a to mi přišlo takový, že to nechci.*“ Zdenka, Karlovarský kraj, „pacientka“

¹¹³ Srov. „*Radší jsem zvolila tu porodnici, která byla zrekonstruovaná a byla prostě hezká, takže ty porodní sály měly takový hezký barvy, člověk se tam prostě cítil dobře, ale jinak ve finále jsem vlastně zjistila, že to bylo jediné, co tam bylo hezké*“ Zdenka, Karlovarský kraj, „pacientka“

¹¹⁴ Srov. „*Ten pokojíček byl růžový, taková růžovo-oranžová barva. Po levé straně, když by sis takhle stoupla, tam byly skříně, postel, porodnické lůžko, naproti dveřím bylo lehátko pro miminko, a ještě tam byla dvojpostel a vana, takhle se šlo do sprchy a na záchod*“ Klára, Plzeňský kraj, „pacientka“

¹¹⁵ „*Bydleli jsme v Brně v paneláku, který má dvě stě třicet bytů v jednom vchodě, jsou to jenom garsonky a jednopokojáče. Obrovský panelák, třináct pater. Uprostřed, v šestém patře, v malém pokojíčku jsme vytáhli bazén, vedle postele jsme ho roztáhli, napustili teplou vodu*“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“

zopakovala, že místo k porodu musí zahrnovat klid, musí být příjemné, ale zároveň v době jejího porodu, který proběhl o několik dnů dříve, než očekávala, dokončovali s manželem stěhování. Zajímalo mě proto, zda její porod doma skutečně naplnil očekávání „příjemného místa“.

*„Podmínky, ve kterých jsem rodila, nebyly ideální pro porod, ale pořád to bylo domácí prostředí. Mně šlo o to, hlavně nebýt v prostředí, kde je cizí personál a různé přístroje a zářivky na stropě. Mám z toho husí kůže. Proto i když byl dům vzhůru nohama, měla jsem to nejdůležitější - svůj prostor, v blízkosti manžela, který měl mou sto procentní důvěru, a tím pádem jakousi intimitu, která k porodu patří. Žádný shon neznámých lidí okolo, v porodnici chtě nechtě bych se cítila jako pacient, přitom porod je něco úplně jiného!“
Eva, Pardubický kraj, „přírodňáčka“*

Skutečnost, že *přirozený porod*, tak jak zde byl popsán a definován nemusí být v kontradikci k porodu v institucionálním prostředí [Overgaard et al 2012] potvrzuje i dokument *Mezinárodní iniciativy za porodní péči pro matku a dítě*¹¹⁶, který definuje optimální porodní péči pomocí *Deseti kroků pro poskytovatele porodní péče*¹¹⁷.

¹¹⁶ Tato iniciativa je celosvětově známá pod zkratkou anglického názvu IMBCI - The International MotherBaby Childbirth Initiative a kompletní dokument v původním anglickém znění je dostupný z www.IMBCI.org [cit. 20.5.2012]. Kompletní český překlad tohoto dokumentu je předmětem Přílohy č. 4 této práce

¹¹⁷ Tato iniciativa chápe matku a dítě v těhotenství, při porodu a v kojeneckém období jako vzájemně spjatou jednotku, proto se v originálu používá termínu MotherBaby. Ačkoliv uvedený dokument nepracuje explicitně s termínem *přirozený porod*, jím deklarovaných deset kroků k optimální porodní péči o matku a dítě v zásadě shrnuje všechny elementární charakteristiky *přirozeného porodu* tak, jak je můžeme nalézt ve výše citovaných textech, a současně uvádí jako nezbytnou podmínku pro *přirozený porod* fyziologicky normálně probíhající těhotenství a porod a neodmítá *a priori* porod v institucionalizovaném prostředí.

5. Motivace k přirozenému porodu

Pokud ženy hovořily o motivaci rodit přirozeně, často se vracely ve svém vyprávění hluboko do minulosti, do dětství, dospívání, do doby formování a uvědomování si vlastního ženství a těla [Young 2002; Howson, Inglis 2001].

„Já už asi od patnácti let, když jsem o tom tak uvažovala jsem to tak asi chtěla (pozn.: rodit přirozeně; následovala otázka: «Vy jste už v patnácti letech přemýšlela o vlastním porodu, plánovala jste porod?») [...] No, neplánovala, ale když jsem slyšela vyprávět různě o porodech, jaké byly, různé zážitky [...] tak jsem si říkala, že bych to tak nechtěla. [...] Ale tak třeba ve dvaceti jsem už měla jasno. Vnímala jsem svoje tělo, nejen třeba prostřednictvím menstruace, ale i když jsem sledovala, co do něj dávám a jak na to reaguje. Navíc já už od dětství jsem měla špatný zkušenosti s nemocnicemi. Když jsem měla rodit, tak jsem si vlastně uvědomovala, že za těch patnáct let všechno směřovalo k tomu, abych byla zdravá a aby ten porod byl v pořádku a mohl probíhat přirozeně.“ Petra, Zlínský kraj, „přírodňačka“

Majka odkazovala na film *Měsíc v nás*¹¹⁸, který se prožívání menstruace a asociacím s ní spojenými věnuje¹¹⁹. Významným prvkem spojujícím problematiku menstruace ve filmu *Měsíc v nás* s přístupem k porodu je jejich medikalizace.

Motivací rodit přirozeně je víra, že děti, které přijdou na svět „přirozeně“ a společně se svými matkami projdou procesem narození bez medikace a bez vnějších zásahů, v celkové harmonii, si do života nesou jiný základ, než děti

¹¹⁸ Film *Měsíc v nás* Diany Fabiánové se věnuje tabuizaci menstruace ve společnosti. Filmovým vyprávěcím prostředkem je videodeník dospívající dívky Dominikou, která dostala za úkol zaznamenat vše, co o menstruaci slyšela či četla, jak o ní mluví vrstevníci i jak ji ona sama prožívá v momentě, kdy se u ní tento fyziologický proces objeví poprvé. Film podává komplexní obraz o menstruaci, založený na setkáních a rozhovorech s odborníky z různých oblastí (medicíny, sociologie, antropologie, psychologie či filozofie) a různých částí světa. Čerpáno z <http://www.csfd.cz/film/259924-muj-soukromy-mesic/> [cit. 21.4.2013]

¹¹⁹Srov. „Existuje dokument od jedné autorky, která udělala film o menstruaci, kde ukázala, co to je energeticky pro ženský tělo, co to vlastně znamená, menstruace, že to je vlastně malej porod.“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“

narozené v porodnici, kde do porodu vstupuje řada vnějších intervencí¹²⁰. Takové chápání je opět součástí *holistického* přístupu k porodu¹²¹.

Ženy dále vnímají porod jako naprosto výjimečný a jedinečný životní prožitek a touží ho prožít v klidu, nerušeně, touží po tom, aby porod jejich dětí byl nezapomenutelným zážitkem. Některé z žen spojují porod skrze prožívání vlastní tělesnosti se sexualitou, prostřednictvím podobnosti fyziologického procesu vyplavení hormonu oxytocin, který se shodně vyplavuje při sexuálním aktu i v určitých fázích porodu. Touží, aby bylo narození jejich dítěte porvázeno podobnými emocemi a prožitky. Několik z komunikačních partnerek citovalo film *Orgasmický porod*¹²².

„Tam to v podstatě potvrdili (pozn.: mluví o filmu Orgasmický porod), že porod je sexuální prožitek, že to se nedá oddělit, samozřejmě je to oddělený od té doby, co to přešlo z ložnice do porodnice. Takhle to tam řekli a takhle si myslím, že to je [...] tak jak se žena dokáže uvolnit při milování, jednak se tomu oddat, nestydět se, a ještě samozřejmě ve spojitosti s tím partnerem, tak úplně stejně to dokáže u porodu. A to se mi víceméně potvrdilo“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňačka“

¹²⁰ Srov. „A úžasný tedy je, že tyhle děti, moje teda osobně, vůbec nebrečí, nekřičí, neřvou, i když třeba mají nějaký prdíčky nebo něco takovýho, tak je to věc, se kterou se normálně popereme a já neslyším žádný pláč, což je pro mě strašně důležitý, protože s dětským pláčem se mi otevírá obrovská bolest a trauma. Slyším dítě křičet a brečet, tak úplně mi ztuhne krev v žilách, najednou se všechno...někam mě to odpojí úplně, dělá to se mnou jako hrozný věci, dětskej pláč. Nevím, jestli to tak mají všechny ženy, ale já jo.“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“

¹²¹ Srov. „A úžasný je, že tyhle děti, moje teda osobně, vůbec nebrečí, nekřičí, neřvou, i když třeba mají nějaký prdíčky nebo něco takovýho, tak je to věc, se kterou se normálně popereme a já neslyším žádný pláč, což je pro mě strašně důležitý, protože s dětským pláčem se mi otevírá obrovská bolest a trauma. Slyším dítě křičet a brečet, tak úplně mi ztuhne krev v žilách, najednou se všechno...někam mě to odpojí úplně, dělá to se mnou jako hrozný věci, dětskej pláč. Nevím, jestli to tak mají všechny ženy, ale já jo.“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“

¹²² Pascali-Bonaro, D. 2008. *Orgasmický porod* (Orgasmic Birth: The Best-Kept Secret), stopáž 85 minut. Americký dokument *Orgasmický porod* přináší ucelený pohled na porodnictví a nabízí řadu názorů čerstvých rodiček a jejich partnerů. Hlavním aspektem porodu, tak jak ho dokument zachycuje, je intenzivní prožitek a porod jako výjimečný okamžik života.

Motivací k porodu doma nebo k přirozenému porodu v institucionalizovaném prostředí je nechuť, aby do porodu zasahoval někdo třetí, aby byla narušována autonomie rozhodování o vlastním těle a spojení matky, dítěte a je-li u porodu přítomen, pak i otce.

„Pro to rodit doma u mne rozhodl také přístup lékařů k ženě jako k nesvéprávnému nemocnému subjektu, který je ponižován a podceňován, a do něhož je třeba zabudovat strach, aby se podřídil“ Natálka, Královéhradecký kraj, „přírodňačka“

Přestože ženy pociťují nevoli a odpor k tomu, že by nad nimi měla být uplatňována moc z pozice lékařské autority, na druhou stranu cítí, že je-li argument ze strany zdravotního systému veden s odkazem na racionalitu a vědecké poznání, že je užíváno expertní vědění, snaží se, často podvědomě, čelit stejným způsobem, tedy tím, že odkazují na publikace, které podporují *koncepti přirozeného porodu*, ale které jsou současně napsány zdravotníky, lékaři, porodními asistentkami:

„Do ruky se mi dostala kniha psaná dětským pediatrem, také zmiňuje pozitiva porodů doma, moje tchyně (přestože na mojí první zmínku o porodu doma reagovala negativně) si nakonec rozpomněla, že jí samotnou její maminka rodila také doma.“ Anna, Karlovarský kraj, „přírodňačka“¹²³

Zároveň argumentace skrze racionalitu a s odkazem na lékařské autority je vedena hlavně směrem ven, směrem k okolí, je to určitá forma legitimizační strategie. Pro ženy samotné se zdá být daleko podstatnější zkušenost porodních asistentek, kde vedle zdravotnického vzdělání (nikoliv nezbytně) jsou podstatné zejména jejich zkušenosti. Podobně jsou pro ně důležité a inspirující zkušenosti žen, jež prošly stejnou zkušeností, jež smýšlejí o porodu podobně¹²⁴.

¹²³ Srov. též „Nějakou knížku jsem měla, to jo, od pana doktora Chmelaře“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňačka“

¹²⁴ Srov. „Já teď překládám knížku od australské porodní báby, která už dvacet pět let rodí lotosovým porodem, a viděla SPOUSTU dětí a měla možnost tu placentu mockrát vidět, jako jak se ošetřuje“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“

6. Prožívání porodu

V následujících kapitolách budu na základě porodních narativ ilustrovat specifika přirozených porodů a vztáhnou je k jednotlivým sociologickým konceptům. V kapitolách 6.1 a 6.2 volně převyprávím příběhy dvou žen. Příběh Markéty, matky čtyř dětí, která má zkušenost s přirozenými porody v institucionálním prostředí, ale současně dvě ze svých dětí porodila doma nebo v domácím prostředí¹²⁵ a příběh Stelly, která do poslední chvíle plánovala *přirozený porod* v institucionalizovaném prostředí, nakonec však svoji prvorozenou dceru porodila doma.

Jakkoliv z narativ i polostrukturovaných rozhovorů v rámci vlastního výzkumu, z neformálních vyprávění, ale i řady odborných textů [Hašková 2001; Hrešanová 2008: 8; McCormack 1994]¹²⁶ vyplývá, že jednotlivé porody a porodní prožitky jsou velmi individuální a navzájem se mohou značně lišit, přesto je v těchto porodních příbězích možné vysledovat i řadu shodných rysů.

To, co „přírodňačky“ i „pacientky“ v rámci výzkumného souboru z hlediska rozumění a prožívání porodu spojovalo, je fakt, že o těhotenství, porodu a mateřství rády hovoří, bez ohledu na to, zda jejich porod byl oblíbený nebo naopak nekomplikovaný, bez ohledu na to, zda šlo o prvoroďičky či víceroďičky, nebo kde rodily, rády o něm mluvily a vyjadřovaly se o něm jako o jednom z nejdůležitějších momentů jejich *life history*. Porod v sobě spojoval výjimečnost ryze ženské zkušenosti, intenzitu emocionálního i fyzického prožitku, stejně tak jako zásadní dopad, který tato událost měla na jejich stávající život [Fenstermaker, Stern 1998; West 2002; Young 2002; Havelková 2004: 180]. Ani ženy, s nimiž jsem se osobně setkala poprvé právě při rozhovoru nejevily ostych mluvit o intimních věcech.

Z rozhovorů v rámci výzkumné a kontrolní skupiny také vyplývá, že prožívání porodu a porozumění této zásadní životní zkušenosti se výrazně liší podle toho, jakou koncepci porodu, zda koncepci *přirozeného* či *aktivně lékařsky vedeného porodu*, konkrétní žena přijímá za svou. Ženy „přírodňačky“ i ženy „pacientky“

¹²⁵ Rozdíl mezi porodem doma a v domácím prostředí vyjasním v samotném vyprávění.

¹²⁶ Srov. Aperio a kol. 2006. *Porodní příběhy: rodíme se jednou*. Praha: Smart Press (populárně naučná literatura; první část knihy je sestavena z cca čtyřiceti porodních vyprávění)

uvažují o těhotenství a porodu zcela jiným způsobem a odlišně proto o této zkušenosti také referují.

Způsob chápání těhotenství, porodu a mateřství u žen „přírodnáček“ pravděpodobně nejlépe vystihuje termín *holistický* [Moscucci 2003]. Propagátoři holistického porodu a rodičovství postavili svůj koncept na představě, že to, jakým způsobem přivedeme dítě na svět, ovlivňuje výrazně celý jeho další život. „*Holistický porod vedle fyzické stránky tohoto procesu chápe proto jako velice důležitou také duševní pohodu, spiritualitu a celkovou připravenost na porod*“ [DuChene 2008].

Pro ilustraci jsem zvolila takové narativy, které jsou typické ve smyslu weberovského *ideálního typu* [Weber 1968]¹²⁷. Například pokud je konflikt ženy se zdravotním systémem popisován skrze konflikt s autoritou a kořeny tohoto ženina antagonismu k autoritě prosazované z pozice konkrétní sociální role a s ní související moci a síly sahají do dětství ke zkušenosti sexuálního zneužívání v původní rodině, pak se bezpochyby jedná o extrémní příklad. Tento extrémní příklad však velmi ilustrativně popisuje mechanismus, jakým na ženách v rámci porodního systému může být uplatňována autorita a moc nebo spíše jak to ony vnímají, ačkoliv ve většině ostatních případů se toto děje daleko subtilnější formou [Sloan et al 1988].

6.1 Příběh Markéty

Markéta prožila dětství s matkou, nevlastním otcem a bratrem. Zažila sexuální zneužívání, o kterém dnes sama mluví jako o „*nově si uvědomělé*“ zkušenosti, která zůstávala dlouhá léta zasunuta kdesi v zapomnění. Po studiu střední školy odjela do zahraničí a poté pracovala jako letuška. Před prvním porodem Markéta absolvovala umělé přerušování těhotenství.

Svoji první porodní zkušenost měla ve dvaceti šesti letech, rodila v Kadani v porodnickém zařízení, které zahrnuje tzv. centrum aktivního porodu (CAP) a

¹²⁷ Ideálním typem rozumíme typického reprezentanta určité třídy jevů. Při vytváření ideálního typu je možné idealizovat či jednostranně zdůraznit to, čím se vyznačuje, příp. naopak liší od jiných. Ideální typ představuje umělý sociální konstrukt [Weber 1968].

nabízí alternativní porodní péči. S manželem porodnici před porodem navštívili, absolvovali zde předporodní kurz a v dané době toto zařízení splňovalo Markétiny představy o přirozeném porodu, které zahrnovaly především to, že „*nebudou dělat to, co nechce.*“

Do porodnice jela s porodním plánem. Přestože se Markétě narodila zdravá, téměř pětakilová holčička a Markéta vzpomíná na příjemnou součinnost manžela u porodu, výsledný porodní zážitek hodnotí spíše negativně. Důležitou roli v negativním vnímání porodu sehrála mimo jiné výměna porodní asistentky v průběhu porodu (z důvodu střídání služeb) a jako vysloveně traumatický zážitek popisuje zejména svoje několikahodinové odloučení od dcery. Markéta se domnívá, že tento moment sehrál důležitou roli ve formování jejich vzájemného vztahu s dcerou.

Mezi prvním a druhým porodem se Markéta začala věnovat aromaterapii a získávala stále více informací o přirozených porodech, což úzce souviselo s jejím vztahem ke zdravotnictví a přístupem ke zdravotní péči. Rozdíl mezi prvním a druhým porodem způsobila i změna v partnerském životě. Během druhého těhotenství procházeli s manželem partnerskou krizí. Zatímco při prvním porodu cítila intenzivní podporu ze strany partnera, u druhého porodu, kdy už začala zvažovat možnost porodu doma, tuto podporu postrádala, což vedlo k potřebě hledat jiný zdroj podpory. Tím se stala dula.

Druhý porod proběhl opět v kadaňském CAPu, tentokrát za doprovodu manžela a duly. Markéta by sice dala přednost pouze asistenci duly, ale s takovou situací by musel dle vyjádření duly souhlasit také manžel, otec dítěte. Ačkoliv Markéta uvažovala o porodu do vody, nakonec porod touto cestou neproběhl. Po porodu měla Markéta Elinku stále u sebe. Pocitově Markéta vnímá tento porod jako klidnější a harmoničtější a sama sebe jako aktivnější matku, která si byla více vědoma svých potřeb a přání a byla schopna si svoje představy uhájit a prosadit.

Třetí Markétina dcera se narodila již v novém vztahu s jiným partnerem. Od počátku už Markéta uvažovala o porodu doma s pomocí porodní asistentky. Opět zvažovala porod do vody, a tak se na něj i technicky připravili a koupili porodní bazén. Před svým okolím Markéta o svém rozhodnutí rodit doma nemluvila a byla

připravena porod prezentovat tak, že „*cestu do porodnice nestihla*“. Markéta porodila zdravou dceru. Markétin manžel se aktivně podílel na porodních přípravách i průběhu porodu a Markétě byl oporou, což sehrálo v jejím prožívání porodu velkou roli. Jedním z nových zážitků při tomto porodu byl porod placenty, resp. způsob, jak s placentou může být naloženo. Markéta s rodinou placentu uložili na zahradě a na tomto místě zasadili strom. Markéta o porodu prohlásila, že to byl „orgasmický zážitek“. Jedinou negativní zkušeností byla návštěva pracovnice odboru sociální péče, která rodinu kontaktovala na základě udání pediatřičky, již Markéta po domácím porodu požádala, aby přijala její dceru do péče.

Své tři první porody Markéta popisovala velice rozdílně a je možno na nich sledovat genezi jejího přístupu k porodu a měnícího se prožívání. Zatímco první porodní zážitek popsala slovy „*připadala jsem si jako znásilněná, tělo i duše byli bolavé*“, což mimo jiné odkazovalo k tomu, že jí v porodnici dceru okamžitě po porodu odebrali, odnesli a umožnili jí kontakt s ní až po mnoha hodinách. Druhý porod Markéta popisovala jako „*přechodový rituál, cestu z temnoty do světla*“. A konečně třetí porod popsala jako „*nejlepší a nejkrásnější sexuální zážitek za celý život, kdy si připadala mladší, krásnější a její tělo bylo svěží a plné*“. Všechny tyto prožitky vnímala „*na všech úrovních těla, duše i ducha a trvaly ještě dlouho potom*.“

Čtvrté Markétino těhotenství bylo vícečetné a bylo provázeno zdravotními komplikacemi. Markéta otěhotněla velmi záhy po narození třetí dcery, takže v průběhu těhotenství stále ještě kojila. V prvním trimestru prodělala potrat a „*ztratila*“ jedno z dvojčat. Tento svůj porod plánovala, nenastanou-li komplikace, opět doma a přála si rodit do vody.

V průběhu čtvrtého těhotenství se u ní objevila alergie na lepek. Vedle řady situací, kdy řešila zdravotní problémy svých dětí (např. očkování, aplikace kortikoidů, užívání antibiotik) a kdy byla pro svůj přístup označována pediatry nebo dalšími lékaři za „*alternativní matku*“ či „*takovou přírodní ženu*“, právě tento moment završil ztrátu Markétiny důvěry v celý systém zdravotní péče. Ačkoliv opakovaně žádala lékaře o provedení testu na celiakii¹²⁸, a dle svého názoru se na

¹²⁸ Celiakie též alergie na lepek.

ně obracela vždy coby informovaný pacient, a ačkoliv byla ochotna si vyšetření uhradit, byla lékaři různých instancí odmítnuta. Nakonec se rozhodla vyzkoušet bezlepkovou dietu bez provedených testů a převzala zodpovědnost za svůj zdravotní stav zcela „do svých rukou“. Po nasazení diety se Markétin celkový zdravotní stav zlepšil¹²⁹.

Když započal Markétin čtvrtý porod, v průběhu první doby porodní odjela společně s manželem a jednou z dcer do porodnice, aby se ujistila, že „je vše v pořádku“, neboť „plodová voda odtekla, ale kontrakce byly dosud slabé“. Markéta byla ujištěna, že je vše v pořádku, ale chtěli ji v porodnici ponechat na pozorování. Markéta s manželem navrhli jako kompromis, že se ubytují v nedalekém penzionu u porodnice, aby v případě potřeby byla dostupná zdravotní péče a že současně budou pravidelně docházet na kontroly v takovém intervalu, jaký doporučí lékař. Lékaři toto odmítli a tak jediným řešením pro Markétu i jejího muže bylo podepsání tzv. „reversu. Markéta porodila zdravého syna v penzionu. Porod proběhl do vody.

Vzhledem k tomu, že nechtěli být v konfliktu se systémem, zavolali s manželem zdravotní záchranou službu, aby Markétu v nemocnici prohlédli a zkontrolovali novorozené dítě. V nemocnici jí byla provedena revize dělohy. Dle Markétina vyprávění se tak stalo bez celkové anestéze i bez lokálního umrtvení a přes upozornění porodní asistentky na sále, že revize „není zatím nutná“, neboť „placenta byla neporušená, děloha se viditelně stahovala a Markéta byla bez výrazného krvácení“. Markéta tento zákrok vnímala jako neodůvodněný a jako jistou formu „msty“ ze strany ošetřujících lékařů¹³⁰. Byl projevem symbolického násilí. Vzhledem k tomu, že v dětství prožila sexuální zneužívání, byl tento zážitek dvojnásob traumatizující. Přestože o tom uvažovala, nakonec se rozhodla nepodávat na porodnické oddělení nemocnice ani na postup lékaře stížnost a „jít dál“.

¹²⁹ Toto odkazuje výhradně k subjektivnímu vnímání Markétina vlastního zdraví a tvrzení se neopírá o žádné lékařské expertizy.

¹³⁰ Cílem této práce, a to chci zdůraznit, není posuzovat postup zdravotního personálu, ani to, zda tento postup byl *in lege artis*, k čemuž se necítím být ani v nejmenším kvalifikována, jde o vyjádření, která reprezentují *emic* perspektivu konkrétní ženy.

6.2 Příběh Stelly

Stella je vysokoškolská pedagožka, kurátorka a kritička na volné noze. Déle trávající studium a budování kariéry způsobilo, že zatímco řada jejích kamarádek-vrstevnic procházela *babyboomem* třicátnic, ona se ocitla jaksi „*na chvostu tohoto fenoménu*“. Zhruba ve věku třiatřiceti let se s manželem „*začali pokoušet*“ o dítě. Stella otěhotněla o dva roky později. Podle Stelly důležitou roli v úspěšném početí sehrálo její setkání a konzultace s ajurvédským lékařem, u něhož se léčil i její manžel. Stella díky tomu zpětně hodnotí svoje problémy s početím spíše jako psychosociální než jako medicínské.

Stella měla možnost sledovat modely různých porodních zkušeností svých přátel a známých včetně porodů doma. Některé z těchto domácích porodů byly od počátku plánované, v jiných případech šlo o předčasný porod, který skončil jako porod domácí. Jiné z jejích přítelkyň porodily své děti v porodnici, ale s doprovodem dudy či externí porodní asistentky. Řada Stelliných přátel měla u porodu jako doprovod porodní asistentku, Olgu. Porod v porodnici s externí porodní asistentkou coby doprovodem považovala Stella za dobrou volbu.

Stella s manželem si vybrali na základě doporučení přátel jednu z pražských porodnic, v níž pracovala jako porodní asistentka Stellina kamarádka, která se navíc znala i s Olgou. Vedle návštěv svého gynekologa se Stella současně na porod připravovala i s Olgou, která za ní docházela domů. Těchto setkání se pravidelně účastnil i Stellin partner.

Společně s Olgou si Stella připravila porodní plán, který „*cizelovala také na základě zkušeností svých známých a přátel*“. V té době měla Stella již velmi jasný postoj k přirozenému porodu, porod vnímala jako „*nesmírně křehký mechanismus, který každý zásah zvenčí může zásadním způsobem narušit*“. Jakoukoliv intervenci do přirozeného fyziologického průběhu porodu chápala jako spouštěcí impuls pro řadu dalších akcí a reakcí, kdy „*například podání oxytocinu urychlí a zintenzivní kontrakce a žena pak ztratí kontrolu nad svým tělem a sama nebude schopná bojovat s bolestí a požádá o léky tišící bolest*“. Stella v této době měla pocit, že má dost informací na to, aby věděla, že tohle nechce, že si nepřeje, aby „*kdokoliv jakkoliv jakýmkoliv externím způsobem vstupoval do celého procesu porodu*“.

Během přípravy na porod si Stella stále více uvědomovala, že porod je pro ni natolik intimním životním prožitkem, že by nejraději rodila doma, ale současně cítila, že se bude jednat o její první porod, takže navzdory zodpovědné přípravě ve skutečnosti *„vůbec neví, do čeho jde.“* Její manžel s porodem doma příliš nesouhlasil a v diskusích o nadcházejícím porodu argumentoval otázkou rizika. Stella tedy vše směřovala k porodu v pražské nemocnici, kde vedle moderně vybaveného porodního oddělení bylo i oddělení neonatologické péče. Jakousi *„pojistkou“* proto, aby porod probíhal co nejvíce podle jejích představ, měla být přítomnost externí porodní asistentky Olgy, Stellina manžela a bude-li to možné, tak i její kamarádka, která v této porodnici pracovala jako porodní asistentka. Ačkoliv tedy Stellina představa o ideálním porodu byla vázána spíše na domácí prostředí, vnímala toto rozhodnutí jako kompromis a *„cestu nejmenšího možného odporu“*.

V době před porodem měla Stella opakovaně tzv. *„poslíčky“*. *„Říkala jsem si dobrý, dobrý, tělo se připravuje, je to fajn.“* Týden před stanoveným termínem porodu Stella vnímala kontrakce jako intenzivnější a častější, konzultovala vše s porodní asistentkou Olgou a dohodly se, kdy má Stella Olgu zavolat a nachystat se na cestu do blízké porodnice. Ve stanovený čas přijela Olga a Stellin manžel objednal taxi do porodnice. Během čekání na odvoz do porodnice Stella s porodní asistentkou cvičily tak, jak se to naučila během předporodní přípravy. Průběh první doby porodní byl fyziologický a Stella se cítila tak dobře, že ji znovu napadlo, že *„jí samotné nedává smysl jet v tuhle chvíli do porodnice.“* Ve chvíli, kdy přijelo taxi, byl již navíc porod dle soudu porodní asistentky v takové fázi, že vydat se na cestu do porodnice znamenalo riskovat, že porod proběhne v taxíku kdesi na cestě. Stella, její manžel a asistentka se proto rozhodli, že porod doma v posteli bude v tuto chvíli lepším řešením.

Dcera Ela se narodila během necelých dvaceti minut. Porodní asistentka, která s sebou měla potřebné vybavení pro monitorování dítěte, po celou dobu kontrolovala stav matky i dítěte. Stella vnímala porod doma jako krásný a silný emocionální zážitek a porod prožila intenzivně spolu se svým manželem. Po porodu placenty se musela společně s manželem rozhodnout, zda se nechat

zdravotní záchrannou službou převést do nemocnice a „zoficializovat“ tak porod, nebo zda zůstat doma. Nakonec zvolili druhou možnost, což znamenalo přijmout domácí porod se všemi důsledky, které by mohl mít.

Stella prožívala velice emotivně také první návštěvu celé rodiny po porodu, kterou popisovala jako „úplnou glorifikaci matky s děťátkem.“ Během dvaceti čtyř hodin se uskutečnila také návštěva a vyšetření pediatřičky u Stelly doma a poslední tečkou za tímto porodem bylo ohlášení dcery na matrice. Po této zkušenosti je Stella přesvědčená, že bude-li její případné další těhotenství probíhat stejně fyziologicky normálně jako tohle první, neumí si ani představit jinou volbu než porod doma.

6.3 Analogie a rozdíly v příbězích Markéty, Stelly a dalších „přírodňaček“

V této kapitole bych chtěla nastínit rozdíly a analogie v jednotlivých porodních narativách žen „přírodňaček“. Několika biografických momentů se jen krátce dotknu v této kapitole, ale dále jsem se rozhodla detailněji je nerozpracovávat¹³¹. K jiným charakteristickým rysům porodních narativ se naopak podrobněji vracím v samostatných kapitolách.

Jeden z rozdílů, který je možné identifikovat ve výprávění Markéty, Stelly a dalších přírodňaček spočívá v jejich dětství a v jejich původních rodinách a rodinných vztazích. Rodiče a další členové rodiny ve Stelině vyprávění figurovali ve výrazně pozitivních konotacích, podobně jako v případě Natálky, Petry či Dity. Ve Stelině případě se interakce s rodinou po narození její dcery Elly objevuje jako výrazný motiv porodního příběhu.

Markétin příběh v tomto smyslu reprezentuje několik dalších narativ (Majky, Anny, Evy, částečně Táni), v nichž ženy uvádějí problematické vztahy v rodině, ať už s jedním nebo oběma rodiči, případně se ve svých vyprávěních obracejí ještě

¹³¹ K rozhodnutí nepokoušet se o hlubší analýzu mě vede především přesvědčení, že pro vytváření některých tvrzení v obecnější rovině není v rámci sebraných dat dostatek relevantních argumentů, případně mnou v úvodu zvolené sociologické koncepty nepovažuji za nejvodnější k jejich interpretaci (např. popis utváření vzájemného vztahu mezi matkou a novorozeným dítětem).

dále a popisují konkrétní zkušenosti různých žen v rodině, které se vztahují k otázkám početí, těhotenství, porodu anebo ke vztahům s muži. Tomuto znaku přiřkládám váhu také proto, že to byly samy participantky, které tyto příběhy do svého biografického vyprávění začlenily. Obvykle tomu tak bylo proto, aby vysvětlily, že a jakým způsobem tyto zkušenosti, ať už vlastní nebo vyslechnuté, konstituovaly jejich přístup k porodu a mateřství.

V Markétině příběhu se opakuje motiv sexuálního násilí na ženách v rodině, v prvním případě v narativě Markétiny babičky a v druhém případě v jejím vlastním. Majka a Anna popisovaly velmi komplikovaný vztah s matkou v období dospívání, který u obou stál za původním rozhodnutím nemít děti. Eva vnímala vztah s oběma rodiči dlouhodobě za značně problematický, což vedlo k hledání zcela jiných zdrojů podpory v těhotenství, během porodu a v mateřství¹³².

Shodným rysem, který spojuje všechny narativy je konflikt se systémem zdravotní péče¹³³, ať už v dětství nebo v dospělosti. S tímto konfliktem souvisí několik důležitých momentů, které se v přístupu k porodu shodně objevují u všech „přírodňaček“. Těmi je otázka důvěry, odpovědnosti za vlastní zdraví a otázka autority či moci¹³⁴.

Příběh Markéty a Stelly odlišuje také prodělaná zkušenost s potratem či interrupcí. O zkušenosti s potratem či interrupcí referovaly i další „přírodňačky“ a pro všechny měla konstitutivní význam z hlediska jejich přístupu k vlastnímu zdraví a specifickým způsobem i k porodu.

Otázku důvěry řeší „přírodňačky“ v několika rovinách: jako důvěru v systém, důvěru v sociální instituce a organizace nebo důvěru interpersonální, přičemž jednotlivé podoby důvěry či její absence spolu souvisí, jedna často podmiňuje druhou.

¹³² Částečně se k této otázce vrátím v kapitole Sociální sítě a v kapitole věnované Porodním asistentkám a dulám, samostatně však již dále téma rodinných vztahů nerozpracovávám.

¹³³ Konfliktu žen přírodňaček se systémem zdravotní péče jsem se do značné míry věnovala již v předchozí kapitole, neboť ji považuji za jeden z důležitých zdrojů motivace zvolit si cestu přirozeného porodu. Vedle toho, že konflikt se zdravotním systémem implikuje další aspekty prožívání porodu (viz dále důvěra, odpovědnost, autorita a moc), uvádím ho zde především proto, že je významně přítomný v příběhu Markéty.

¹³⁴ Těmto otázkám se podrobněji věnuji v samostatných kapitolách.

Otázku odpovědnosti ženy „přírodňačky“ formulují buď ve vztahu k vlastnímu zdraví, ke zdraví svých dětí, i celé rodiny, anebo ji nahlíží jako otázku odpovědnosti za průběh porodu a za to, jaké tento vstup na svět bude mít dopady pro jejich dítě a pro celou rodinu. V jiné rovině část „přírodňaček“ pocituje odpovědnost vůči společnosti, v níž žijí, vůči jiným ženám, což se projevuje jejich snahou veřejně působit a angažovat se v rámci hnutí přirozeného porodu¹³⁵.

Téma autority a moci vnímám jako zásadní a propojuji ho s konceptem *biomoci* a *biopolitiky*. Většina „přírodňaček“ odmítá slepé uznávání autority např. na základě určité sociální role. Tento prvek je velmi silně přítomen v Markétině vyprávění. Autoritu „přírodňačky“ různou měrou vnímají u členů rodiny, lékařů – porodníků, porodních asistentek, dul, pediatrů, s nimiž se dostávají do přímého kontaktu. Autoritami pro ně však mohou být také autoři různých publikací, s nimiž nebyly v přímé sociální interakci.

Témata moci, jejích různých forem a technologie jejího uplatňování jsou přítomna ve všech porodních narativách žen „přírodňaček“ bez rozdílu. Některé z nich si moc, jež je na nich uplatňována, více než dobře uvedomují, u jiných zůstává neverbalizovaná pouze v pozadí samotných příběhů.

Rozdíl v přístupu „přírodňaček“, který je přítomen v příbězích Markéty a Stelly, se objevuje v chápání a reflektování rizika v souvislosti s porodem. Riziko rozděluje „přírodňačky“ do dvou skupin. Ty, jež vyhodnotily nadcházející porod jako nerizikový a vědomě se rozhodly pro porod doma a jako na takový se na něj od samého začátku připravovaly (Markéta – v případě posledních dvou porodů, Eva, Táňa, Majka, Natálka) a dále ty, které představa rizikovosti porodu vedla k rozhodnutí родit v institucionalizovaném prostředí (Markéta – u prvních dvou porodů, Stella¹³⁶, Dita, Petra a Anna).

Role mužů, otců dítěte v obou příbězích, Markétině i Stellině, je oběma ženami chápána jako velmi významná, což je shodným rysem porodních narativ

¹³⁵ K těmto otázkám se vracím zejména v kapitole 11.4. *Aktivní a angažované matky*.

¹³⁶ Přestože Stella nakonec svoji dceru porodila doma, zařadila jsem ji právě do této skupiny, protože na základě rizikovosti porodu se po celé těhotenství připravovala na porod v porodnici a skutečnost, že nakonec porod proběhl doma, byla spíše důsledkem reálného průběhu porodu.

téměř všech „přírodňáček.“ Přesto způsob, jakým postavení otců u porodu, „přírodňáčky“ popisují, se v řadě ohledů liší od toho, jak je popisují „pacientky“.

Nyní se v jednotlivých kapitolách postupně zaměřím na roli důvěry v rámci porodu, na porodní asistentky a jejich význam pro rodičky, na otázku odpovědnosti, na snahu ženy-matky disciplinovat a způsoby, jak k tomu dochází a jak to samotné ženy vnímají a na strategie, jaké ženy využívají ve snaze vyhnout se těmto snahám.

7. Role důvěry

7.1 (Ne-) důvěra v systém zdravotní péče

V současné společnosti vědění prudce vzrostla role expertizy a role expertů [Giddens 2003: 79; Veselý 2004: 437;]. Tato důvěra není vkládána v konkrétní jedince, ale je spojena s určitou sociální rolí, v tomto případě s rolí lékaře. Jeho důvěryhodnost je založena na tzv. *skrytém curiculu*, tedy na formálním vzdělání, které má¹³⁷ [Giddens 2003]. Důvěryhodnost lékaře na základě jeho kvalifikace se opírá též o skutečnost, že „lékaři užívají Hippokratovu přísahu již dva tisíce let jako ekvivalent společenské smlouvy mezi lékařem a veřejností“ [Imber 2008]¹³⁸.

Expertní vědění [Davis-Floyd, Sargent. 1997]¹³⁹ v oblasti zdraví a zdravotní či perinatální péče představuje moc, která je posilována či oslabována skrze naše osobní zkušenosti a aktuální vědění, a jehož mediátorem jsou např. sdělovací prostředky, masmédiá [Giddens 2003]. Nositeli *expertního vědění* jsou v případě perinatální péče zejména lékaři, ale paradoxně už nikoliv bezvýhradně porodní asistentky¹⁴⁰.

7.2 Příčiny narušení důvěry v systém zdravotní péče

Vztah žen „přírodňáček“ k systému zdravotní péče je možné hledat za jejich rozhodnutím родit „jinak“ a obecně obracet se k alternativním formám péče o

¹³⁷ Srov. „Ale ti doktoři věděli zase něco jiného na základě toho, co se jim nadiktovalo ve školách a za tím jeli.“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňáčka“

¹³⁸ Srov. „Lékařská profesionalita je nejlepší společenskou ochranou. Lékař je povinen se neustále vzdělávat, jelikož přísun informací, které získává ve své vlastní praxi, je nedostatečný. Potřebuje se opírat o racionální prověřené postupy *lege artis*“ [Zeman, Doležal 2000: 49].

¹³⁹ Srov. Foucault, M. 2005. *Je třeba bránit společnost*. Praha: Filosofia; Parusniková, Z. 2000. „Biomoc a kult zdraví“ *Sociologický časopis* 36 (2): 131 – 142; Slepíčková, L., E. Šlesingerová, I. Šmídová. 2012. „Biomoc a reprodukční medicína: konceptuální inspirace“ in *Sociologický časopis*, Vol. 48(1): 85 – 106; Rose, N. 2001. „The politics of life itself“. *Theory, Culture, Society* 18(6): 1 – 30

¹⁴⁰ Paradoxnost této situace vyplývá z faktu, že jsou to porodní asistentky, kdo v průběhu porodu tráví se ženami podstatně více času, jejich vzdělávání probíhá ve stejném edukativním rámci jako u lékařů a na řadě porodů v porodnicích se také podílejí do větší míry než lékaři. Zvláště u druhorodiček a více rodiček často lékař na porod pouze formálně „dohlíží“ [např. Hunt, Symonds 1995].

zdraví. Ačkoliv by se na základě prohlášení „já mám takovej trošku syndrom bílého pláště“ mohlo zdát, že jde o argumentaci zcela iracionální, „přírodňáčky“ taková tvrzení opírají o předchozí negativní zkušenosti se zdravotním systémem, s konkrétními zdravotníky, s určitým způsobem léčby. *Syndrom bílého pláště* není fenomén, který by se vznášel ve vzduchoprázdnu, je reakcí na ztrátu důvěry v systém jako takový.

„Já jsem to s doktory měla tak, že jsem jim důvěřovala, když jsem chodila ke své dětské doktorce“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňáčka“¹⁴¹

A stejně často může *syndrom bílého pláště* být personifikovanou podobou nedůvěry nebo ztráty důvěry v konkrétního lékaře:

„Věřila jsem zdravotní péči a lékařům, že jsou to odborníci, že ví, co dělají a neměla jsem to nastavené tak, že doktoři vědí úplný prd, naopak velká úcta. My jsme měli opravdu skvělý vztah (pozn.: vyprávění se vztahuje ke gynekoložce), byla to patnáct let moje blízká žena, provedla mě veškerými trablemi a měnícími se hormonálními změnami a byla vždycky milá, ohromná, snažila se mi vždycky pomoci.“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňáčka“

Ztráta důvěry v konkrétního lékaře jako v dílčí element celého systému se v jednotlivých narativách vždy neopírala o profesní selhání. Někdy šlo např. o reakci na selhání interpersonální komunikace mezi lékařem a pacientkou, efekt však byl stejný jako u ztráty důvěry v expertní vědění:

„A ten doktor řekl: MILÁ DÁMO¹⁴², a pak začal ten hovor docela ošklivě [...] postrašil mě, co všechno by se mohlo stát. Tak já jsem tam odtud odešla a člověk z toho nemá dobrý pocit.“ Anna, Karlovarský kraj, „přírodňáčka“¹⁴³

¹⁴¹ Srov. „Mám doktora a tomu věřím a dál jsem to neřešila. Vůbec mě nenapadlo se zajímat o něco jiného. Prostě jsem těhotná, tak chodím k doktorovi a doktor mi řekne, co mám dělat a tak to bylo.“ Anna, Karlovarský kraj, „přírodňáčka“

¹⁴² Užití velkých písmen při prepisu odkazuje ke zvláštnímu důrazu, který žena v promluvě kladla právě na tento obrat.

¹⁴³ Srov. „Takže byla (pozn.: gynekoložka) vždycky úplně skvělá. Problém nastal ve chvíli, kdy jsem otěhotněla. [...] Přišla jsem k té gynekoložce a řekla jsem jí, že neznám termín posledních měsíčků a její

Přestože samy ženy mohou reflektovat a lidsky rozumět tomu, že se nejedná o profesní chybu či selhání a že jeden lékař netvoří celý systém, což potvrzuje Majka ve svém prohlášení:

„V tu chvíli jsem si řekla: A, tak to je něco špatného. Odešla jsem v šoku, ale nicméně to byla moje doktorka. A do té doby jsem s ní neměla žádnou špatnou zkušenost, tak jsem si říkala, tak holt asi neměla svůj den, je to moje doktorka a neudělala zase nic tak závažného, no tak tam prohodila nějaký dvě věty, které mi sice ublížily.“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“,

přesto se mohou v budoucnu stát jedním ze střípků mozaiky, z níž se poskládá negativní obraz systému zdravotní péče jako celku. Kořeny nedůvěry v systém zdravotní péče sahají v některých případech do období dětství a dospívání¹⁴⁴.

Dalším důležitým momentem v narativách „přírodňaček“, který sehrál roli při ztrátě důvěry v systém zdravotní péče, je zkušenost s umělým přerušением těhotenství nebo spontánním potratem. O té hovořilo (podobně jako Markéta) několik dalších „přírodňaček“¹⁴⁵. Právě tato zkušenost často formovala jejich pohled nejen na mateřství, těhotenství a porod [Luker 1984], ale sehrála roli i při vnímání jejich vlastního ženství a výrazným způsobem determinovala jejich pohled na systém zdravotní péče. Důvěra je přitom v dnešním postmoderním světě jednou ze základních potřeb jedince, která roste tím více, čím je v obecné míře oslabována [Baumann 2001]. To dokládá i příběh Majky:

odpověď byla: A víte, s kým to máte? [...] a hned na to dodala: tak doufám, že nebudete zase jedna z těch, co chtějí rodit doma.“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“

¹⁴⁴ Srov. „Já jsem jako mladá tancovala. Měla jsem otřes mozku, který mi způsobil taneční partner. V horečkách jsem byla převezena do nemocnice, měla jsem chvíli bezvědomí, pak čtyřicítky horečky, vynadali mi, že nemám s sebou toaleták na WC nebyl, nemohla jsem zatelefonovat rodině, kde jsem, nikdo o mě prakticky nevěděl...nechtěla jsem prášky, stáli nade mnou a kontrolovali, jestli vše spolknou. [...] A pak třeba jídlo: po týdnu bez stravy mě jako první jídlo donesli samotný tlustý párek a rohlíky, utekla jsem zavolat rodičům, přijeli a vyzvedli mě na revers...byla jsem podvyživená, skoro jsem nechodila...psychicky vydeptaná!“ Natálka, Královéhradecký kraj, „přírodňačka“

¹⁴⁵ Zkušenost s umělým přerušением těhotenství nebo se spontánním potratem ve svých narativách uvedly např. také Majka a Anna.

„[...] Tam mi zjistili, že mám vadu na vaječnicích a že nebudu moct mít děti. [...] A já jsem tenkrát přestala brát ty antikoncepční prášky, když mi řekli, že nemůžu otěhotnět a hned poprvé, co jsme se milovali bez kondomu, jsem otěhotněla. [...] Doktorka mi řekla, že po třech měsících už se to nedělá (pozn.: interrupce). Byla jsem z toho úplně zdrcená, [...] bylo to prostě nečekaný a já jsem děti vůbec nechtěla. Strašný nastavení. Pak mi řekla, že mám přijít, to jsem byla ve čtvrtém měsíci, na další vyšetření a řekla mi, že mi to dítě musí vzít, že jsem brala tu Proveru (pozn.: hormonální léčba), že je velká pravděpodobnost, že dítě bude postižený vlivem těch hormonů [...] Na základě vyšetření, kterým se potvrdilo, že nemůžu mít děti, jsem najednou musela mít děti. Nejdřív mně řekla, že interrupce ne a po měsíci mi řekla, že interrupce ano. Prostě to byl úplný úlet.“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“¹⁴⁶

Majka však současně toto vyprávění uvedla prohlášením „*pro mě tam bylo důležité, že ty doktoři vědí, co dělají.*“ Demonstruje svoji apriorní důvěru v expertní vědění, která však byla díky vývoji situace dramaticky oslabena. Ztráta důvěry v expertní vědění spojená s přerušáním těhotenství a rolí, kterou v něm sehrál lékař, byla klíčovým momentem v jejím přijetí koncepce přirozeného a nikoliv aktivně lékařsky vedeného porodu¹⁴⁷.

Na základě expertní důvěry ženy mohou projevovat tendenci vnímat lékaře nejen jako odbornou medicínskou autoritu, ale i jako autoritu morální, chápat ji v interpersonální rovině [Baumann 2001; Giddens 2003]. Ztráta důvěry v této úrovni hrála stejně důležitou roli při formování vztahu k systému zdravotní péče, jako důvěra v autoritativní expertní vědění. Markéta vyprávěla o tom, co předcházelo umělému přerušování jejího těhotenství a jakou roli v tom sehrál lékař.

¹⁴⁶ Srov. „*já už jsem jednou byla těhotná ...před tím a samovolně jsem potratila, ale než jsem potratila, tak jsem si vlastně koupila knížku od té paní Kopřivové o porodech [...]. Úplně mně mluvila z duše. A já jsem věděla, že takhle chci родit nějak...přirozeně. A vlastně když jsem se sešla s Janou (pozn.: dula), tak mi to jenom potvrdila, jak to chodí v nemocnicích“ Petra, Karlovarský kraj, „přírodňačka“*

¹⁴⁷ Srov. „*To, že jsem odmítla tu lékařskou péči, mělo velkou souvislost s tím, že já jsem ve dvaceti letech přišla o dvě děti vlastně v těhotenství, takže pro mě to mělo velký význam родit doma a být tam pro to dítě, protože jsem vnímala, že jsem tu odpovědnost tehdy předala těm doktorům a tím tudíž ti doktoři dělali jenom ty věci, které museli, a následkem toho vlastně ty děti odešly.*“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“

„Byla jsem zavřená 14 dní v baráku v Praze, kde jsem bydlela, a prostě jsem přemýšlela. Byly různé varianty, protože jsem absolutně jasně věděla, že s ním prostě ne (pozn.: nechci mít dítě), a tak jsem si říkala, že bych to i dala sama, ale nakonec jsem se rozhodla, že ne, že ty podmínky k tomu asi nejsou. A tam sehrál roli i gynekolog, ten mi řekl: pokud nemáte sociální zázemí, tak to nedělejte.“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňáčka“

Podobně o ztrátě důvěry personifikované postavou lékaře a zkušenosti s interrupcí referovala i Majka¹⁴⁸. Majka i Markéta, ačkoliv obě shodně uvedly, že svého rozhodnutí nemít v dané době dítě nelitují, si zpětně uvědomily, že v celém rozhodovacím procesu zaujímaly pasivní roli a že odpovědnost přesunuly na základě interpersonální důvěry v konkrétního lékaře na medicínský systém.

Jiný příklad přináší vyprávění Majky, která byla v systému zdravotní péče angažovaná skrze profesní vazby, ale nikoliv jako medicínský expert. Její profese jí umožnila důkladněji nahlédnout na fungování zdravotního systému a odosobněnost lékařské péče:

„[...] viděla jsem tu úžasnou manufakturu a to, co tam probíhalo, jakým způsobem se chovali k těm lidem. Moc se mi to nelíbilo! A připadala jsem si, že berou všechny jenom jako vzorek nebo test [...] Nedívali se na tu duši, nedívali se jenom na něj“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňáčka“

V některých případech byla negativní reakce na způsob léčby či poskytování zdravotní péče aktivována ve chvíli, kdy se obdobný problém, jakým trpěla žena v dětství, vyskytl v dospělosti buď u ní samotné, nebo ještě intenzivněji, pokud se

¹⁴⁸ Srov. „Já jsem to ale nechala na ní. Ona to řekla paní doktorka, a když to řekla, tak ví, co dělá, já jí věřím, vždyť je to Doktorka. Já jsem úplně SLEPĚ poslechla každé slovo, které ta doktorka řekla. [...] A ona mě k tomu navedla: «aha, takže ten partner...aha, takže to máte takhle a takhle, no tak to není dobrý, tak to je lepší jít na ten potrat». Normálně to vyhodnotila jako zákrok, jako kdyby řekla: Tak to běžte prostě na ultrazvuk. Úplná rutina! Pro ni to nic neznamenal, pro ni to bylo rozhodnutí, který udělala a já jsem ho přijala, ona neměla žádnou odpovědnost, ona věděla, že ta odpovědnost je na mně, jestli já se rozhodnu pro ten potrat nebo ne.“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňáčka“

vyskytl u jejích dětí. Negativní vzpomínka vedla k tomu, že matka hledala jiný způsob řešení problému, než jaký si pamatovala z vlastního dětství¹⁴⁹.

Nespokojenost se systémem zdravotní péče byl jindy reakcí na obecný trend *farmaceutizace* ve společnosti, na rutinní medikaci a nadužívání léků v rámci léčebného procesu¹⁵⁰. V případě, že jedinec takový způsob léčby odmítá, vystavuje se riziku, že bude okolím vnímán jako někdo, kdo odmítá lékařskou péči, kdo odmítá výsledky expertního vědění, a tedy kdo v podstatě odmítá racionalitu, což následně může vést k označení za jakéhosi „*alternativce*“¹⁵¹.

7.3 Hledání alternativního řešení

Situace popsaná v předchozí kapitole „přírodňáčky“ vesměs vedla k hledání nějaké alternativy. Tou nejmírnější pro ně bylo hledat lékaře, který sice zůstává součástí medicínského systému založeného na *expertním vědění*, ale který je současně otevřený různým léčebným přístupům a který je ochoten zabývat se nejen biomedicínskými, ale také psychosociálními aspekty zdraví a nemoci:

*„On je výbornej, on je takovej hodně přes čajíky a takovej jako trošku do přírodna. Jakože to nepřehání s prohlídkami. Nestrašil mě. Nestresoval mě“
Anna, Karlovarský kraj, „přírodňáčka“¹⁵²*

¹⁴⁹ Srov. „Až potom jsem si uvědomila, že já jsem jako dítě trpěla na záněty středního ucha hodně. A tím, že jsem věděla, že to máme v rodině a už jsem zase věděla, že existuje i jiná cesta, tak zas až s těmi dětmi jsem se snažila to nějak řešit, protože měla to babi, měla to máma, mělo jsem to já, u mě to skončilo vytržením nosních mandlí a já když mi holka začala ve třech letech se záněty středního ucha, tak říkám a dost, takhle ne! [...] Ne že bych z toho měla nějaký trauma, ale nechtěla jsem, aby to takhle pokračovalo, takže jsem se snažila to řešit nějak jinak“ Dita, Plzeňský kraj, „přírodňáčka“

¹⁵⁰ Srov. „A já jsem měla praktického lékaře, celá Praha si ho chválila, jak je úžasný, co jim prostě všechno napíše, když chtějí. Já jsem za ním přišla, že mi něco je, on se na mě takhle podíval a hned začal ťukat něco do počítače a povídá: «Na to dáme plošný antibiotika!» Bylo úplně jedno, že za tři dny bych to vyležela s horkým čajem, ale pro něj to byl prostě běžný předpis“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňáčka“

¹⁵¹ Srov. „Teď mě jedna paní doktorka říkala, že jsem taková přírodní žena, protože jsem nechtěla dát dceři kortikoidy“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňáčka“

¹⁵² Srov. „Tak jsem to říkala svému doktorovi a ten říkal: «Hm. Proč to dělají? Proč ty ženský takhle strašit?» On je takový, že když vidí, že je ta mamka v pohodě, tak jí prostě nechá v pohodě a opravdu nedělá takový ty bubáky jako alibi «co kdyby»“ Anna, Karlovarský kraj, „přírodňáčka“ nebo „Já obecně prostě nevěřím doktorům, nebo mně přijde jako úplná kravina brát léky, když se člověk může vyléčit sám. Protože věřím

Jinou alternativou byl obrat žen „přírodňáček“ k nemedicínským metodám léčby, k bylinkám, k homeopatickým prostředkům¹⁵³, což s sebou nese rozhodnutí a především ochotu převzít zodpovědnost za vlastní zdraví¹⁵⁴, případně za zdraví celé rodiny, protože nezřídka jsou to právě ženy – manželky a matky, které jsou nositelkami laického vědění o zdraví [Ranji, Salganico: 2011].

Markétin příběh přinesl z tohoto pohledu až poněkud absurdní příklad, kdy ona sice zaujala aktivní přístup k vlastnímu zdraví, snažila se získávat informace, které by jí pomohly nalézt příčiny zdravotních komplikací v průběhu jejího posledního těhotenství a na základě doporučení porodní asistentky, s níž se připravovala na porod, požádala v řadě několik lékařů (počínaje praktickým lékařem, přes gynekologa až po gastroenterologa) o provedení krevních testů, ale byla odmítnuta. Na základě podezření opírajícího se o zkušenosti porodní asistentky, že by mohlo jít o tzv. celiakii¹⁵⁵, se tedy po neúspěšných žádostech o provedení medicínského testu rozhodla vyzkoušet bezlepkovou dietu „na vlastní pěst“ a uspěla.

„Takže já jsem se ani nikde nedoprosila toho, aby mi ten test udělali. Tak jsem říkala, prostě to zkusím, tu bezlepkovou dietu, hůř už mi snad být nemůže. No a fakt za týden jsem se cítila líp, naprosto v pohodě. Já nevím, jestli tu celiakii mám, mně je to jedno, já jenom vím, že mi ta bezlepková dieta pomáhá. A tím jako ta důvěra, i ten zbytek důvěry, je prostě smetený.“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňáčka“

tomu, že tělo má sebe-regenerační schopnost. Ted' nemyslím to, že když si někdo zlomí nohu, tak tam je samozřejmě potřeba chirurg, jako před těmi smekám“ Petra, Karlovarský kraj, „přírodňáčka“

¹⁵³ Srov. „Je to spíš tím, jak řešíme nemoci, že třeba k doktorům jdeme, až když je nejhůř, že si nějak víme rady, že nějak všechno řešíme těmi přírodními metodami, bylinkami, protože vím, že to jde i jinak [...] Já nechci nijak doktory shazovat, já proti nim nic nemám v zásadě.“ Dita, Plzeňský kraj, „přírodňáčka“ nebo též „A pak jsem našla tuhle cestu aromaterapie, homeopatie a docela mi to hezky fungovalo, ale furt jsem používala doktory na stanovení diagnózy. Já prostě nejsem lékař“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňáčka“

¹⁵⁴ Srov. „Je to o tom, jestli je schopen člověk unést tu zodpovědnost za to své zdraví“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňáčka“

¹⁵⁵ Celiakie – alergie na lepek

V některých případech vedla nespokojenost a ztráta důvěry v systém zdravotní péče a expertní vědění ještě dále a byla příčinou zásadní změny životního stylu, což zahrnovalo způsoby stravování, odchod z města na venkov apod. [Szakály et al. 2012; Hansen, Easthope 2007].

„Makrobiotika to není žádná věda. [...] Vegetariánsky se stravujeme, ale s tím, že třeba výjimečně si dáme rybu, když je z dobrého zdroje [...] přes tu stravu to začalo a pak samozřejmě jsme se začali zajímat i o životní styl, kde chceme bydlet, že chceme být maximálně nezávislí na systému, že se chceme naučit něco si vypěstovat, odejít z města, protože on (pozn.: manžel) nežil ve městě, on je z vesnice, takže je zvyklý na čistý vzduch, čistou vodu“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňáčka“

Volba alternativního životního stylu nebyla pro většinu „přírodňáček“ něčím automatickým, skutečně je možné tuto životní změnu chápat v jejich narativách jako určitý proces, jako cestu, jejíž začátek má jasné souvislosti s uvědoměním si těla, tělesnosti a s vědomím, že je potřeba převzít do určité míry zodpovědnost za své zdraví a zdravý život.

Vyprávění Anny, které je v tomto ohledu typické, ukázalo, že cesta ke změně životního stylu byla v některých případech komplikovaná a že za ní stála řada dalších změn a událostí v životech žen a jejich rodin, že někdy to znamenalo naprostý myšlenkový obrát, který pak vyústil i ve změnu přístupu k porodu a porodní péči:

„[...] já jsem do té doby byla naprosto přesvědčená, že lidi, co chtějí rodit doma, jsou NAPROSTO¹⁵⁶ pominutý, a zrovna tak než jsem začala jíst takhle, tak že vegetariáni, že jsou úplný blázni a vegani, že jsou ÚPLNÝ blázni. Já jsem si myslela, že bez masa není možný žít.“ Anna, Karlovarský kraj, „přírodňáčka“

¹⁵⁶ Pokud v přepisu citací z promluv participantek některá slova vypisují velkými písmeny, odkazují tím k faktu, že toto slovo bylo vypravěčkou opravdu zdůrazněno, často až teatrálně.

8. Porodní asistentky

8.1 Porodní asistentka jako důvěryhodný partner při porodu

Ačkoliv i porodní asistentky jsou nositelkami expertního, tedy autoritativního vědění, ženy v ně obvykle vkládají značnou důvěru [např. Hunt, Symonds 1995]. Na úvod je potřeba objasnit, proč je potřeba rozlišovat, zda se jedná o porodní asistentku, která pracuje v porodnici a která nikoliv. V obou případech je porodní asistentka vnímána jako klíčová osoba z hlediska poskytování perinatální péče [Hrešanová 2008: 125]¹⁵⁷. Zároveň však může reprezentovat dva odlišné modely porodní péče, a to *model medicínský* a *model alternativní*, jež v kontextu této práce zřetelně korespondují s koncepcemi *aktivně lékařsky vedeného porodu* a *porodu přirozeného*¹⁵⁸.

Hlavní rozdíl lze spatřovat v tom, že v rámci porodu v institucionalizovaném prostředí je porodní asistentka, která v porodnici či na porodnickém oddělení nemocnice pracuje, vždy nedílnou součástí její organizační struktury, podléhá proto mnoha pravidlům, na nichž fungování takové organizace stojí [Weber 1968, 1997], což s sebou nese mimo jiné i hierarchické uspořádání a s ním související otázku přenosu autority a delegování odpovědnosti [Hrešanová 2008].

Toto odlišné chápání pozice porodní asistentky dokládá mimo jiné příběh Stelly (viz kapitola 6.3), která u svého plánovaného porodu v pražské porodnici chtěla mít jako doprovod externí porodní asistentku, s níž se připravovala na porod v průběhu těhotenství, a současně se snažila zajistit, aby u porodu jejího dítěte mohla asistovat její kamarádka, též porodní asistentka, která však v této porodnici byla zaměstnána. Stella přitom nevnímala přítomnost dvou porodních asistentek jako duplicitní péči, která by jí byla poskytována, ale spíše jako určitou „*pojistku*“, že porod bude probíhat co nejvíce podle jejích představ. Externí porodní asistentka

¹⁵⁷ Srov. Hunt, S., A. Symonds. 1995. *The Social Meaning of Midwifery*. London: Macmillan Press.

¹⁵⁸ Srov. Hrešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Vydavatelství ZČU v Plzni; Van Teijlingen, E. 2005. [online] „A Critical Analysis of the Medical Model as Used in the Study of Pregnancy and Childbirth“ in *Sociological Research Online* 10. Dostupné z <http://www.socresonline.org.uk/10/2teijlingen.html> [cit. 14.4.2013]

zde měla v podstatě suplovat roli dudy, neboť do samotného porodu by sice ze své pozice externistky zasahovat nemohla, ale mohla matce poskytovat potřebné informace a podporu. Relevantnost obojího byla implikovaná vysokou mírou důvěry, již Stella k této ženě pociťovala.

Významnou roli porodních asistentek při porodu v očích žen dokládá jak Stella, která při plánování porodu v porodnici vždy hovořila především o součinnosti s nimi, tak i ostatní „přírodňačky“, které rodily v institucionalizovaném prostředí¹⁵⁹.

Podobně také většina „pacientek“, když reflektovaly samotný průběh porodu, nejčastěji hovořila o interakcích s porodními asistentkami. K interakcím s lékaři docházelo nejčastěji až v druhé době porodní¹⁶⁰, tzn. ve vypuzovací fázi porodu¹⁶¹. Dále „pacientky“ uváděly přítomnost lékaře u porodu v situacích, kdy byly na místě obavy či očekávání komplikovaného porodu¹⁶² nebo v některých velmi specifických situacích, jakou byl např. plánovaný odběr pupečnickové krve. Klára popisovala, že z toho důvodu bylo u jejího porodu opravdu množství zdravotního personálu:

„[...] já jsem měla i odběr pupečnickové krve, takže tam byli i částečně z toho důvodu. Tak jsem tam měla porodní asistentku, pak žákynku, ta byla moc příjemná, za to jsem byla fakt ráda, [...] taková povzbuzovací část, jestli něco nepotřebuju a tak [...]. A na ten samotný porod, na to vypuzování, tam přišli tři lékaři, dětský doktor, dvě porodní asistentky s žákynkou, pak tam bylo nějaký houf těch dětských a pak tam ještě přišli další žákyňky, co tam byly

¹⁵⁹ Srov. „Když jsem rodila Aničku, tam jsem měla štěstí, že tam byla paní K. (pozn.: porodní asistentka), nikdy její jméno nezapomenu, byla naprosto úžasná [...], tam nás právě přivítala paní K, [...] ta nás dala na ten monitor, já jsem se ptala, jestli už to je, nebo máme jet domů, ona řekla, že už nikam nepojedeme, že mám krásně pravidelný kontrakce [...] Pro mě byla hvězda ta paní K, u porodu s Aničkou [...] paní K je člověk, který miluje svoji práci, je to profesionálka s lidským přístupem.“ Anna, Karlovarský, „přírodňačka“

¹⁶⁰ Druhá doba porodní též doba vypuzovací - začíná zánikem branky a končí vypuzením plodu [Zwinger et al. 2004: 132].

¹⁶¹ Srov. „(pozn.: U porodu byla) asistentka, ta mě i rodila, [...] až na tu poslední fázi tam byla i doktorka, [...] protože tam hrozilo, že to bude muset jít císařem, takže u toho už byla doktorka.“ Jolana, Plzeňský kraj, „pacientka“

¹⁶² Srov. „[...] byl velkej, ale to netušili, že tak velkej bude, měla jsem zakalenou vodu, mně kvůli tomu i píchali oxytocin na vyvolání, protože já jsem pak i ztrácela kontrakce [...] on taky nesestupoval, to mi ho i pomáhali vytlačit“ Klára, Plzeňský kraj, „pacientka“

jenom na čumendu, přišly se podívat na ten odběr pupečnickové krve, takže [...] jestli tam bylo celkem patnáct, dvacet lidí“ Klára, Plzeňský kraj, „pacientka“

Důvěra vložená v porodní asistentku vedle toho, že s ženami během porodu tráví více času a je s nimi obvykle v užším kontaktu než lékař, může být posílena i tím, že s ní ženy byly ve styku již v rámci předporodní přípravy¹⁶³.

I přestože tedy porodní asistentky jsou součástí porodu v institucionalizovaném prostředí a přestože formálně jsou podobně jako lékaři nositelkami *expertního* a tedy *autoritativního vědění*, ženy v ně často kladou značnou důvěru a spojují si je s „*lidským*“ přístupem v rámci porodní péče.

8.2 Porodní asistentka při porodu v neinstitucionalizovaném prostředí

Podobně důležitou roli hrály porodní asistentky i u „přírodňaček“, které chtěly родit doma, v domácím prostředí¹⁶⁴. Zatímco u porodů v institucionalizovaném prostředí byla důvěra v porodní asistentku elementem, který hrál významnou roli zejména v „*polidštění*“ *aktivně lékařsky vedeného porodu*, u porodu doma ji ženy vnímaly v několika specifických úrovních: jako blízkou osobu, k níž pociťovaly vysokou míru důvěry a na základě toho jí přiznávaly určitou autoritu, dále jako osobu, od níž očekávaly pomoc s „*technickými úkony*“¹⁶⁵ a také jako „*pojistku*“¹⁶⁶.

Primární pro vztah „přírodňaček“, které chtějí porodní asistentku u domácího porodu, byla otázka její důvěryhodnosti v osobní rovině. Z toho vyplývá, že se

¹⁶³ Srov. „*Taky jsem chodila na těhotenské cvičení, které vedla právě porodní asistentka z Té Porodnice (pozn.: porodnice, v níž Klára porodila)“ Klára, plzeňský, „pacientka“*

¹⁶⁴ „Přírodňačky“, které rodily doma, někdy v řeči zaměňují označení porodní asistentky za slovní označení „porodní bába“, význam však přikládají oběma označením stejný. Srov. Doležal, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum.

¹⁶⁵ Slovní spojení „technické úkony“ v souvislosti s porodem užívaly samy „přírodňačky“. K tomu, co pod nimi rozuměly, se vracím později v této kapitole.

¹⁶⁶ Slovní spojení „pojistka“ užívaly samy „přírodňačky“ a vztahovalo se k očekávání, že porodní asistentka vyhodnotí případné riziko u probíhajícího porodu. K tomu tématu se podrobněji vracím později v této kapitole.

porodní asistentka stala téměř bezvýhradně důležitou součástí porodní přípravy těchto žen. Považovaly za vhodné, ne-li dokonce za nezbytné, aby se s porodní asistentkou setkávaly opakovaně, ideálně v jejich domácím prostředí. Vedle vytvoření vztahu důvěry vnímaly „přírodňáčky“ jako důležité, aby se porodní asistentka byla schopna orientovat v daném prostředí, kde pak porod bude probíhat, ale také aby i ony samy ji u sebe doma vnímaly jako „domácí“, nikoliv jako rušivý cizorodý prvek¹⁶⁷.

Ve většině případů „přírodňáčky“ současně navštěvovaly těhotenskou poradnu a současně se na porod připravovaly s porodní asistentkou doma. Osobní interakce a nerutinnost přístupu k ženě byly z hlediska budování důvěry klíčové¹⁶⁸, podobně jako i společné „prožívání“ vlastního těhotenství s porodní asistentkou:

„Takže jsme byli tady, na gauči, prostě probíhalo to první vyšetření i to první poslouchání srdečních ozev, což třeba bylo strašně silný pro mě, že jsem to dítě slyšela a že to bylo v situaci, která byla taková intimní, kdy jsem byla v klidu a ve velké pohodě, pro mě to bylo strašně důležité.“ Stella, Praha, „přírodňáčka“

Právě společné prožívání těhotenství stavělo interakce s porodní asistentkou do ostrého kontrastu k předporodní péči u gynekologa v těhotenské poradně a v porodnici¹⁶⁹.

¹⁶⁷ Srov. „Ta porodní asistentka by měla ženu vidět víckrát a víc se s ní seznámit“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňáčka“

¹⁶⁸ „A teď jde i o to, jak oni budou číst ten monitor (pozn.: v porodnici), to je taky věc, Olga tady měla během celého mého těhotenství možnost seznámit se s tím dítětem a s jeho ozvami během celého toho procesu a věděla třeba, že má rychlejší tepovou frekvenci, ale že to je v pohodě, a to je třeba věc, kterou ten personál v nemocnici nebude mít a na základě toho se pak třeba nějakým způsobem rozhodne.“ Stella, Praha, „přírodňáčka“

¹⁶⁹ Srov. „Na sonu u gynekologa a pak jsem začala chodit do Té Porodnice, to bylo nebe a dudy, najednou jsem měla možnost porovnat, co znamená, když to první akustické setkání s tím dítětem proběhne v klidu, v prostředí domácím a s nějakou patřičnou emotivní reakcí, kdy i ta porodní asistentka napjatě poslouchá a je to takový: «tak nevím, jestli to už uslyšíme, ale možná, že už jo». A i ten způsob, jak vlastně mluví o tom dítěti, je úplně jiný, než když vás někde kolektivně připojí na monitor a pak vám ještě vynadají, že jste si asi nedala dost cukru, protože dítě spí a tím pádem budete muset ten monitor absolvovat ještě jednou.“ Stella, Praha, „přírodňáčka“

Vedle osobní důvěry je vztah mezi porodní asistentkou a konkrétní rodičkou založený také na uznání autority na základě expertního vědění, již „přírodňačka“ porodní asistence přiznává¹⁷⁰. Přisouzení expertního vědění porodním asistentkám je patrné také z toho, že „přírodňačky“ se „svými“ porodními asistentkami často konzultují různé preventivní i léčebné postupy již v průběhu těhotenství, jsou pro ně „druhým nezávislým expertním názorem“, na který na základě dlouhodobých osobních interakcí a osobní důvěry kladou značný důraz:

*„Olga říkala, že to je velmi nespolehlivé, ten tripl test, že snad až pětina těch výsledků je úplně špatně. A já jsem to teda konzultovala s tím gynekologem“
Stella, Praha, „přírodňačka“*

V některých případech u „přírodňaček“ požadavek expertního vědění nahradily praktické zkušenosti, které byly opět základem autority, již ženy asistence přiznávaly¹⁷¹. Takový náhled na kvalifikovanost porodní asistentky byl však spíše ojedinělý.

Dalším důvodem, proč ženy vnímaly porodní asistentku jako důležitou součást porodu doma, bylo očekávání a potřeba pomoci s určitými „*technickými úkony*“ v jeho průběhu. Co pod tímto označením „přírodňačky“ nejčastěji rozumí? „*Technickými úkony*“, při nichž ženy očekávaly dle svých slov pomoc od porodní asistentky, byla:

¹⁷⁰ Srov. „(pozn.: porodní asistentka) chce vidět zdravotní stav, chce vědět, jak je to miminko velký třeba a tak. [...] jde o ty informace. Já s ní konzultuju třeba, i když jsem měla jít na testy na cukrovku, jako že jo, tak jsem s ní i konzultovala, jestli tam musím [...] Když jsem řešila tu bezlepkovou dietu, tak jsem to s ní taky řešila [...] takže i v průběhu těhotenství ten zdravotní stav celkově řeší. A mám pocit, že bych jí měla informovat, co se děje. [...] Aby byla i nějaká vzájemná důvěra[...] já ji beru, že je profesionálka, že ONA je ten ZDRAVOTNÍK. Ona je zástupce nějaké oblasti, které já prostě nerozumím, nefušuju do ní, ani nechci, ale ona zároveň respektuje moje přání.“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňačka“

¹⁷¹ Srov. „Našla jsem tuhle, která byla i u porodu manželovy sestry [...] Já jsem nepotřebovala vědět, jaké má vzdělání, ale věděla jsem, že má za sebou hodně porodů a to mi stačilo. Ty zkušenosti to je důležité“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňačka“

- a) asistence ve chvíli, kdy dítě prochází rodidly a je potřeba ho zachytit do rukou, případně jinak pomoci při manipulaci s ním v tomto momentě¹⁷²
- b) „přestřižení“ pupeční šňůry¹⁷³
- c) kontrola základních životních funkcí dítěte, případně poskytnutí první pomoci¹⁷⁴
- d) kontrola placenty¹⁷⁵

S ohledem na pomoc, jakou „přírodňачky“ od porodní asistentky očekávají, pro ně expertní vědění má určitou váhu, ale současně požadují, aby expertní vědění bylo propojeno s hluboce lidským přístupem a vzájemným respektem mezi porodní asistentkou a mezi matkou.

„Olga byla připravená na všechno, měla s sebou monitor, my jsme poslouchali ozvy po každém stahu a bylo z toho jasné, že se dítěti daří dobře, takže já jsem jednak měla velkou důvěru v sebe a v to, že to zvládneme, a ta moje sebedůvěra byla posílená tím, že jsem měla tuhle zpětnou vazbu od ženy, které jsem důvěřovala, že prostě to dokáže odhadnout tu situaci velmi spolehlivě,“ Stella, Praha, „přírodňачka“

V případě, kdy „přírodňачky“ chápaly porodní asistentku jako „pojistku“, od ní obvykle očekávaly, že bude „prostě přítomná“. Obzvláště tehdy, kdy se jednalo o jejich první porod, si „přírodňачky“ uvědomovaly, že budou čelit zcela nové situaci,

¹⁷² Srov. „Malej měl šňůru kolem ramínka a ruku takhle pod bradičkou [...] Ondra po té, co mi ta porodní bába odstranila tu pupeční šňůru u toho Ondrouška, tak on vyjel ven“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňачka“

¹⁷³ Srov. „[...] aby tam byl někdo, kdo ti přestřihne tu pupeční šňůru“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňачka“

¹⁷⁴ Srov. „Pak buď asistentka doma by měla zvládnout masáž srdíčka a dýchání do úst děťátka, aby ho probrala“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňачka“

¹⁷⁵ Srov. „A ona začala akorát otáčet tu placentu, začala ji jako dávat naruby, otáčela ji, [...] prohlídla to, jestli tam náhodou nějaký kus nezůstal a tím se to uzavřelo, ten porod, ona odjela.“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňачka“

nové zkušenosti a že navzdory tomu, že se na porod snažily svědomitě připravit a získat dostatek informací, v podstatě nevědí, co je čeká¹⁷⁶.

„Ta porodní asistentka, já jsem ji tam chtěla, protože to byl první porod a já jsem neměla zkušenost, já jsem hodně věcí načetla, nastudovala, ale přeci jenom jsem tam chtěla mít vedle tu záchranu“ *Eva, Pardubický kraj, „přírodňačka“*

Má-li porodní asistentka u domácího porodu fungovat pro ženy jako „pojistka“, pak porodu předchází obvykle domluva, v jakých konkrétních případech bude porodní asistentka zasahovat do průběhu porodu. Tato domluva, jak vyplynulo z porodních narativ „přírodňaček“, bývá oboustranná. Porodní asistentka deklaruje budoucí rodičce situace, kdy se bude cítit povinována zasáhnout v tom smyslu, že rozhodne, zda porod probíhá fyziologicky a pokud ne, že bude mít poslední slovo v rozhodnutí, zda a kdy jet do porodnice nebo zavolat záchrannou službu. V jistém smyslu by bylo možné takovou neformální dohodu přirovnat k *společenské smlouvě* mezi lékařem a pacientem tak, jak byla citována v kapitole 7. *Role důvěry*¹⁷⁷, neboť ustavuje vztah mezi oběma aktéry na základě uznání autority.

¹⁷⁶ Srov. „Ta porodní asistentka, já jsem ji tam chtěla, protože to byl první porod a já jsem neměla zkušenost, já jsem hodně věcí načetla, nastudovala, ale přeci jenom jsem tam chtěla mít vedle tu záchranu“ *Eva, Pardubický kraj, „přírodňačka“*

¹⁷⁷ Srov. citace na straně 56 „Důvěryhodnost lékaře na základě jeho kvalifikace se opírá též o skutečnost, že «lékaři užívají Hippokratovu přísahu již dva tisíce let jako ekvivalent společenské smlouvy mezi lékařem a veřejností»“ [Imber 2008].

9. Otázka odpovědnosti a „ukradený“ porod

Reflexe vlastní pasivní role a přenášení odpovědnosti za rozhodování o svém životě a také o svém těle v minulosti může být jednou z příčin naopak v současnosti velice aktivního přístupu žen „přírodnáček“ k vlastnímu zdraví a tím pádem i k těhotenství a porodu. Otázka odpovědnosti za porod načrtla zřetelnou dělící linii mezi koncepcemi *přirozeného a aktivně lékařsky vedeného porodu*.

Ženy vycházející z koncepce *aktivně lékařsky vedeného porodu* cítí odpovědnost za průběh porodu jednoznačně na straně lékaře nebo zdravotní instituce¹⁷⁸. Otázka odpovědnosti v tomto smyslu navazuje na roli důvěry při rozumnění a prožívání porodu. „Pacientky“ vkládají absolutní důvěru v expertní vědění a na základě toho pak delegují i odpovědnost na medicínské experty.

„Já tedy určitě patřím k těm, kteří tu zodpovědnost velice rádi přenechají na doktorech.“ Sylva, Plzeňský kraj, „pacientka“¹⁷⁹

Lékaři v očích těchto žen mají status „nejvyššího“ experta [Hrešanová 2012; Kutrovátz 2011]. Tato forma důvěry není vtělena do konkrétních jednotlivců, ale spíše do abstraktních forem, jakými jsou expertní systémy. I když neznáme konkrétního lékaře, jeho bílý plášť mu propůjčuje aureolu moci nad životem a našim zdravím, je součástí rozsáhlého expertního (medicínského) systému a my mu proto důvěřujeme [Giddens 2003].

Důvěra ve zdravotní personál jako medicínské experty, na které je možné a dokonce žádoucí přenést odpovědnost, a správnost takového racionalizovaného rozhodnutí, spočívá v *autoritativním (zde medicínském) vědění* [Kutrovátz 2011]. Autoritativní vědění je legitimizováno např. skrze argument, že „úmrtnost

¹⁷⁸ Jen jediná komunikační partnerka v rámci kontrolní skupiny připustila část odpovědnosti i na straně žen, matek, když na otázku, kdo odpovídá za porod, za zdraví a život matky a dítěte při porodu odpověděla: „Porodnice snad. Ale myslím si, že i my jako maminy, i my se podílíme, rozhodujeme se“ Simona.“ Plzeňský kraj, „pacientka“

¹⁷⁹ Srov. „Pokud je to v nemocnici, tak porodník.“ Simona, Plzeňský kraj, „pacientka“

novorozenců a matek – rodiček v ČR v důsledku komplikací porodu se pohybuje v řádu promilí, u matek je o něco nižší“ [Knor, Houdek 2012: 38].

Význam autoritativního vědění jde ruku v ruce s trendem *medikalizace* porodu.

„Nízká porodní úmrtnost matky a novorozence předpokládá tzv. interdisciplinární přístup, na kterém se kromě porodníků podílejí také anesteziologové, pediatři a intenzivisté, resp. neonatologové. Ve své práci disponují špičkovým zázemím operačních a porodních sálů, nejmodernější technikou a [...] komplexní dostupností potřebných léčiv“ [Knor, Houdek 2012: 38].

Z takového popisu situace je zřejmé, že porod je chápán jako „operace“, je to medicínský problém a „*domácí porod je (vždy) rizikový [...] Argument přivolání záchranné služby v případě komplikací je pro obhajobu domácích porodů naprosto nepřijatelný“* [Knor, Houdek 2012: 38]. Vedle toho, že porod je rétorikou medicínského diskursu jednoznačně medikalizován, do hry často vstupují i ekonomické aspekty zdravotní péče [Hrešanová 2010; Henderson, Stavros 2008].

S radikální politickou a zejména ekonomickou transformací české společnosti po roce 1989 ekonomické aspekty porodní péče získaly na významu¹⁸⁰. Řada medicínských odborníků i laických odpůrců koncepce *přirozeného porodu*, jejichž kritika se v nejvyšší míře soustřeďuje na domácí porody, vede svoji argumentaci též pomocí ekonomické efektivity poskytování zdravotní péče. Není však ani výjimkou, že ekonomický aspekt porodu může být využíván jako určitý typ morálního argumentu [Hrešanová 2010: 71].

Odpovědnost za život a zdraví ženy i dítěte při porodu je na lékaře a v přeneseném smyslu i na zdravotnické zařízení jako takové delegována i skrze platnou legislativu:

¹⁸⁰ Komericializace porodní péče a konzumerismus ze strany pacientů byly nevyhnutelným důsledkem transformace zdravotní péče, k níž docházelo v rámci tehdejšího socialistického Československa zhruba od sedmdesátých let 20. století [Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 88].

„Podle mě je to nemocnice, ale s tím, že podepisuješ milion papírů ohledně toho, co se ti všechno může a nemůže stát, dále dáváš plno souhlasů k úkonům, čímž se nemocnice kryje“ Zdenka, Karlovarský kraj, „pacientka“¹⁸¹

„[...] Vnímám to tak v obou svých «rovinách» (pozn.: jako matka i jako právnička) ¹⁸² [...] Pokud jde o postup lékaře non lege artis, pak těžko lze přičítat něco k tíži rodičce a je odpovědný lékař.“ Vanda, Plzeňský kraj, „pacientka“

Vnímání odpovědnosti za zdraví a život matky a dítěte při porodu u žen, které se přiklání ke koncepci *aktivně lékařsky vedeného porodu*, se tak opírá o duplikovanou důvěru v expertní systémy a vědění. Na jedné straně je to důvěra v medicínu, která je dále posilována skrze oporu v legislativě. Legislativou lékařům uložená profesní odpovědnost může stát za mírou autority a faktické moci uplatňované vůči matkám v procesu porodu v institucionálním zdravotnickém prostředí¹⁸³. Vedle důvěry v expertní vědění je však možné sledovat *„potlačení individuální odpovědnosti a její přenesení za vlastní zdraví na lékařský systém jako výrazný rys socialistického modelu zdravotnictví“*, s jehož pozůstatky je nutné počítat i v současnosti [Hasmanová-Marhánková 2008, Heitlinger 1987].

Data dále ukazují, že stejná míra důvěry založené na expertním vědění není vkládána na všechny zdravotní profese v systému porodní péče. Typickým příkladem jsou porodní asistentky. Navzdory tomu, že historické komparativní studie potvrzují, že např. ještě v 19. století porodním bábám (coby předchůdkyním dnešních porodních asistentek), jež byly vybaveny často desítkami let každodenní praxe, umíralo při porodech méně rodiček i dětí než lékařům v nemocnicích

¹⁸¹ Srov. *„Domnívám se, že ošetřující personál, potažmo tedy nemocnice. Lékař má odpovědnost lege artis a má postupovat dle této odpovědnosti, pokud ji poruší, odpovídá za to, pokud však jednal v souladu s lege artis a nemohl ovlivnit např. úmrtí dítěte, pak za něj neodpovídá“ Jolana, Plzeňský kraj, „pacientka“ nebo též*

¹⁸² Vanda má právnické vzdělání a pracuje v advokacii, položila jsem jí tedy doplňující otázku, zda takto odpovídá z pozice své profese, nebo zda je to odpověď jí jako matky. Současně si samozřejmě jsem vědoma toho, že identita jedince je multi-dimenzionální a že je v takovém konkrétním případě obtížné, ne-li nemožné od sebe obě tyto složky oddělit.

¹⁸³ Právní výklad říká, že *„permanentní odpovědnosti nemůže nikdo lékaře zbavit, musí s ní počítat již při volbě povolání, které si svobodně vybral“* [Zeman, Doležal 2000: 49].

[Doležal 2001; Lenderová 2006: 145], dnes většina žen v Evropě a Severní Americe¹⁸⁴ vkládá větší důvěru v lékaře než v porodní asistentku [DeVries 1993; DeVries 2004; Jordan 1992b: 153].

"Pokud by se něco přihodilo, tak já bych zodpovědnost požadovala po lékaři. Porodní asistentky jsou JEN asistentky a pomáhají jen v průběhu bezproblémového porodu. Pokud se něco začne dít, tak si myslím, že by měl být přítomen lékař a ten taky nést případnou zodpovědnost" Klára, Plzeňský kraj, „pacientka“

Na druhou stranu ovšem expertní důvěru v porodní asistentku může posílit nebo zcela nahradit skutečnost, že tato porodní asistentka patří do okruhu známých osob konkrétní ženy, protože vedle našich nejbližších, členů rodiny, známí a přátelé patří do kategorie osob, k nimž chováme principiálně největší důvěru¹⁸⁵. Opačně důvěra v porodní asistentku, která patří do blízkého okruhu známých, posiluje podle konceptu tzv. *pyramidy důvěry* důvěru ve zdravotní (tzn. expertní) systém [Sztompka 1999]¹⁸⁶.

„Moje švagrová je porodní asistentka v Té Porodnici¹⁸⁷ [...] mě rodila porodní asistentka, ta moje švagrová, a až na tu poslední fázi tam byla i doktorka“ Jolana, Plzeňský kraj, „pacientka“

Ženy „přírodňačky“ oproti tomu chápou odpovědnost za porod a jeho průběh diametrálně odlišně, což souvisí se třemi různými faktory. Tím prvním je chápání

¹⁸⁴ Zde rozuměj těch žen, které vycházejí z koncepce aktivně lékařsky vedeného porodu

¹⁸⁵ Srov. „A pak jsem vlastně ještě zjistila, že moje spolužačka ze základní školy je v té porodnici jako tamní porodní asistentka a domluvili jsme se, že pokud bude mít službu nebo vlastně i když nebude mít, ale pokud bude k dispozici, tak že by tam přišla“ Stella, Praha, „přírodňačka“

¹⁸⁶ Piotr Sztompka k popisu mechanismů fungování důvěry užívá n´koncepty *radius důvěry* a *pyramida důvěry*. Zatímco *radius důvěry* popisuje rozšiřující se pole, do nějž vkládáme důvěru, *pyramida důvěry* naznačuje posloupnost vkládání důvěr [Sztompka 1999]. Na základě principu pyramidy důvěry to znamená, že budu-li důvěřovat ženě, která pracuje jako porodní asistentka (např. i na základě toho, že se jedná o kamarádku či rodinnou známou), přenesu pak svoji důvěru na zdravotnické zařízení a na systém zdravotní, porodnické péče obecně.

¹⁸⁷ V rozhovoru zaznělo konkrétní označení porodnice, které zde vynechávám

mateřství resp. schopnosti či možnosti přivést na svět dítě jako bytostné ženské výsady a s tím související systém hodnot. Druhým faktorem je vztah přírodňaček k vlastnímu tělu a z toho vyplývající pocit zodpovědnosti za své zdraví a péči o něj [Hansen, Easthope 2007; Lipovetsky 2007: 316]. A konečně třetím faktorem je samotnými přírodňačkami deklarovaný aktivní přístup k porodu a mateřství. Podívejme se postupně na všechny tři tyto ovlivňující faktory a na to, jakým způsobem se promítly do výpovědí žen „přírodňaček“.

Maříková [2004] uvádí, že ve 20. století dochází v rámci některých feministických teorií k obratu a po vlnách emancipačních snah se objevuje apel na přijetí vlastní ženské výjimečnosti skrze instituci mateřství, jež je v takovém kontextu chápáno „jako čistě biologický jev“¹⁸⁸. Tento obrat dává vzniknout novodobému „*kultu mateřství*“. Rétorika sloužící k jeho upevnování užívá termíny *mateřské lásky* či *mateřského instinktu* [Maříková 2004: 44]¹⁸⁹. U žen „přírodňaček“ panuje shodně přesvědčení, že porodu a jeho průběhu může porozumět stejným způsobem pouze žena, protože je schopna stejného prožitku. V rozhovorech opakovaně zaznělo „*ale to chlap nemůže pochopit*“ nebo „*je to prostě chlap*“¹⁹⁰. Tento biologický determinismus v sobě současně reprodukuje řadu genderových stereotypů postavených na vytváření dichotomií *žena-muž*, *příroda-kultura*, *pasivita-aktivita*, *intuice-rozum* [Bourdieu 2000].

„Já myslím, že ta ženská to cítí, já vím, že ženský jsou daleko intuitivnější než chlapy“ *Eva, Pardubický kraj, „přírodňačka“*¹⁹¹

¹⁸⁸ Srov. Billings, K. 2003. [online] „Questioning Motherhood: A Sociological Awakening“ in *Human Architecture: Journal of the Sociology of Self-Knowledge* Vol. 2 (2): 90 - 98

¹⁸⁹ Srov. Fenstmaker, S., C. West. 2002. *Doing gender, doing difference: inequality, power, and institutional change*. New York: Routledge.; nebo též Young, I. M. 2002. „Lived Body vs Gender: Reflections on Social Structure and Subjectivity“ in *Ratio*, 15: 410–428.

¹⁹⁰ Srov. „*Já třeba nepochopím, jak chlap může ženám říkat, jak mají rodit, chlap, který v životě nerodil*“ *Eva, Pardubický kraj, „přírodňačka“*

¹⁹¹ Srov. též. „*Žena jako taková jenom stojí a nic nedělá. Nic, to všechno se točí kolem ní, jak děti, tak manžel a všichni, kdo potřebují, tak si pro tu energii přijdou, jako matka Zem, prostě stát a být tam vždy přítomná.*“ *Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“*

Na základě této ženské spřízněnosti mateřstvím (resp. potenciálním mateřstvím) ženy „přírodňačky“ vnímají jako méně problematické, pokud zdravotníkem, tím, kdo u porodu asistuje, je žena¹⁹². Oproti tomu „pacientka“ Klárka uvedla, že u porodu jí asistovala lékařka, ale že jejím gynekologem je muž a že právě tento model preferuje:

„Já naopak těm chlapům věřím víc. Já nevím, já u těch chlapů mám pocit, že je to taková ta jejich razantnost, prostě takhle to je, takhle to bude na tom chlapovi“ Klárka, Plzeňský kraj, „pacientka“

Díky *mateřskému mýtu* dochází ke glorifikaci mateřství a ženy „přírodňačky“ spatřují mateřství jako jednu z nejvyšších hodnot ve svém životě, jako cosi, k čemu směřoval jejich dosavadní život, na co se celý předchozí život připravovaly a k čemu směřovaly. S tím souvisí i druhý ovlivňující faktor, kterým je vztah „přírodňaček“ ke svému tělu, jeho vnímání a prociťování, zodpovědnost vůči němu a v přeneseném významu pocit zodpovědnosti za své zdraví¹⁹³. Jádrem takového přístupu je uvědomění si vlastního těla, vlastní tělesnosti, k čemuž dochází např. již v období dospívání skrze menstruaci. Martin [1987] popisuje, že mnoho žen vnímá menstruaci jako určitou přípravnou fází těhotenství, jako známku plodnosti.¹⁹⁴

„Tak třeba ve dvaceti jsem už měla jasno. I když jsem vnímala svoje tělo, nejen třeba prostřednictvím menstruace, ale i když jsem sledovala, co do něj dávám a jak na to reaguje“ Natálka, Královéhradecký kraj, „přírodňačka“

V této koncepci můžeme spatřovat descartovskou metaforu *těla-stroje*, anebo ještě lépe foucaultovskou metaforu *těla jako prostoru* [Foucault 2000: 59], tedy těla, jež

¹⁹² Srov. „Pro mě to bylo, ta představa, že bych měla u porodu chlapa, porodníka, pro mě to bylo něco divného“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňačka“

¹⁹³ Srov. Foucault, M. 2005. *Je třeba bránit společnost*. Praha: Filosofia; Foucault, M. 2009. *Zrození biopolitiky*. Brno: CKD

¹⁹⁴ Oproti tomu stojí dominantní medicínský model. Lékařské texty menstruaci popisují symbolicky pomocí negativních pojmů a obrazů, v nichž menstruace nastává, když vajíčko nedokáže být oplodněno, odumírá tkáň apod. [Martin 1987].

je prodchnuté mechanikou živého a jež slouží jako určitá platforma pro biologické procesy, jakými je plodnost a porodnost [Slepičková et al 2012: 90]. V takové perspektivě je na porod nahlíženo jako „výrobní proces“, v němž žena funguje jako dělník, jehož děloha-stroj produkuje dítě“ [Martin 1987]. Žena se proto musí starat o své tělo, aby dobře fungovalo a bylo zdravé a připravené na přirozený fyziologický průběh porodu a mateřství obecně¹⁹⁵:

„Je pro mě důležité dávat tělu, co potřebuje, vařit, nemít extrém, nesoustředit se na pár detailů ale na tělo jako na celek. Ze začátku jsem dělala vegetariánství, ale dost mě to zničilo, celá rodina jsme přešli asi v patnácti letech na makrobiotiku, a to bylo konečně o tom soužití a soucítění s Přírodou“ Natálka, Královéhradecký kraj, „přírodňačka“¹⁹⁶

Toto obracení se k vlastnímu tělu a uvědomování si vlastní tělesnosti „přírodňačky“ dále reflektují v průběhu těhotenství a přípravy na porod. Ženy uváděly, že v těhotenství o to více pozorovaly své tělo, snažily se naslouchat jeho potřebám a přirozeně na ně reagovat¹⁹⁷. Intenzitu prožívání vlastní tělesnosti popisuje Stella slovním spojením „imperativ těla“. Uvědomění si tohoto „imperativu těla“ a jeho potřeb vnímaly „přírodňačky“ jako důležitý průvodní jev svého těhotenství¹⁹⁸.

¹⁹⁵ Srov. Foucault, M. 2000. Dohlížet a trestat. Praha: Dauphin.; Cockerham, W. C. 2007. *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity Press

¹⁹⁶ Srov. „Kdybych nedělala makrobiotiku a neměla tu zkušenost, co vše se dá s tělem dělat, tak bych asi byla klasická maminka, co běží na všechny vyšetření“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňačka“

¹⁹⁷ Srov. „Rozhodně jsem si začala uvědomovat, že si toho těla musím nějak hledět, že to jinak nejde, že si to tělo začne diktovat, co mám a co nemám a že to nejde ukecat, že to nejde přejít. Třeba taková první banální zkušenost byl hlad, že jsem začala mít takový ty těhotenský hlady, taková ta žravá, kdy člověk si připadá, že je absolutně bezedný a že hlavně musíte jíst hned! To si nejde říct, tak já se najím, až přijdu domů. [...] Takže třeba tohle byl pro mě úplně klíčový zážitek, kdy najednou to tělo si diktuje a neptá se a je nejrozumnější to poslechnout.“ Stella, Praha, „přírodňačka“

¹⁹⁸ Srov. „(pozn.: Bylo to uvědomění si) [...] takového toho neoddiskutovatelného nároku těla [...] určité zkušenosti mi do téhle chvíle chyběly nebo do té doby jsem o nich teoretizovala, ale [...] rozhodně jsem si uvědomila, že jsme zvyklí to tělo umlčovat a drezírovat a upozadovat [...] a jsme dost odstřižený od toho, co se děje od krku dolů. Dokud to vlastně nezačne nějak haprovat, tak máme tendenci to nevnímat [...]“ Stella, Praha, „přírodňačka“

Podobné pocity je možné identifikovat i v následných vyprávěních o samotném porodu, kdy „přírodňačky“ zdůrazňovaly dialog s vlastním tělem, potřebu naslouchat mu, reagovat na signály, které vysílá. Porozumění svojí tělesnosti a jejímu prožívání bylo cestou k tomu, aby tělo-nástroj početí, mohl pracovat tak, jak má a jak se od něj očekává [Martin 1987].

„Úplně jsem byla soustředěná na svoje tělo a na to dítě, jako bych vnímala, co se děje uvnitř a ve mně, ale co se děje dva metry ode mě, mě naprosto nezajímalo.“ Natálka, Královéhradecký kraj, „přírodňačka“¹⁹⁹

Třetím faktorem byl aktivní přístup k porodu. Ten se projevoval opět již v období přípravy na samotné otěhotnění. Nutnost změny a aktivní přístup byl iniciován komplikacemi při snahách otěhotnět²⁰⁰. Vědomí vlastní zodpovědnosti za své zdraví vedlo ženy k aktivnímu přístupu k těhotenství a k porodu.

Všechny tři výše uvedené aspekty následně zakládají odpovědnost žen za průběh vlastního porodu, za svoje zdraví, za zdraví dítěte během procesu narození, ale v širších souvislostech i za to, aby dítě přišlo na svět pro ně nejpřirozenější cestou a jeho narození bylo harmonickým prožitkem.

Řada „přírodňaček“ si uvědomuje, že v rámci porodů v institucionalizovaném prostředí lékaři přebírají automaticky zodpovědnost za život a zdraví matky a dítěte a na základě toho pak jednají někdy autoritativně, direktivně a z pozice moci. Zároveň však samy chápou, že takové jednání odpovídá nastavení celého systému porodní péče a že v mnoha případech jsou lékaři do této pozice tlačeni samotnými ženami:

„Já se nedivím, že ti lékaři odporují, protože ty ženy se nechtějí zbavit odpovědnosti, ta žena mu nakládá (pozn.: lékaři) tu odpovědnost, buď porodní

¹⁹⁹ Srov. „Já jsem před tím porodem už měla poslíčky a tak jsem si jako říkala dobrý, dobrý, tělo se připravuje, je to fajn“ Stella, Praha, „přírodňačka“ nebo též „Já jsem nechávala všechno plynout tak, že jsem poslouchala jenom svoje tělo a jenom svoje dítě“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“

²⁰⁰ Srov. „Ted'ka je zapotřebí, abych pro to něco dělala (pozn.: pro otěhotnění – Stelle se nedařilo cca 2 roky otěhotnět), protože skutečně toto je moje priorita v tu chvíli, aby se to změnilo, a že mi to tělo dává nějakým způsobem na vědomí, že něco není v pořádku, když prostě neovuluje.“ Stella, Praha, „přírodňačka“

bábě, nebo tomu porodníkovi. [...] Ty holky strašně bojují, oni jim tam skáčou po hlavě a dělají z těch doktorů hovada, když to řeknu úplně na tvrdo“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňačka“²⁰¹

Ženy „přírodňačky“ uznávají, že otázka odpovědnosti úzce souvisí s koncepcí porodu, ze které jednotlivé ženy vycházejí a že *přírozený porod* nebo dokonce porod doma nemusí být tou správnou cestou pro každého:

„V zásadě je to také slabost žen, že něco takového dovolí, abychom nekřivdili doktorům. A předávání zodpovědnosti za porod na druhé lidi, to je jednodušší.“ Natálka, Královéhradecký kraj, „přírodňačka“²⁰²

Všechny tři výše uvedené faktory jsou „přírodňaček“ shodně signifikantním rysem jejich přístupu k porodu. Vyplývá z nich, že porod je pro ně integrální součástí jejich osobnosti [Young 2002; Howson, Inglis 2001] a že s ohledem na to nechtějí a v podstatě ani nemohou přenechat odpovědnost na lékaři, ale ani na nikom jiném, což dobře demonstruje výpověď Dity, když hovoří o postavení a roli dudy u porodu:

„Dula by tam neměla fungovat jako prostředník, jako komunikátor mezi tou ženskou a mezi doktorem, to je pak v podstatě tak, že vy na ni převedete nějakou zodpovědnost, což si myslím, že by nemělo být“ Dita, Plzeňský kraj, „přírodňačka“

„Přírodňačky“ pociťují silnou odpovědnost za sebe, za své dítě a za zdraví i život obou, i když dítě v tomto případě podobně jako u žen „pacientek“ hraje klíčovou roli, ono je tím nejdůležitějším. Odpovědnost předaná lékařům či obecně

²⁰¹ Srov. „Lidi nechtějí být prostě odpovědní sami za sebe. A hází to na zdravotníky. «Ty mi pomoz! Ty mi pomoz!» Ale ne, lidi si musí pomoc sami [...] Prostě je to tak, prostě lidi nechtějí převzít zodpovědnost. Podle mě jednoznačně zodpovědnost je u každého člověka. Úplně u každého!“ Petra, Karlovarský kraj, „přírodňačka“

²⁰² Srov. „Ono samozřejmě maminky, které mají strach a úplně tu odpovědnost hází na doktory, tak pak ano, tam pak ten doktor nebo ty sestry musí být aktivní.“ Petra, Karlovarský kraj, „přírodňačka“

zdravotníkům je u *aktivně lékařsky vedeného porodu* charakteristickým rysem, což mají ženy „přírodňачky“ na paměti:

„Ta společnost a ty ženy jim (lékařům) tu odpovědnost nakládají, oni jsou v té pozici opravdu natlačení a [...] chápu, že ten lékař je tam zašlapanej a všichni na něho ze všech stran tlačí, že on je ten, kdo odpovídá.“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňачka“

To je pak důvodem, proč „přírodňачky“ jako jednu z možností vidí vyvázání se ze systému porodní péče:

„Já to takhle nevnímám (pozn.: bezpodmínečnou odpovědnost na straně lékaře) a [...] u svého druhého dítěte jsem se informovala o tom, jak to je. A zjistila jsem, že já můžu odmítnout zdravotní péči. A že vlastně zdravotní péče není povinná.“ Majka, Jihomoravský kraj, „přírodňачka“

Pro část „přírodňачek“ se pak porod doma může jevit jako vůbec jediná možnost, jak převzít odpovědnost za vlastní porod do svých rukou.

„Odpovědnost za sebe má matka a odpovědnost za dítě má taky matka. [...] Jestliže já se rozhodnu rodit doma, tak já nesu stoprocentní zodpovědnost, abych byla v dobrém stavu to zvládnout, já sama si zajistím případnou asistenci a můžu ji odvolat, když se rozhodnu. Pokud nastanou u porodu komplikace, tak jsem udělala někde chybu“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňачka“

nebo podobně:

„Já jsem hledala, kdo by ten porod, u nás se říká, přijal, tady se říká, kdo by ten porod udělal nebo odrodil. To mně přijde úplně legrační, když se řekne, že to odrodil doktor, ta žena jako by tam byla jen tak u toho, jako kdyby tam ani nebyla“ Táňa, Zlínský kraj, „přírodňачka“²⁰³

²⁰³ Srov. též „Pak (pozn.: pokud nerodíš sama doma) máš zase pocit, že ne «já jsem porodila», ale ta porodní bába porodila. Pak se řekne: Ta porodní bába byla moc dobrá! A to tak ženy mají: «Doktor odrodil! On je tak šikovný!» Nebo «Porodní asistentka odrodila! Porodní bába odrodila!» Tak je tam částečně pravda, ale neuvědomují si pak, že to já jsem to tak odrodila! Nebo mají pocit, že udělaly málo a že ten personál nebo ten kdo tam byl u toho porodu přítomný, tak pomohl.“ Táňa, Zlínský kraj, „přírodňачka“

Pocit nutnosti zcela se vyvázat ze systému porodní péče, nelze považovat za univerzální. V případě zde prezentovaného výzkumu se toto dilema rozhodlo takovou cestou řešit šest z devíti žen, přičemž u dvou žen se jednalo až o druhý a další porod a u Stelly rozhodnutí родit doma na místo v porodnici vykrystalizovalo spíše jako snaha minimalizovat riziko, že porodí cestou z porodnice, než že by šlo o porod plánovaný doma²⁰⁴.

Vyprávění „přírodňáček“ dokládají, že ve chvíli, kdy se žena vzdá odpovědnosti za porod, za sebe a své dítě, jako by tím současně ztrácela možnost rozhodovat či alespoň spolurozhodovat o jeho průběhu, o tom, jak bude nákládáno s ní a s jejím tělem, ale, a to vnímají většinou za daleko zásadnější, také jak bude zacházeno s jejím dítětem.

Toto se projevilo zejména v případech, kdy ženy popisovaly zkušenost porodu v institucionalizovaném prostředí a to, jak jim bylo dítě bezprostředně po porodu odebráno, odneseno například do jiné místnosti, kdy jim byl znemožněn okamžitý kontakt s dítětem, případně kdy lékaři podnikly v rámci péče o novorozené dítě takové kroky, s nimiž matky nevyjádřily a ani nemohly vyjádřit souhlas²⁰⁵.

²⁰⁴ Srov. Hrešanová, H. 2011. [online] „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie“ dostupné z <http://www.genderonline.cz/cs/issue/30-rocnik-12-cislo-2-2011/224> [cit. 22.7.2012]

²⁰⁵ Dokrmování z láhve a nikoliv mateřským mlékem, poskytování „šidítek“, ale i provádění lékařských zákroků, u nichž nebyly přítomni rodiče, a nevyjádřili s nimi souhlas.

10. „Poslušné“ matky

Parafráze foucaultovského termínu *poslušných těl (docile bodies)* v nadpisu této kapitoly odkazuje ke skutečnosti, jak „přírodňačky“ vnímají systém porodní péče, tedy jako systém, který se nad nimi snaží uplatňovat určitou moc a disciplinovat je, vytvářet z nich ony „*poslušné matky*“, které budou nositelkami zdravé populace [Foucault 2000], stanou se součástí systému bez ohledu na vlastní vůli a přání.

Důležitým aspektem v nastolení dominance modelu *aktivně lékařsky vedeného porodu* v tehdejší Československu, která přetrvává v podstatě bez výraznějších změn až do současnosti, byla jeho legitimizace prostřednictvím zdravotnických statistik mortality rodiček a novorozenců [Heitlinger 1987; Hašková 2001]. Tyto statistiky však již nereflektují skutečnost, že ke snížení úmrtnosti matek i novorozenců došlo především proto, že do porodnic byly převedeny komplikované případy porodů, které tvoří cca 15 % všech porodů [Hašková 2001: 17]²⁰⁶. Lékařská definice komplikovaných porodů souvisí s „*rizikovým přístupem*“ či „*předvídáním rizika*“ [Enkin 1994; Gregg 1995]. To s sebou nese negativum v podobě neadekvátně vysokého počtu císařských řezů či jiných lékařských intervencí do fyziologického průběhu porodu [Bryant et al. 2007; Zwinger et al. 2004: 477].

Oproti tomu zahraniční zdroje ukazují, že mortalita rodiček a novorozenců při domácích porodech v těch zemích, kde je domácí porod nedílnou rovnocennou součástí porodní péče (např. Francie, Anglie, Nizozemí)²⁰⁷, je v současnosti srovnatelná s porody v institucionalizovaném prostředí [Odent 1995; Kitzinger 1991 a 1997].

²⁰⁶ Procentuální zastoupení rizikových porodů se liší v odkazu na metodiku jejich posuzování. Hašková [2001: 17] uvádí, že „převážnou většinu operativně dokončených porodů tvoří porody plánovaně operativní“.

²⁰⁷ Srov. Kitzinger, S. 1991. *Homebirth: The Essential Guide to Giving Birth Outside of the Hospital*. London: Dorling Kindersley Publishing; Kitzinger, S. 1997. *Autoritative Touch in Childbirth: A Cross-Cultural Approach* Pp. 209-232 in David-Floyd, R.E., C.F. Sargent (eds.). 1997. *Childbirth and Autoritative Knowledge*. Berkeley: University of California Press; Jordan, B. 1992b. *Birth in Four Cultures : A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois: Waveland Press.

Motiv zdravotního rizika a rizikovosti porodu se prolínal narativami „přírodňáček“ a v rozhovorech ho v maximální možné míře refletovaly „pacientky.“ Pro „pacientky“ byli právě riziko a chápání porodu jako rizikové události jedněmi z hlavních argumentů, proč родit v porodnici a proč při výběru porodnice často volit nižší míru osobního komfortu v psychosociální rovině na úkor příslibu bezpečnosti. Internalizovaný imperativ zdraví společně s potenciální hrozbou rizika, jež s sebou porod může nést, „pacientkám“ s nadsázkou ani neumožnil reálnou možnost volby. „*Internalizovaná hodnota zdraví jako synonyma civilizovanosti, úspěšnosti, normality či morality [...] sice apeluje na autonomní volbu jedince*“ [Parusniková 2000: 139], ale současně do značné míry omezuje možné způsoby či modely porodní péče, z nichž by mohly vybírat.

„Ta společnost, ve které já žiju, je už teď taková, že tě uvrhá do těch hrůz, co se prostě můžou stát a já si to sama přiznám, já prostě jsem takovej západní člověk, že jo, chci, aby mě radši viděl ten doktor a aby dítě nebylo přidušený a tak“ Sylva, Plzeňský kraj, „pacientka“

Nelze oproti romu říci, že by „přírodňáčky“ riziko v souvislosti s těhotenstvím a porodem vůbec nevnímaly, ale kategorii rizika pojmají odlišně a podle toho s ní i nakládají. Rizikovost porodu „přírodňáčky“ spatřují v přílišném zasahování do fyziologického průběhu těhotenství a porodu, v rutinním provádění preventivních vyšetření a v dopadu, jaký by na těhotenství a porod mohla mít potenciální hrozba zdravotními riziky a komplikacemi ze strany lékařů. V tomto smyslu referovala Stella o vyšetření nazývaném *tripl test*²⁰⁸ a podobně o diagnostice těhotenského diabetu (těhotenské cukrovky)²⁰⁹. Podobnou zkušenost popisovaly i další

²⁰⁸ Srov. „*Stejně mě poslali na ten tripl test, vyšlo to všechno v pohodě, nebyl důvod se zneklidňovat, ale potom jsem si to zazlívala, že jsem se do toho nechala uvrtat, protože těch pár hodin, kdy jsem tam kontemplovala, jak bych postupovala, kdyby...a přitom jsem věděla, že bych se nerozhodla pro, pro (pozn.: interrupci), kdyby prognózy byly nějak špatný. Ale radši jsem si říkala, radši to nevědět. Jako ten telefonát, když tam člověk poslouchá to ticho a oni hledají ty výsledky, to bylo hodně nepříjemný.*“ Stella, Praha, „přírodňáčka“

²⁰⁹ Srov. „*Měla jsem jít na ten OGTT, ten cukrovkový test, pití sladké vody [...] Nicméně to zase skončilo úplně stejně. Poslal mě na vyšetření a já jsem šla. A nechtělo se mi! A šla jsem ta ráno na lačno a oni mně*

„přírodňačky“ s tím, že lékaři vyvolaný strach vnímaly jako vážnější riziko pro své těhotenství, než samotné hrozící zdravotní komplikace. „Přírodňačky“ jsou si tedy podle vlastních slov vědomé možných rizik, ale zároveň chtějí zaujímat aktivní roli v jejich hodnocení i v jejich předcházení. Hlavním klíčem k tomu, aby mohly potenciálním rizikům čelit, je dle nich dostatečná informovanost.

V interakcích mezi lékaři a mezi matkami proti sobě stojí *autoritativní, expertní vědění* (viz. Kapitoly 7 a 9) a *porodní vědění*. Autoritativnost expertního vědění a současně rétoriku, která je nejčastěji užívána, dobře reprezentuje text na přebalu učebnice Porodnictví:

„Statistické údaje nás přesvědčují, že občanů České republiky neustále ubývá. Pokud tento trend bude pokračovat, situace se stane v dohledné době kritickou. Porodnost v naší zemi je velice nízká. Rozhodnou-li se však rodiče sami zlepšit populační situaci u nás, pak je naší povinností zajistit budoucímu novorozenci od jeho početí až po anrození tu nejkvalitnější péči. Tu může poskytnout pouze vysoce kvalifikovaný porodník. Bude zadostiučiněním všem autorům, pokud tato publikace přispěje k dalšímu zlepšení jeho erudice“ [Zwinger et al. 2004].

Zatímco však *„původní koncept epistémické závislosti podněcoval u ne-expertů nekritickou podřízenost expertním názorům“* [Kutrovátz 2011], postmoderní snahy o zpochybnění stávajících mocenských struktur ve všech oblastech lidského života implikovaly potřebu laiků moci hodnotit a kontrolovat expertní vědění a vstupovat s experty do pokud možno rovnocenného dialogu [Kutrovátz 2011]. Tato potřeba vyváženějšího vzájemného dialogu byla silně patrná i v narativách „přírodňaček“.

nabrali tu krev a říkali: «Vy máte zvýšený ten cukr už teď, takže my vám vlastně nebudeme dělat ten test, protože už prostě máte tu hladinu cukru vyšší.» Ale bylo to o nějakou desetinu procenta. Takže hraniční výsledek. A potom najednou za čtrnáct dní na to jsem měla výsledky a ten cukr byl úplně v pohodě. Takže evidentně já jsem něco snědla, něco, co mi zvýšilo tu hladinu cukru v krvi, takže já jsem čtrnáct dní žila v domnění, že mám cukrovku těhotenskou a pak se ukázalo, že nemám.“ Stella, Praha, „přírodňačka“

10.1 Porodní vědění

K tomu, aby ženy obecně mohly zaujímat klientskou roli v rámci perinatální péče [Hašková 2001; Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008; Hrešanová 2011], je zapotřebí nejen změny společenského klimatu, která vede k systémovým změnám v rámci porodní péče, ale především něco, co Ellen Lazarus [1994: 26] nazývá *porodní vědění (birth knowledge)*. Za *porodním věděním* je možné hledat vliv socio-ekonomického statusu jednotlivých žen [Lazarus 1994; Zadoroznyj 1999; Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008], a to ať už ve smyslu motivace tyto informace získávat, nebo sociálních sítí a zdrojů, jež ženy k tomuto využívají.

Informovanost ženy vnímají jako jeden z prostředků, jak čelit systému porodní péče, který vnitřně chápou jako „*sobě nepřátelský*“. Často negativní zkušenost spojená s výčitkami, že v určité situaci ve svých vlastních očích neobstály, neboť nebyly dobře připravené, vede k tomu, že u dalšího porodu se snaží připravit daleko intenzivněji a předvídat možné problematické situace:

*„Ten první porod byl dobrý, ale od momentu, co se malá narodila, to byla úplná katastrofa! Jo, moje neinformovanost, to že mi ji vzali, dali mi ji do toho inkubátoru, pak mi ji celou noc nosili po třech hodinách a pak až od druhého dne jsem ji měla. Díky tomu se tam prostě nenastartoval ten sací reflex,“
Anna, Karlovarský kraj, „přírodňačka*

Expertní vědění si svůj autoritativní přístup k laickému vědění utváří mimo jiné i „*díky omezení poznávacího přístupu k některým epistémickým doménám*“ pro laickou veřejnost [Kutrovátz 2011; Western 1983]. Má-li navzdory této mocenské disproporci být *porodní vědění* užitečným prostředkem v dialogu žen s porodním systémem a má-li ženám umožnit převzít odpovědnost za vlastní zdraví a v jeho rámci pak i za vlastní porod, musí být koncipováno jako „*kontextuální vědění*“, které umožňuje i laikům poznávat a chápat různé fenomény či jevy bez toho, aby nutně museli mít identické znalosti jako experti, v tomto případě lékaři [Kutrovátz 2011].

Součástí „*kontextuálního vědění*“ bylo v některých případech i zvládnutí odborné lékařské terminologie včetně anatomických popisů v latině. Podobně jako lékaři, kteří odpovídali na dotazy či psali texty primárně určené ke zveřejnění na

laickém fóru²¹⁰, užívali v podstatě rovnoměrně k označení jednotlivých postupů, procesů či k popisu anatomických detailů v podstatě rovnoměrně medicínské i laické výrazy, podobně tomu bylo i u žen na těchto fórech. Stejně trendy bylo možné vysledovat i v rámci rozhovorů s participantkami. Zatímco některé hovořily např. o nástřihu hráze, jiné užívaly termín episiotomie.

Čím více „přírodňáčky“ očekávaly a předpokládaly, že budou muset čelit nějaké lékařské autoritě, ať již v rámci porodní péče nebo v interakci s jiným lékařem, tím intenzivněji a pečlivěji se na takový střet s autoritou připravovaly.

„Je pochopitelně dobré, když je člověk vyzbrojen nějakou znalostí, která v momentě, kdy se setká s nějakou formou medikace nebo testování, se kterou nesouhlasí, a chce argumentovat, přesvědčit ty doktory, že na to má informovaný pohled, že to není jenom prostě nějaká atavistická averze vůči moderní vědě.“ Stella, Praha, „přírodňáčka“

„Přírodňáčky“ však nepociťovaly potřebu informací pouze v rámci perinatální péče nebo v oblasti pediatrie či např. epidemiologie, ale v několika případech se zaměřily i na oblast platné legislativy v souvislosti se zdravotní a porodní péčí.

„To byl právní kurz, který jsme absolvovali oba s manželem, [...] tak to mě zaujalo, [...] já teď nevím, jestli to bylo před tím, než jsem šla k tomu gynekologovi nebo potom...já jsem to hlavně chtěla proto, kdybych NÁHODOU musela skončit v nemocnici, tak abych věděla, co oni můžou nebo naopak co můžu já, nebo třeba můj muž“ Natálka, Královéhradecký kraj, „přírodňáčka“²¹¹

Za potřebou a aktivní snahou žen získat přístup k relevantním informacím o těhotenství a porodu, které jim umožní informovanou participaci na správě

²¹⁰ V průběhu výzkumu jsem sledovala takto namátkově např. www.aperio.cz, www.babyweb.cz/, www.ham.cz, www.maminka.cz, www.klub-maminek.cz, www.emimino.cz apod.

²¹¹ Srov. Táňa popisovala, že manžel našel určitou konkrétní informaci v Ústavě (ČR). Zeptala jsem se Táni, zda je manžel právník a ona odpověděla, že nikoliv. Položila jsem jí tedy otázku, co manžela vedlo ke studiu Ústavy, zda očekávaly nějaké problémy v souvislosti s porodem. Táňin manžel mi odpověděl, že „Ústavu by měl znát každý, vždyť se přece týká práv a povinností každého z nás a pokud svoje práva a povinnosti neznáme, jak bychom je mohli plnit a jak bychom se jich mohli dožadovat.“

vlastního zdraví, můžeme vidět neoliberální koncept *intimního občanství*, který reflektuje provázanost intimní sféry každého jedince se sférou veřejnou a odkazuje na jeho občanská práva na individuální a suverénní rozhodování v otázkách partnerství, tělesnosti, sexuality či rodičovství [Plummer 2003: 23 - 25; Plummer 2007: 80]. K prosazení těchto práv jsou využívány legitimní prostředky vyplývající taktéž z instituce občanství [Plummer 2003: 23 - 25; Plummer 2007: 80].

10.2 Zdroje informací „pacientek“ a „přírodňáček“

„Pacientky“ i „přírodňáčky“ v rámci celého výzkumného souboru cítily tuto potřebu být informovaným partnerem v dialogu s lékařem nebo obecně informovaným aktérem v systému zdravotní a porodní péče. Tuto shodu by mohlo vysvětlovat zjištění Hrešanové [2011], že ženy s vyšším socio-ekonomickým statusem, který je zde operacionalizován prostřednictvím dosaženého stupně vzdělání, zauímají v rámci porodní péče aktivní či aktivnější přístup než ženy s nižším vzděláním²¹². Konkrétní zdroje informací se však u obou skupin ženy v některých bodech lišily.

Zdroje informací, které ženy nejčastěji uváděly, byly následující: internet, méně často populárně naučné i odborné publikace, a to spíše „přírodňáčky“, porodní kurzy a různé odborné semináře nebo kamarádky, které již měly zkušenost s porodem. V čem se „přírodňáčky“ a „pacientky“ lišily, bylo ideové zaměření a konkrétní typy publikací, stejně tak tomu bylo v případě porodních kurzů či různých seminářů.

„Pacientky“ nejčastěji hledaly informace o porodicích, jaké nabízejí služby, jak vypadají pokoje, jaké nabízejí kurzy, oblast zájmu „přírodňáček“ byla ve srovnání s tím širší. Vyhledávaly informace týkající se lékařských zákroků, působení jednotlivých hormonů v průběhu porodu, právní poradenství související s problematikou porodu a porodnictví, nebo po kojení. „Pacientky“ oproti tomu očekávaly, že část informací týkajících se například kojení získají až v porodnici a část pro ně nebyla tak podstatná, neboť ji plně ponechávaly v kompetenci zdravotního personálu a považovaly za nadbytečné se jimi zabývat.

²¹² Naopak oproti textu Hrešanové [2011] nehraje v podstatě žádnou roli to, zda konkrétní žena žila ve městě či na venkově.

„Přírodňачky“ se s dotazy často obracely na porodní asistentky nebo duly, s nimiž byly v kontaktu v rámci předporodní přípravy²¹³. Poněkud překvapivým se může zdát, že v podstatě žádná z žen neuváděla explicitně rodinu²¹⁴.

Internet uvedla jako svůj zdroj informací naprostá většina „přírodňачek“ i „pacientek“ a shoda panovala i v tom, že se k informacím z internetu stavěly selektivně, přednost dávaly spíše odborným diskusím a článkům, naopak se snažily vyhýbat laickým chatům. Při vyhledávání poznatků a rad z internetu uplatňovaly zejména „přírodňачky“ kritické čtení. Snažily se na základě přečteného tvořit vlastní závěry a obvykle si takto získané informace snažily dále ověřovat [Klooster 2000] nejčastěji prostřednictvím porodní asistentky či duly, případně v odborné literatuře²¹⁵.

„Pacientky“ se naopak se svými doplňujícími dotazy obracely ne lékaře v těhotenské poradně případně na porodní asistentky v předporodních kurzech.

Vedle toho, že se ženy snažily informace z internetu srovnávat a korigovat ještě využitím dalších zdrojů, shodně uváděly, že v těhotenství se snažily vyhýbat internetovým diskusím na mateřských webech, a to zejména proto, že chtěly selektovat důvěryhodné informace od těch laických a neinformovaných, za kterými jsou nejčastěji zkušenosti jiných žen, matek, které měly podobné problémy²¹⁶.

Ačkoliv pro takové tvrzení nemám v datech explicitní vysvětlení, jedním z možných důvodů, proč většina žen v rámci výzkumného souboru považovala

²¹³ Otázka interakcí „přírodňачek“ s porodními asistentkami byla řešena podrobněji v samostatné kapitole věnované explicitně právě porodním asistentkám.

²¹⁴ K této otázce se vracím v odstavci věnovaném sociálním sítím.

²¹⁵ „U toho prvního těhotenství jsem hledala v podstatě na internetu a měla jsem takovou koupenou knížečku, kde jsem si přesně četla, co se dělo každý měsíc, jak je velký miminko, připravovat jsem se připravovala určitě.“ Anna, Karlovarský kraj, „přírodňачka“

²¹⁶ „[...]jak člověk reaguje na ty internetové diskuse, já když jsem se dozvěděla, že neovuluju, tak jsem se dívala na internet a hledala jsem nějaké informace tam a vlastně mě to dost zneklidnilo. To jsem se taky dívala na nějaké prvotní projevy těhotenství, najednou jsem všechny ty symptomy měla. Nebo naopak potom jsem se bála, že třeba potratím samovolně a zase jsem si začala hledat nějaké informace o tom a zase prostě mě to hrozně vykolejilo, takže já jsem si to kvůli tomu zakázala [...] je pravda, že si tam člověk přečte spoustu poplašných zpráv“ Stella, Praha, „přírodňачka“

laické internetové diskuse za nedůvěryhodný zdroj informací, je skutečnost, že důvěra v konkrétní přispěvatelku takové diskuse se nemá o co opřít.

Přenos důvěry na základě známosti a opakovaných osobních interakcí se naopak odráží v tom, že ženy v obou skupinách často čerpaly informace u svých kamarádek, žen ve svém blízkém okolí, které mají zkušenost s těhotenstvím, s porodem a s mateřstvím. Intenzita dosavadních vazeb však paradoxně není v těchto případech nijak zvlášť důležitá, nebo rozhodně vztah mezi mírou důvěry a intenzitou vztahu s touto laickou nositelkou informací z okruhu přátel a známých není založen na přímé úměře²¹⁷.

Odlišnost informací, které „pacientky“ a „přírodňačky“ čerpaly v okruhu svých přátel a známých opět silně korespondovaly s konkrétní koncepcí porodu a porodní péče, kterou si zvolily. Ačkoliv sociální sítě obou skupin participantek měly svá specifika, shodné jim bylo to, že zdrojem informací pro ně nebyla jejich nejbližší rodina, resp. matky. Vzhledem k tomu, že matky jsou z hlediska podpory pro dcery často výrazným elementem, v tomto případě tomu tak nebylo a nejčastějším vysvětlením bylo, že je dnes v porodnictví jiná situace. Pro „přírodňačky“ však sociální sítě vytvářené ostatními matkami „přírodňačkami“ a jejich rodinami měli obrovský význam hlavně z hlediska vzájemné podpory.

Pro „přírodňačky“ pak zcela klíčovým zdrojem informací byly porodní asistentky nebo dula. K těmto ženám pociťovaly značnou důvěru. Mechanismus přenosu důvěry mezi „přírodňačkami“ a porodními asistentkami, příp. dulami je detailněji popsán v kapitole 7 Role důvěry.

10.3 Jak jsou utvářeny „poslušné“ matky

V narativách „přírodňaček“ byly shodně vykreslené určité modely, jejichž prostřednictvím měly být nebo byly disciplinovány a jimiž na ně byl vyvíjen v rámci dominantního systému porodní péče tlak. Jedním z nejvýraznějších byla snaha označit je jako „jiné“, přiřadit jim nálepkou určité jinakosti [Goffman 2003]. Ačkoliv

²¹⁷ „Hodně věcí mi řekly holky, co rodily doma, takže já jsem věděla, co je potřeba a co ne.“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňačka“

cílem *biopolitiky*, tak jak ji popisuje Foucault, je ovládnutí celé populace, mechanismy jejího vykonávání jsou nejefektivnější, pokud jsou zaměřené na jednotlivce.

System institucionalizované porodní péče se zcela nevyhýbá ani disciplinačním prostředkům, které Foucault označuje jako „kázeňské“ [Foucault 2005:220] a které korespondují i s modelem fungování tzv. *totálních institucí* dle Ervinga Goffmana [Goffman 1961]. To v sobě zahrnuje procesní pravidla, kterým se těhotné ženy přicházející do porodnice musí podřídit, ať už to zahrnuje „byrokratické kolečko“²¹⁸ nebo povinnost obléknout si „nemocniční oblečení“²¹⁹.

Jedním z významných způsobů, jak uplatňovat *biomoc* může být izolace, ať už fyzická izolace rodičky nebo izolace sociální „Přírodňačky“ si tento možný vliv často uvědomují a obávají se, že pod tlakem okolností nebudou schopné mu čelit a nebudou si schopné prosadit tvář v tvář lékařské autoritě svoje přání²²⁰.

Manipulace prostřednictvím fyzické izolace spočívá v tom, že ve chvíli, kdy ženy nenachází oporu například v partnerovi nebo jiné osobě, která je k porodu doprovází, jsou daleko více vystaveny vlivu lékařské autority.

²¹⁸ Srov. „[...] do porodnice na příjem [...] tam byla narvaná čekárna, protože bylo dopoledne [...] Potom teda mě už vzali asi za hodinu a půl na to vyšetření, pan doktor říkal, že už pomalu i začínáme rodit, takže jako nás už pošle na porodní sál [...] A ještě vlastně než nás dali na sál, tak jsem dole musela vyplnit administrativu se sestřičkou, a potom nás pustili nahoru, tam jsme se převlékli a já jsem vydechovala ty kontrakce [...] opět jsme vyplňovali tu samou administrativu nahoře [...] já jsem myslela že to je jeden systém.“ Pěťa, Plzeňský kraj, „pacientka“

²¹⁹ „[...] když jsme tam přijeli, tak oni už mi dali hnedka takovou košili, že si jí mám obléknout. A já: «Tak to ne, já bych potřebovala jenom změřit ozvy, a oni že jako když vás tady budeme měřit, tak už si vás tady necháme, nepustíme» [...]nakonec mě ukecali, že se teda mám převlíknout a že kdyby to nebylo ono, tak že se převlíknu zpátky a půjdu“ Anna, Karlovarský, „přírodňačka“

²²⁰ „Mě představa toho prostředí (pozn.: porodnice) trošičku paralyzuje a taky si uvědomuju, že, že jsem hodně snadno manipulovatelná, to znamená, že si dokážu představit, že bylo-li by to celé v prostředí, kde tím hlavním zájmem není vlastně prospěch té matky, ale bohužel často pohodlnost toho personálu [...] to mi říkala i ta Zuzka, že pro ně je hrozně jednoduché tu maminku bez použití nějakého nátlaku zmanipulovat do situace, kdy ona ještě RÁDA se vším souhlasí, přistoupí k urychlení porodu nebo k nástřihu nebo k čemukoliv, co podle těch doktorů je pro ní nejlepší. Protože oni to přece ví. A potom si to často ty maminky vyčítají zpětně, že mají pocit, že měly dát na svůj instinkt a ne na radu personálu.“ Stella, Praha, „přírodňačka“

„A teď tam se mnou nesměl ani můj manžel na to měření, takže jsem tam začala bulet [...] podepsala jsem jim to.“ Anna, Karlovarský, „přírodňačka“²²¹

Dalším, a to obvykle ještě účinnějším, mechanismem prosazování *biomoci* je stigmatizace „přírodňaček“ a následně jejich sociální izolace. Označením žen, které se nějakým způsobem vymezují proti dominantnímu modelu porodní péče za „jiné“ nebo za „alternativní“ se často dostávají do pozice jakýchsi „osamělých bojovnic proti všem“

„[...]Přirozená porod...to je jen takové slovní spojení, aby člověk hned věděl, že je to jakási «alternativa [...]“ Eva, Kraj Vysočina, „přírodňačka“

a díky tomu mohou být v rámci systému zranitelnější. Nejhůře vnímanou hrozbou stigmatizace je nálepka „špatné matky“.

„Miminko mělo špatný ozvy, teď oni mi řekli, že se miminku u mě nelíbí, čímž mě úplně rozhodili, že jo“ Anna, Karlovarský kraj, „přírodňačka“²²²

Tato stigmatizace však nezačíná a nekončí pouze u představ a očekávání spojených s porodem, váže se i ke způsobu života jako takovému, protože jedinec je silně zakotven v konkrétních často subtilně uplatňovaných a téměř „neviditelných“ formách moci, jež mu ale razantně diktují, jak má žít²²³.

Proces stigmatizace pokračuje i po narození dítěte, jednak při hledání pediatrů, kteří by dítě narozené doma přijali do své zdravotní péče:

²²¹ Srov. „To bylo pro mě naprosto nepřipustný, ale musela jsem to vydržet. Janu (pozn.: dula) teda ke mně nepustili, ani manžela, to všechno jsme tam sepisovali sami“ Petra, Karlovarský kraj, „přírodňačka“

²²² Srov. „[...]řeknou, že jste asi zpátečník nebo krkavčí matka nebo já nevím, z čeho všeho vás můžou podezírat.“Stella, Praha, „přírodňačka“

²²³ Srov. „A prostě když vlezeš do tý cukrárny s těmi třemi dětmi a máš to břicho, vidíš, jak na tebe ty lidi koukají [...]úplně slyším myšlenky těch lidí[...] tak jsem pak měla jedno období, někdy kolem toho čtvrtého pátého měsíce, jak se to tady takhle zaoblí (pozn.: ukazuje si na břicho), že jsem prostě nevylezala, a fakt jsem měla strach někam jít.“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňačka“

„Volali jsme pediatričce, která nám byla doporučena [...] Přijela hned druhý den nato a byla úplně v pohodě. Myslím si, že tam byla ze začátku taková ta nedůvěra, jako že «Hmmm, tak vy jste nechtěli родit doma? No tak to povídejte někomu jinému». Ale v zásadě byla velmi věcná“ Stella, Praha, „přírodňačka“

Současně nastávají i jiné situace související s byrokratickým fungováním celého procesu příchodu dítěte na svět a jeho evidence, které samy matky vnímají sice jako absurdní, ale které jim mohou do značné míry zkomplikovat život.

„Mám kamarádku, ta porodila doma bez jakékoliv lékařské prohlídky (pozn.: v těhotenství) jenom s jednou porodní asistentkou, má zdravou holčičku, a ta měla potom hrozný problém, aby doložila, že je její, protože oni na úřadě potřebují papír od gynekologa, protože jinak ani nebudou třeba věřit, že je to její dítě.“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňačka“

Toto lze považovat za velmi reálný projev *biomoci* a *biopolitiky* v praxi. S tímto postupem byly konfrontovány v podstatě všechny „přírodňačky“, které rodily doma. I pokud ale mohou doložit např. těhotenskou průkazku a tedy není zpochybněno jejich mateřství (obecně rodičovství), mohou v případě kontaktu s úřady narazit na speciální přístup k nim, čímž v podstatě proces nálepkování pokračuje.

„Je pravda, že třeba na té matrice oni mají speciální úředníky k tomuhle účelu, aby zaregistrovali děti, které se rodí doma, takže jsme v nějakém registru Alternativců“ Stella, Praha, „přírodňačka“

11. Strategie „neposlušných“ matek

Předchozí kapitola přinesla popis toho, jak jsou „přírodňačky“ manipulovány, aby se staly „poslušnými“ matkami. Za každou akcí nutně následuje reakce a tak si ženy „přírodňačky“ ve chvíli, kdy si uvědomí, že je jejich volba rodit „jinak“ může postavit do silné opozice s dominantním systémem porodní péče, vytvářejí uvědomělé strategie, jak v takovém systému fungovat a jak mu čelit. „Přírodňačky“ *a priori* očekávají negativní reakci okolí, což vede k situacím, kdy často prezentují svůj porodní příběh jiným způsobem, než jak se ve skutečnosti odehrál, mají tendenci realitu upravovat, protože cítí potřebu se omlouvat před svým okolím, prezentovat domácí porod jako nouzové řešení, chránit sebe, své rodiny, ale často i porodní asistentky²²⁴.

Součástí těchto strategií je jednak způsob, jak prezentovat domácí porod vzhledem k institucím, ať už je to gynekolog, pediatr, porodník, matřička, různé instituce sociální péče, a zároveň snaha nevystavovat se riziku, že svým okolím budou vnímány jako špatné matky, nezodpovědné matka, matky, která vystavily riziku svůj život a zejména život dítěte.

11.1 Bariéra ticha

Jednou z nejtypičtějších strategií „přírodňaček“ bylo obrnit se bariérou mlčení. „Přírodňačky“ o svých těhotenstvích, porodech, představách a očekáváních příliš nemluví, resp. pečlivě selektují, kde a s kým o nich mohou mluvit, protože *a priori* předpokládají negativní reakci, která vychází z dominantního diskursu o porodu v rámci ČR. Jejich zkušenost jsem měla možnost na vlastní kůži pocítit v průběhu práce na tomto výzkumu. Ani moje prohlášení, že píše diplomovou práci „o přirozených porodech“ téměř nikdy nezůstalo bez reakce.

Naprostá většina reakcí byla negativní a dala by se shrnout do několika kategorií:

²²⁴ Uplatňování takové strategie jsem v některých případech pozorovala i vůči sobě jako výzkumnici. Některé z „přírodňaček“ měly tendenci opakovat či zdůrazňovat, že „jsou zodpovědné“, že „myslí na své dítě“ a že to „dělají právě kvůli němu“. Často jsem tyto jejich tendence vnímala v průběhu rozhovorů spíše pocitově a bylo by obtížné je přesně identifikovat nebo dokládat konkrétními citacemi.

- a) vyprávění žen o vlastním porodu, o vlastních zdravotních komplikacích a zdůrazňování významu lékařské péče při záchraně zdraví a života, ať už jejich vlastního nebo jejich dětí
- b) reakce mužů, většinou již otců – mezi nimiž obzvláště silným hlasem byli ti muži, kteří byli přítomni porodu svých dětí
- c) reakce zdravotníků (přátel a známých), a to v podstatě na jakékoliv pozici ve zdravotnictví – byly mi nabízeny odborné informace, rady a konzultace, publikace

Shodným rysem všech těchto reakcí bylo přesvědčení, že pokud jsem si toto téma zvolila, musím být nutně neinformovaná, pomýlená, „alternativní“ nebo „šílená“²²⁵. Překvapivě mi nikdy nebyla položena otázka, co si o přirozených porodech myslím já²²⁶. Nicméně měla jsem tak možnost nahlédnout alespoň v nepatrné míře to, s jakými reakcemi okolí se nejčastěji setkávají matky „přírodňáčky“.

Strategie „nemluvení o porodu“ zahrnuje v některých případech i jejich širší rodinu, rodiče, sourozence a další příbuzné. Nesouhlas vyjádřený svojí nejbližší rodinou „přírodňáčky“ vnímaly často obtížně. V případě, že očekávaly nesouhlasnou reakci, jako v případě Evy²²⁷, tak se rodičům se svým rozhodnutím rodit doma před porodem nesvěřily a informovaly je až zpětně²²⁸.

V případě, že ženy během těhotenství využívaly podpurné sociální sítě z okruhu svých přátel, kteří byli buď nakloněni jejich rozhodnutí, nebo ještě lépe měli podobnou zkušenost, obzvláště s domácím porodem, pak se tento okruh přátel stal

²²⁵ V reakcích okolí často „šílená“ a „alternativní“ bylo vnímáno jako synonyma

²²⁶ Ačkoliv osobní (myšleno soukromá) odpověď na otázku „Co si o přirozených porodech myslíš?“ není z mého pohledu pro tuto práci zcela relevantní, v průběhu výzkumného procesu jsem si ji přesto opakovaně kladla a věnuji se tomuto tématu v Metodologickém apendixu, který je předmětem přílohy č. 7 této práce. Za podstatné však považuji teoretické zakotvení výzkumu.

²²⁷ Srov. „*My jsme o tom nijak nemluvili, věděli to ti nejbližší, moje sestra, manželova sestra, která taky rodila doma, a mým rodičům jsme to nemohli vůbec říct, moji rodiče jsou takoví, oni mě nikdy v životě nepochopí.*“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňáčka“

²²⁸ Srov. „*Pak jsem jim o víkendu poslala esemesku, že jsou babička a dědeček, druhý den mi volali a ptali se a «Ty už jsi doma?» A já na to, že jsem pořád doma, a máma hned, že «doufá, že tím nechci říct, že jsem rodila doma?» A já že jo, že jsem rodila doma, a už jsem jí řekla všechno tak, jak to bylo a ona říkala, že ještě že o tom nevěděla předem*“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňáčka“

nejčastěji těmi prvními, s kým se o svůj zážitek „přírodňačky“ a jejich partneři podělili²²⁹.

Druhým důvodem, proč „přírodňačky“ obvykle nemluví o plánovaném porodu doma je obava, že by byly vystaveny nátlaku, přesvědčování a zastrašování ze strany lékařů.

„My jsme takhle byli domluveni částečně s tou porodní asistentkou, [...] po jejích zkušenostech, co doprovází maminky při domácím porodu, nám to doporučila takhle. Říkala: «Hhele, budete mít klid.» Takže jsme to brali jako radu a měli jsme klid, hlavně během toho těhotenství, já jsem nechtěla poslouchat nějaký všelijaký názory, je jedno jestli dobrý nebo špatný, prostě názory, aniž bych se ptala, spíš jsme si udělali takovou bariéru.“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňačka“

11.2 Vysvětlující „legendy“ a nechut' lhát

Na základě vlastních předchozích zkušeností nebo zkušeností jiných matek „přírodňačky“, které rodily doma, se na reakce okolí, ale i zdravotních a sociálních institucí nezřídka připravily. Nejčastěji užívanou strategií je „legenda o náhlém porodu“. V takovém případě však nutně není za takovou „legendou“ obava z odsouzení společnosti, někdy je to strach ze skutečné penalizace vycházející z legislativní moci státu.

„Kdyby třeba teď za mnou někdo přijel a chtěl mi dát pokutu za to, že jsem si dovolila родit doma, tak já bych řekla: nene, já jsem měla domluvenou porodnici, [...] ale ten porod proběhl tak rychle, že já jsem neměla jinou možnos [...]já kdybych vyjela do porodnice, ta já budu родit v autě“Eva, Pardubický kraj, „přírodňačka“

Tato „legenda o náhlém porodu“ je však natolik předvídatelnou strategií, že i když jsem získala kontakt na jednu ze svých participantek Stellu s informací, že „Stella měla родit v nejlepší pražské porodnici, všechno tam měla zařízené, ale nakonec

²²⁹ Srov. „Naše okolí [...] to jsou vlastně všechno lidi, kteří jsou tomuhle otevřený, takže jim nebylo potřeba cokoliv říkat nebo popisovat, protože oni mají většinou tu samou vlastní zkušenost, takže tam akorát jsme řekli, že jsme zvládli родit doma a oni že gratulují, že se nám to prostě povedlo a že jsou rádi, že máme malou“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňačka“

byl porod tak rychlý, že porodila doma. No, ještě že tam s ní byla i porodní asistentka“, moje první úvaha byla, že tato participantka bude velmi užitečná, protože mi poslouží jako přímý důkaz klasické strategie „přírodňaček“. V tomto případě se však taková strategie nepotvrdila.

Jiným faktorem tohoto použití „*legend*“ je kumulace nepříjemných důsledků pro samotné „přírodňačky“, protože je to často nutí k prezentování dalších „*legend*“ a splétání klubka lží. Stella vyprávěla, že když na dotaz ohledně jejího porodu u endokrinoložky odpověděla, že porodila neplánovaně doma, následovala logická otázka: „*A to to manžel zvládnul sám? Ten je ale šikovný!*“ Jakkoliv neurčitá odpověď pro Stellu byla nepříjemná, vzhledem k tomu, že oficiálně porodní asistentka v ČR ani nesmí u domácího porodu pomáhat, byla nucena mlčet o jejím přispění.

Možnou součástí strategie „*legendy o náhlém porodu*“ je i přivolání záchranné zdravotnické služby bezprostředně po porodu²³⁰. Stella s manželem se rozhodli záchrannou službu nevolat a přijmout podle svých slov všechny následky včetně toho, že budou označeni jako „*alternativci*“. Ve skutečnosti však citelnějším dopadem může být kriminalizace jejich jednání, kdy jako rodiče mohou být trestáni za zanedbání povinné péče o dítě. Tuto zkušenost popsala v souvislosti se svým třetím (ale prvním domácím) porodem Markéta, která nejprve požádala pediatřičku, k níž docházela se svými dvěma dcerami, zda by převzala do péče i třetí novorozenou dceru, ale když ta to odmítla, musela zajistit lékařku jinou.

„Doktorka tady z Města to rozmázla takovým způsobem, že druhý den tady u nás zvonila sociálka. Prostě zavolala sociálku. [...] My už jsme naštěstí v té době doktorku měli. Protože ona (pozn.: původně oslovená pediatřička) řekla, že ani nechceme, aby se to dítě vyšetřilo, a nechceme lékařskou péči a vůbec.“ Markéta, Ústecký kraj, „přírodňačka“

²³⁰ Srov. „*Bylo tam ještě jedno rozhodnutí, takový systémový, když se Ella narodila, tak Olga říká, že teďbychom měli zavolat záchranku a jet do porodnice a nebo ne, to že je na nás, ale že do hodiny po tom překotném porodu se dá zavolat záchranka a můžeme říct, že...no ono to nebylo plánovaný, ale že to můžeme takhle zoficializovat, a nebo pokud nezavoláme záchranku, pak to všichni budou brát tak, že jsme to plánovali*“ Stella, Praha, „přírodňačka“

11.3 Strategie předvídání komplikací

Poslední strategií „přírodňaček“, jak se na porod doma připravit, aby mohly alespoň co nejlépe čelit reakci okolí, kterou jsem mohla identifikovat na základě vyslechnutých narativ, je spolupráce s gynekologem a návštěva těhotenské poradny. Tato součinnost s gynekologem může mít různé podoby. Když Anna u svého druhého porodu zvažovala, že by ráda porodila svého syna doma, svěřila se svému gynekologovi a zeptala se ho, zda by u jejího domácího porodu nemohl asistovat. Z jejího pohledu by toto byl vhodný kompromis, kdy by mohla porodit doma a zároveň by minimalizovala potenciální rizika. Chápala však jeho odmítnutí a tak svého syna porodila v CAPu v Kadani a díky tomu, že se na druhý porod připravovala s doulou a byla schopná svá přání lépe formulovat, proběhl její druhý porod v podstatě podle očekávání.

Součinnost s gynekologem v těhotenské poradně má však ještě jiný důležitý přínos a tím je potvrzení těhotenství a vystavení těhotenské průkazky, bez které jsou ženy při domácím porodu vystaveny proceduře dokládání, že skutečně porodily vlastní dítě²³¹.

11.4 Aktivní a angažované matky

Jakkoliv „přírodňačky“ chápou porod primárně jako jeden z nejintimnějších prožitků, díky opakovaným střetům se systémem zdravotní a porodní péče, s úřady i s veřejným míněním ho současně chápou i jako součást života veřejného. Za rozporuplností takové situace je možné vysledovat koncept *intimního občanství*, kdy se oblast intimity do značné míry prolíná s životem veřejným a tedy občanským.

„Přírodňačky“ tím, jak se rozhodly přivést na svět vlastní děti, což je určitým signifikantním rysem jejich odlišného *„intimního životního stylu“*, který se dále zrcadlí i v konstruování jejich sociální identity, nutně zaujímají specifickou pozici ve

²³¹Srov. „Já jsem během těhotenství prošla pár prohlídkami u gynekologa, protože kdybych neměla ten papír, tak prostě nemůžu doložit, že jsem byla těhotná, že je to moje dítě, a neměla bych nároky na sociální dávky“ Eva, Pardubický kraj, „přírodňačka“

společnosti [Plummer 2003: 23 - 25; Plummer 2007: 80]. „Přírodňačky“ se díky svému „*intimnímu životnímu stylu*“ často, ne však nezbytně stávají součástí komunity podobně smýšlejících jedinců ve společnosti. Tyto komunity nebo možná spíše sociální sítě spojené shodným pohledem na těhotenství, porod, rodičovství jsou pro své členy zdrojem psychologické a emocionální podpory, zdrojem cenných informací [Baumann 2001] včetně rad a doporučení vztahujících se např. k porodní asistenci, jak ji hledat, podle čeho si ji vybrat, a dále často k situacím, jež budou následovat po narození dítěte.

Vedle toho je shodný „*intimní životní styl*“ vede i k účasti na různých veřejných aktivitách a ke společenské angažovanosti např. v hnutí přirozeného porodu [Hašková 2001: 41 - 43]. Aktivistický angažovaný přístup k otázkám přirozeného porodu se podobně projevuje publikační činností. Zatímco některé „přírodňačky“ si založily blog, na němž se s ostatními dělí o své názory a zkušenosti (Markéta), jiné pořádají semináře, publikují (Stella, Majka), nebo se pokoušejí na český trh dostat zahraniční tituly (Majka) věnované této problematice, aby pomohly ukázat, že v případě přirozených porodů a porodů doma nejde jen o jakousi ojedinělou extravaganci skupinky českých matek, ale že tyto snahy o prosazení variabilní a volitelné porodní péče korespondují s celosvětovým hnutím přirozeného porodu a odráží určité trendy v porodní péči v mezinárodním měřítku.

Soukromá práva ve sféře zdraví a zdravotní péče, jsou v současné době intenzivně konfrontována s tržními principy [Henderson, Stavros 2008], na nichž stojí moderní západní demokracie [Plummer 2003: 23 - 25]. To můžeme sledovat na postavení porodních asistentek, jak o tom vypovídají narativy některých „přírodňaček“. Stella vyprávěla, že pociťovala určitou lítost, že nemůže promluvit veřejně o zásluze porodní asistentky při porodu své dcery:

„Přijde mi to úplně na hlavu, celý ten systém, že vlastně kriminalizuje chování nebo postup, který mně přijde jako lepší možný. A ty asistentky staví do svízelné situace, kdy Olga sama přemýšlí, že odejde do ciziny, protože tady jí ten systém hází klacky pod nohy, nehledě na to, že ji tlačí k tomu, aby vlastně neplatila daně, [...] protože jak by je měla vykázat, je to

*opravdu zhoubné, ten způsob, jak společnost uvažuje o porodech doma“
Stella, Praha, „přírodňáčka“*

Ze Stellina vyprávění vysvítá, že současný stav je problematický v mnoha různých ohledech. Překvapivě postavení soukromých porodních asistentek (resp. z hlediska českého právního řádu jejich neexistence) [De Vries 1993 a 2004; Fannin2006] a v další řadě i neexistence jakékoliv „alternativní“ možnosti svobodné volby porodní péče zcela nekoresponduje se situací v řadě evropských zemí i v USA [Howell-White 1999; Wieggers et al. 1998].

Závěr

Ve zde předkládaném výzkumu bylo mým cílem porozumět tomu, jaké jsou motivace žen zvolit si pro narození svého dítěte cestu přirozeného porodu, co za takovým přístupem k porodu stojí a kde jsou jeho kořeny, jaké jsou charakteristické shodné prvky přirozeného porodu v přístupech těchto žen k porodu a jak se představy a očekávání plynoucí z přijetí koncepce přirozeného porodu za vlastní odrážejí v žité porodní zkušenosti současných českých žen.

Než v krátkosti shrnu odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky, které jsem si zde kladla, chtěla bych v odkazu na to, že těhotenství, porod a na ně navazující rodičovství představuje dle mého soudu významné a ještě ne zcela saturované téma v rámci sociologie, nastínit zejména dvě oblasti zájmu, jimž by bylo možné věnovat pozornost a jež vyplynuly i z mého vlastního zkoumání.

Prvním takovým tématem je způsob formování vztahu matky a dítěte v odkazu na způsob, jakým probíhal samotný porod, tedy v odkazu na koncepci porodní péče, již si žena zvolila, neboť porovnání porodních příběhů „přírodňáček“ a „pacientek“ naznačovalo v tomto směru jistou variabilitu. Druhým nosným tématem, které bych chtěla zmínit, je role otců v rámci porodu, jeho prožívání a porodní péče. Studie věnované problematice otcovství si svůj prostor v rámci české sociologie sice pozvolna získávají [Maříková 2009; Sokolová 2009; Šmídová 2011], ale akcentovaná je zatím zejména jejich pozdější rodičovská role. Výpovědi mých participantek, stejně jako reakce některých jejich partnerů nicméně napovídaly, že role otců u porodu není zanedbatelná a že se zároveň může lišit s ohledem na přijatou koncepci porodní péče jednotlivými ženami.

Prvotní otázkou, kterou jsem si kladla, byly motivace žen k přijetí koncepce přirozeného porodu za vlastní. Důvody žen „přírodňáček“ zvolit si cestu *přirozeného porodu* by se obecně daly vysvětlit poukázáním na *alternativní životní styl*²³². Ať už

²³² Srov. Duffková, J. 2006. „Životní způsob/styl a jeho variantnost: Malé zamyšlení nad tím, co všechno se může skrývat pod označením ‚alternativní životní styl‘,“ (pp. 79 -90, resp. 2- 12) in *Aktuální problémy*

se ale ona alternativa váže na stravovací návyky, nemedicínské způsoby léčby, upřednostňování intuitivního rozhodování před rozumovým, touha žít mimo město nebo je reakcí na vlastní negativní zkušenost se systémem zdravotní péče, je obvykle úzce spojena s intenzivním pocitem odpovědnosti za vlastní zdraví a život.

Jakkoliv se „přírodňáčky“ v jiných situacích spojených s průběhem těhotenství a porodu brání uplatňování biomedicínské disciplíny na sobě samých i svých dětech, je potřeba si uvědomit, že i za *internalizovanou* povinností pečovat o své zdraví a vést *kvalitní* život stojí dominantní diskurs, v jehož rámci se utváří naše identity. Rozdíl, který je však v tomto ohledu možné identifikovat mezi „přírodňáčkami“ a mezi „pacientkami“ spočívá v tom, jaké prostředky k péči o své zdraví využívají a jak hodnotí kvalitu vlastního života i života svých dětí.

Na to navazuje způsob prožívání těhotenství a porodu a odlišnosti mezi „přírodňáčkami“ a „pacientkami“. Pro obě skupiny žen byl porod výjimečným momentem jejich *life history*, spojoval v sobě určitou výjimečnost ryze ženské zkušenosti, intenzitu emocionálního i fyzického prožitku a v neposlední řadě měl zásadní dopad na jejich reálné životy v mnoha směrech [Fenstmaker, Stern 1998; West 2002; Young 2002; Havelková 2004: 180].

Odlišnost v prožívání porodu se projevovala ve způsobu, jakým o této žité zkušenosti referovaly. Prvotním ukazatelem odlišnosti byla samotná forma výpovědi, přičemž vyprávění „přírodňáček“ byla obsáhlejší než vyprávění „pacientek“. To úzce souviselo s tím, jak jednotlivé skupiny žen porodu rozuměly. Pohled „přírodňáček“ lze označit jako *holistický* [Moscucci 2003], což zahrnuje vedle fyzické stránky i duševní pohodu a určitý spirituální přesah při rozumění a prožívání porodu [DuChene 2008].

Rozdíl by se dal také popsat tak, že zatímco pro „pacientky“ byl nejdůležitější výsledek, „přírodňáčky“ porod vnímaly jako určitou cestu. Ačkoliv obě skupiny žen popisovaly velmi emotivně samotný okamžik narození, „pacientky“ proces porodu

shrnovaly nejčastěji s úlevou, často prohlášením typu „*byla jsem ráda, že už to bylo za mnou*“, „přírodňačky“ intenzivněji vnímaly celý proces rození. Z narativ přírodňaček vyplynulo několik důležitých aspektů, které byly pro jejich rozumění porodu určující.

Ženy volící si koncepci přirozeného porodu tak často činí na základě silně pociťované nedůvěry v autoritativní expertní vědění, jehož kořeny sahají v některých případech k negativním zkušenostem z dětství, dále se pojí ke zkušenosti se spontánním potratem či interrupcí, v jiných případech jsou reakcí na průběh předchozího porodu. U všech žen však původně důvěra v systém zdravotní péče byla. Tato ztráta důvěry v systém zdravotní a podobně porodní péče byla příčinou, proč tyto ženy pociťovaly potřebu hledat jiný zdroj důvěry, důležitou roli hrál v téměř všech případech partner, případně dula a především ženy důvěřovaly samy sobě i svému tělu, že je na celý proces přirozeného porodu připraveno.

Podstatným zdrojem důvěry a podpory, a to jak v případě „přírodňaček“, tak „pacientek“, však byly zejména porodní asistentky bez ohledu na to, zda se jednalo o porod doma nebo v institucionalizovaném prostředí. Ženy je spojovaly s lidským přístupem, ale současně jim přiznávaly přirozenou autoritu, která ve většině případů byla podmíněna expertním věděním. Tento výsledek považuji za obzvláště důležitý při uvažování o koncipování systému porodní péče.

Důležitým aspektem porodu opírajícího se o *koncepci přirozeného porodu* je otázka odpovědnosti, jež v těchto případech leží primárně na straně samotných rodiček. Ženy, které uznávaly porodní asistentky jako určitou akceptovatelnou a často i vítanou autoritu a kterých byla mezi „přírodňačkami“ naprostá většina, byly připraveny delegovat na porodní asistentku odpovědnost nejčastěji v případě rozhodování o případné rizikovosti porodu. U všech „přírodňaček“ však silný pocit odpovědnosti za zdraví a život svůj i dítěte zahrnoval i požadavek autonomie rozhodování ve věcech souvisejících s průběhem těhotenství a porodu.

Ženy, jejichž přístup k porodu a porodní péči je v jakékoli kontradikci k dominantnímu způsobu porodní péče v České republice, jež představuje *aktivně lékařsky vedené porody*, vnímaly svoje postavení ve společnosti jako více či méně

problematické. Pociťovaly v různé míře tlak, jež na ně byl vyvíjen, a moc, již se na nich společnost snažila uplatňovat a jež je měla disciplinovat, ať již prostřednictvím dominantních hodnot a norem, nebo skrze autoritu různých institucí a organizací.

Ve většině případů potenciální i reálné hrozby vyústily u těchto žen ve vytváření uvědomělých i podvědomých strategií, jak prosazovat a obhajovat práva svoje i svých dětí. Ačkoliv v podstatě nejmírnějším formou sociální represe byla hrozba, že budou označeny za „špatné matky“, právě to pociťovaly jako nejnespravedlivější, neboť blaho vlastních dětí a touha přivést je na svět „*harmonickým a přirozeným způsobem*“ byla jejich hlavní motivací. Vedle strategií, jež tyto ženy uplatňovaly v sociálních interakcích se svým okolím a jež se týkaly jich a jejich rodin, pocit nesvobody zvolit si vlastní cestu k narození svých dětí, je vedl nezřídka k potřebě řešit tento problém na veřejné úrovni skrze společenskou aktivitu a angažovanost, což vnímaly nejen jako své občanské právo, ale v některých případech dokonce jako svoji povinnost.

Potřebu diskuse o možných koncepcích porodní péče a vytvoření variabilní nabídky porodní péče, která by byla plnohodnotnou součástí systému zdravotní péče, by měl argumentovat nejen fakt, že již nyní v naší společnosti existuje skupina žen, jež po tomto postupu volají, ale i fakt, že i představy a očekávání žen, které v mojí práci tvořily skupinu „pacientek“, tedy žen, jež sice vycházely z koncepce *aktivně lékařsky vedeného porodu*, vykazovaly prvky spojené s *koncepcí přirozeného porodu*. Aktivní přístup některých z nich dokládá, že do porodnice přicházely s porodním plánem, buď v písemné podobě, nebo jen ve svých představách. Je zároveň potřeba zdůraznit, že cílem není iracionální volání po zrušení stávající péče, ale dosažení její větší variability a poskytnutí možnosti volby těm matkám, které o ni usilují.

Seznam použité literatury a zdrojů

- Aaronson, L. S. 1987. „Nurse-midwives and obstetricians: Alternative models of care and client fit. Research“ in *Nursing and Health*, Vol. 10 (4): 217-226.
- Abercombie, N., S. Hill, B. S. Turner. 2006. *The Penguin dictionary of sociology*. London: Penguin.
- Alan, J. 1989. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama.
- Annandale E., K. Hunt (eds.) 2000. [online] *Gender inequalities in Health*. Philadelphia: Open University Press dostupné z <http://ftp.mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335203647.pdf> [cit. 10.12.2012].
- Aperio a kol. 2006. *Porodní příběhy: rodíme se jednou*. Praha: Smart Press.
- Balaskasová, J. 2009. *Aktivní porod. Stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo.
- Baumann, Z. 2001. *Community: Seeking Security In an Insecure World*. Cambridge: Polity Press.
- Bell, D., J. Binnie. 2000. *The Sexual Citizen*. Cambridge: Polity Press.
- Evans, D. 1983. *Sexual Citizenship*. London: Routledge.
- Billings, K. 2003. [online] „Questioning Motherhood: A Sociological Awakening“ in *Human Architecture: Journal of the Sociology of Self-Knowledge*, Vol. 2 (2): 90 – 98
- Biograficko-narativní rozhovor je velmi mocná technika. Rozhovor Lenky Formánkové s Tomem Wengrafem*. 2011. [online] dostupné z <http://www.genderonline.cz/cs/issue/30-rocnik-12-cislo-2-2011/222> [cit. 20.8.2012]
- Bondas, T., K. Eriksson. 2001. „Women's Lived Experiences of Pregnancy: A tapestry of Joy and Suffering.“ *Qualitative Health Research*, Vol. 11 (6): 824-840.
- Bourdieu, P. 2000. *Nadvláda mužů*. Praha: Karolinum.
- Brandon, A. R., S. Pitts, W. H. Denton, C. A. Stringer, H. M. Evans. 2009. „A History of the Theory of Prenatal Attachment“ in *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, Vol. 23 (4): 201-222.
- Browner, C.H., N. Press. 1996. „The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care“ in *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol. 10 (2): 141-156
- Brownlow, Ch., L. O'Dell. 2002. [online] „Ethical Issues for Qualitative Research in Online Communities“ in *Disability and Society*, Vol. 17(6): 685–694. Dostupné z <http://oro.open.ac.uk/16326/2/> [cit. 30.6.2012]

- Bryant, J., M. Porter, S. Tracy, E. Sullivan. 2007. „Caesarean birth: Consumption, safety, order, and good mothering“ in *Social Science and Medicine*, Vol. 65(6) 1192-1201.
- Callister, L. C., S. Semenic, J. C. Foster. 1999. „Cultural and spiritual meanings of childbirth“ in *Journal of Holistic Nursing*, Vol. 17 (3): 280-295.
- Candigliota, Z., K. Červená. 2011. *Nedostatky návrhů zdravotnických zákonů z hlediska (nejen reprodukčních) práv pacientů* (pp. 65-75) in Kotková, A. 2011. (ed.) *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies.
- Cockerham, W. C. 2007. *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity Press.
- Cockerham, W. C., M. Ch. Snead, D. F. Dewaal. 2002. „Health lifestyles in Russia and the socialist heritage“ in *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 43: 42-55.
- Côté-Arsenault, D., D. Brody, M. Dombek. 2009. „Pregnancy as a Rite of Passage: Liminality, Rituals & Communitas“ in *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, Vol. 24 (2): 69-87.
- Craven, Ch. 2010. *Pushing for midwives: homebirth mothers and the reproductive rights movement*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cronin, C. 2003. „First-time mothers – identifying their needs, perceptions and experiences“ in *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 12 (2): 260-267.
- Čermáková, P. 2011. *Přechodový rituál porodu v kontextu medikalizované společnosti. Bakalářská práce*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z http://is.muni.cz/th/344369/fss_b/?id=141983 [cit. 30.6.2012].
- Davis-Floyd, R., E. Vavis. 1996. [online] „Institution as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth“ in *Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 10 (2)*. Dostupné z www.jstore.org [cit. 2.4.2013].
- Davis-Floyd, R., C. F. Sargent. 1997. [online] *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley: The University of California Press, dostupné na http://books.google.at/books?hl=cs&lr=&id=hevXHGic-C8C&oi=fnd&pg=PR11&dq=childbirth+birth+care+sociology&ots=ot4sy52oBh&sig=87gogsb9VBXdYCJmbmBzojYjXQw&redir_esc=y#v=onepage&q=childbirth%20birth%20care%20sociology&f=false [cit. 12.3.2012].
- Denzin, N., Y. Lincoln. 2005. „Introduction.“ (pp. 1 – 32) in Denzin, N., Y. Lincoln (eds.). *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, London: Sage.

- De Vries, R. 1993. *A Cross-national View of the Status of Midwives*. (pp. 131-146) in E. Riska Elianne, K. Weegar (eds.). 1993. *Gender, Work and Medicine*. London: Sage.
- De Vries, R. 2004. *Pleasing Birth-Midwives and Maternity Care in the Netherlands*. Philadelphia: Temple University press.
- Dick-Read, G. 1933. *Natural childbirth*. London: Heinemann Medical Books.
- Dick-Read, G. 2004. *Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth*. London: Printer & Martin.
- Doležal, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum.
- Doyal, L. 1995. *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*. Houndmills: Macmillan Press.
- DuChene, L. A. 2008. [online] *Natural Childbirth vs. Holistic Childbirth*. Dostupné z www.Soul-Birth.com [cit. 31.3.2013]
- Duden, B., L. Hoinacki. 1993. *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge: Harvard University Press.
- Dudová, R. 2009. „Interrupce v socialistickém Československu z foucaultovské perspektivy“ in *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, Vol. 10 (1): 25-36.
- Duffková, J.. 2006. „Životní způsob/styl a jeho variantnost: Malé zamyšlení nad tím, co všechno se může skrývat pod označením ‚alternativní životní styl‘“ (pp. 79 -90, resp. 2- 12) in *Aktuální problémy životního stylu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Filozofická fakulta. Dostupné z <http://jana-duffkova.rubicus.com/sociologie-zivotniho-stylu/state-a-jine-texty> [cit. 10.3.2013].
- Enkin M., M. J. Keirse, M. Renfrew, J. Neilson. 1995. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.
- Fairhead, J. 2007. *Vaccine anxieties*. London: Earthscan Louis Pasteur.
- Fannin, M. 2006. *Midwifery as mediation: Birthing subjects and the politics of self-determination*. Washington: ProQuest.
- Fenstermaker, S., C. West. 2002. *Doing gender, doing difference: inequality, power, and institutional change*. New York: Routledge.

- Fenwicková, E. 2012. *Velká kniha o matce a dítěti*. Praha: Ikar.
- Foucault, M. 1999. *Dějiny sexuality*. Praha: Herrmann & synové.
- Foucault, M. 2000. *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin.
- Foucault, M. 2005. *Je třeba bránit společnost*. Praha: Filosofia.
- Foucault, M. 2009. *Zrození biopolitiky*. Brno: CKD.
- Fox, B., D. Worts. 1999. "Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth" in *Gender and Society*, Vol. 13 (3): 326-346. Dostupné z <http://www.jstor.org/stable/190258> [cit. 21.3.2012]
- Frost, L. 2001. *Young Women and the Body. A Feminist Sociology*. New York: Palgrave
- Gibbs, G. R., S. Friese, W. C. Mangabeira. 2002. [online] „The Use of New Technology in Qualitative Research. Introduction“ in *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol.3(2). Dostupné z <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/847/1840#g2> [cit. 21.3.2012].
- Giddens, A. 2003. *Důsledky modernity*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Goffman, E. 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: SLON.
- Gregg, R. 1995. *Pregnancy in a high-tech age*. New York: New York University Press.
- Grey, J. 2002. [online] *The Drama of Childbirth* in Corcoran, M.P., M. Peillon (eds): *Ireland Unbound: A Turn of the Century Chronicle. Irish Sociological Chronicles*, Vol. 3: 247-259. Dostupné z <http://eprints.nuim.ie/610/1/Childbirth.pdf> [cit. 21.3.2012]
- Hajníková, V. 2012. *Proměny v přístupu k těhotenství a porodu v období socialismu a dnes. Bakalářská práce* Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z http://is.muni.cz/th/361790/ff_b/?id=141983 [cit. 30.6.2012]
- Hanáková, T. 2010. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Brno: Computer Press.
- Hansen, E., G. Easthope. 2007. *Lifestyle in Medicine*. London, New York: Routledge.

Hasmanová-Marhánková, J. 2008. [online] „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství“ in *Biograf*, Vol. 47. Dostupné z <http://www.biograf.org/clanky/members/clanek.php?clanek=v4702> [cit. 15.12.2012].

Hasmanová-Marhánková, J. 2009. „Těhotenství v perspektivě sociálních věd“ in *Sociální studia*, Vol.1 (4): 13 – 15.

Hašková, H. 2000. "Současná porodní a poporodní praxe v ČR" in *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, Vol. 4: 13-15.

Hašková, H. 2001. *Náborové diferenciace k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Havelková, H. 2004. *První a druhá vlna feminismu: podobnosti a rozdíly* In Formánková, L., K. Rytířová (eds.) 2004. *ABC feminismu*. Brno: Nesehnutí.

Heitlinger, A. 1987. *Reproduction, Medicine and the Socialist State*. New York: St. Martin's Press.

Henderson, J., P. Stavros. 2008 „Economic implications of home births and birth centers: a structured review.“ in *Birth*, Vol.35 (2): 136-146.

Hendl, J. 2008. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

Henley-Einion, A. 2003. [online] *The medicalisation of childbirth* (pp. 173 – 185) in Squire, C. (ed.) *The Social Context of Birth*. Oxon: Radcliffe Medical Press dostupné z http://books.google.at/books?hl=cs&lr=&id=wqabZGfFgTwC&oi=fnd&pg=PA173&dq=%E2%80%9EThe+medicalisation+of+childbirth%E2%80%9C&ots=vWz5wNqUyG&sig=WtEuUzpXhnmQpullnFWlpD1iPVY&redir_esc=y#v=onepage&q=%E2%80%9EThe%20medicalisation%20of%20childbirth%E2%80%9C&f=false [cit. 21.3.2012]

Hlaváčová, Š. 2011. *Cesta k domácímu porodu aneb jak se porod stává součástí každodenního rodinného života*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z http://is.muni.cz/th/220163/fss_m/ [cit. 30.6.2012].

Hoďáková, K. 2009.[online] *Prožitek porodu a sebehodnocení žen*. Diplomová práce. Brno: Masarykova Univerzita. Dostupné z http://is.muni.cz/th/143836/fss_m/?id=141983 [cit. 30.6.2012].

Hoffman, L. M. 1997. „The professional autonomy reconsidered: The case of Czech medicine under state socialism“ in *Comparative Studies in Society and History*, Vil. 39 (2): 346-372.

Howson, A., D. Inglis. 2001. "The body in sociology: tensions inside and outside sociological thought." In *The Sociological Review*, Vol. 49 (3): 297–317.

Howell-White, S. 1997. „Choosing a birth attendant: the influence of a woman's childbirth definitiv“ in *Social Science Medicine*, Vol. 45 (6): 925-936.

Howell-White, S. 1999. [online] *Birth Alternatives: How Women Select Childbirth Care (Contributions in Sociology)* Dostupné z <http://books.google.at/books?id=vys7UbbgUpGc&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Sandra+Howell-White%22&hl=cs&sa=X&ei=7PVuT6H7OsmChQffhf2uBw&ved=0CCsQ6AEwAA#v=twopage&q=inauthor%3A%22Sandra%20Howell-White%22&f=true> [cit. 12.3.2012].

Hrešanová, E. 2004. „Antropologie porodu.“ *Antropologické symposium*. 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 Vol. 2*: 43- 52.

Hrešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Vydavatelství ZČU v Plzni.

Hrešanová, E. 2010. [online] "The Moralities of medicine and birth care in the Czech Republic: The case of arrested mother." *Durham Anthropology Journal*, Vol. 17(1): 65-86. Dostupné z <http://www.dur.ac.uk/anthropology.journal/vol17/iss1/> [cit. 22.3.2012].

Hrešanová, H. 2011. [online] „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie“ dostupné z <http://www.genderonline.cz/cs/issue/30-rocnik-12-cislo-2-2011/224> [cit. 22.7.2012].

Hrešanová, E. 2012. „Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů“ in *Antropowebzin*, Vol. 3: 177-189. Dostupné na <http://antropologie.zcu.cz/genderovanost-porodu-jako-priklad-antropologickeho-zkoumani-lidske-reprodukce-prehled-klicovych-konceptu> [cit 4.4.2013].

Hrešanová, E., J. Marhánková. 2007. „Komerzializace porodní péče,konzumerismus a sociální stratifikace rodiček.“ *Antropologické symposium V*. Plzeň: Aleš Čeněk.

Hrešanová, E., J. Hasmanová Marhánková. 2008. "Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami" in *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, Vol. 44(1): 87-111.

Hunt, S., A. Symnods. 1995. *The Social Meaning of Midwifery*. London: Macmillan Press.

Chaloupková, B. 2012. *Těhotenství jako medicínský problém? Prožívání těhotných žen v souvislosti se zdravotní péčí. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z http://is.muni.cz/th/191564/fss_m/ [cit. 30.6.2012].*

Cheyney, M. 2011. „Reinscribing the Birthing Body: Homebirth as Ritual Performance“ in *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 25: 519–542.

IMBCI. 1996. [online] *Basic Principles of the International Motherbaby Childbirth Initiative*. Dostupné z www.imbci.org [cit. 20.3.2012]

IMBCI. 1996. [online] *10 kroků k optimální porodní péči*. Dostupné z http://www.duly.cz/dokumenty/IMBCI_10_bodu_cesky.pdf [cit. 26.7.2012]

Imber, J. B. 2008. *Trusting Doctors: The Decline of Moral Authority in American Medicine*. Princeton: Princeton University Press.

Jordan, B. 1992a. *Autoritative Knowledge and Its Construction. Introductory Remarks to Symposium on Birth in Twelve Cultures: Paper in Honor of Brigitte Jordan*. San Francisco: Meeting of the American Anthropological Association.

Jordan, B. 1992b. *Birth in Four Cultures : A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois: Waveland Press.

Kariel, E. P. 1963. „Social Class, Age, and Educational Group Differences in Childbirth Information“ in *Marriage and Family Living*, Vol. 25 (3)

Keller, J. 2007. *Sociologie organizace a byrokracie*. Praha: SLON.

Kent, J. 2000. *Social perspectives on pregnancy and childbirth for midwives, nurses and the caring professions*. Maidenhead: Open University Press.

Kirkham, M. (ed). 2007. *Exploring the dirty side of women's health*. London: Routledge.

Kitzinger, S. 1991. *Homebirth: The Essential Guide to Giving Birth Outside of the Hospital*. London: Dorling Kindersley Publishing.

Kitzinger, S. 1997. *Autoritative Touch in Childbirth: A Cross-Cultural Approach* (pp. 209-232) in David-Floyd, R. E., C. F. Sargent (eds.). 1997. *Childbirth and Autoritative Knowledge*. Berkeley: University of California Press.

Klooster, D. 2000. „Co je kritické myšlení?“ In Kritické listy 1-2.

Knor, J., M. Houdek. 2012. „Plánované domácí porody a postavení lékaře záchranné služby“ in Ticjáček, M. (ed.) 2012. *Urgentní medicína 2012*. Praha: ČLS JAP.

Krieger, N. 2000. *Discrimination and health* in Berkman, L. and Kawachi, I. (eds). 2000. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Křížová, E. 1993. *Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví*. Praha: Karolinum.

Kutrovátz, G. 2011 [Online] „Poznávat spolu s experty: kontextuální vědění ve vědě a kolem ní.“ in *Teorie vědy/Theory of Science*, Vol. 32(4)

Lenderová, M. 2006. *Porod a ženské tělo: Diskurz a realita 19. století* (pp. 131 – 154) in Hanáková, P., L. Heczková, E. Kalivodová (eds.). 2000. *V bludném kruhu. Mateřství a vychovatelství jako paradoxy modernity*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.

Laqueur, T. 1999. *Making Sex: Body and Gender From the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press.

Lazarus, E. 1994. „What Do Women Want? Issue of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth“ in *Medical Antropology Quarterly*, Vol. 8 (1): 25 – 26.

Leavitt, J. W. 1986. *Brought To Bed : Childbearing In America, 1750 to 1950*. New York: Oxford University Press.

Leboyer, F. 1995. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos.

Lee, E., E. Jackson. 2002. *The pregnant body* (pp. 115 – 133) in: M. Evans, E. Lee (eds.). 2002. *Real bodies*. Houndmill: Palgrave.

Link, B. J., J. Phelan. 2001. [online] „Conceptualizing Stigma“ in *Annual Review of Sociology*, Vol. 27: 363-385. Dostupné z <http://www.jstor.org/stable/2678626> [cit. 2.3.2013].

Lipovetsky, G. 2007. *Paradoxní štěstí. Esej o hyperkonzumní společnosti*. Praha: Prostor.

- Luker, K. 1984. *Abortion and the Politics of Motherhood*. Berkeley: University of California Press.
- Mackonochie, A. 2001. *Těhotenství týden po týdnu: obrazový průvodce*. Praha: Svojtka.
- Mansfield, B. 2008. „The social nature of natural childbirth“ in *Social Science & Medicine*, Vol. 66 (5): 1084 - 1094.
- Marek, V. 2002. *Nová doba porodní: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Praha: Eminent.
- Martin, K. 2003. „Giving birth like a girl“ in *Gender and Society*, Vol. 17(1): 54–72.
- Marvasti A. B. 2004. *Qualitative Research in Sociology: An Introduction*. London: Sage
- Maříková, H. 2004. *Rodina: proměny mateřství, otcovství a rodičovství* in Formánková, L., K. Rytířová (eds.) 2004. *ABC feminismu*. Brno: Nesehnutí.
- Maříková, H. 2009. „Pečující otcové: Příběhy plné odlišností“ in *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, Vol. 45(1): 89–113
- McCormack, C. P. 1994. *Ethnography of fertility and birth*. London: Academic Press.
- McDonald, M.E. 2011. „The Cultural evolution of natural birth“ in *The Lancet*, Vol. 378 (9789): 349-395.
- Mead, M. 2008. *Midwives' practice in 3 European countries* in: Downe S. (ed). 2008. *Normal childbirth*. London: Elsevier.
- Meho, L. I. 2006. [online] „E-Mail Interviewing in Qualitative Research: A Methodological Discussion“ in *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 57(10):1284–1295. Dostupné z <http://eprints.rclis.org/8377/1/email-interviewing.pdf> [cit. 6.6.2012].
- Melender, H. L. 2002. „Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women“ in *Birth*, Vol. 29 (2): 101-111.
- Melender, H. L., S. Lauri. 1999. „Fears associated with pregnancy and childbirth. Experiences of women who have recently given birth“ in *Midwifery*, Vol. 15: 177-182.
- Miles, A. 1991. *Women, Health and Medicine*. Buckingham
- Miller, T. 2005. *Making sense of motherhood: a narrative approach*. Cambridge: University press.

Morgan, K. 1998. *Contested bodies, contested knowledges: Women, Health, and the politics of medicalization* (pp. 83 – 121) in Sherwin, S. (ed.). 1998. *The Politics of Women's Health: Exploring agency and autonomy*. Philadelphia: Temple University Press.

Možný, I. 1990. *Moderní rodina: mýty a skutečnost*. Brno: Blok.

Možný, I. 1999. *Sociologie rodiny*. Praha: Slon.

Mullin, A., 2005. *Reconceiving Pregnancy and Childcare: Ethics, Experience, and Reproductive Labor*. New York: Cambridge University Press.

Moscucci, O. 2003. „Holistic obstetrics: the origins of “natural childbirth” in Britain In *Postgraduate Medical Journal*, Vol. 79: 168-173.

Nyberg, K., P. Allebeck, G. Eklund, B. Jacobson. 1992. „Socio-economic versus obstetric risk factors for drug addiction in offspring“ in *British Journal of Addiction*, Vol. 87: 1669–1676.

O'Brien, M. 1981. *The politics of reproduction*. London: Routledge and Kegan Paul.

Odent, M. 1995. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.

Overgaard, Ch., M. Fenger-Grøn, J. Sandall. 2012. „The impact of birth place on womens birth experiences and perceptions of care“ in *Social Science and Medicine*, Vol. 30: 1 – 9. Dostupné z www.elsevier.com/locate/socscimed [cit 20.3.2012].

Parusniková, Z. 2000. „Biomoc a kult zdraví“ in *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, Vol. 36 (2): 131 – 142.

Plummer, K. 2003. *Intimate Citizenship: Private decisions and public dialogues*. Seattle: University of Washington Press.

Plummer, K. 2007. *Intimate citizenship in an unjust World*. (pp. 75 – 99i in Romero, M., E. Margolis (eds.) 2007. *The Blackwell Companion to Social Inequalities*. Oxford: Blackwell Publishing.

Poewe, K. 1996. „Writing culture and writing fieldwork: The proliferation of experimental and experiential ethnographies“ in *Ethnos: Journal of Anthropology*, Vol. 61 (3-4).

Rainer, J. 2001. *Zázračná cesta na svět: kronika 38 týdnů cesty do života s jedinečnými fotografiemi od početí až k porodu*. Praha: Slovart

Ranji, U., A. Salganico. 2011.[online] *Women's Health Care Chartbook. Key Findings from the Kaiser Women's Health Survey*. Menlo Park: The Henry J. Kaiser Family Foundation. Dostupné z <http://www.kff.org/womenshealth/upload/8164.pdf> [cit. 21.4.2013].

Rickard, W. 2004. „*The biographical turn in health studies*“ (pp. 165 – 180) in Chamberlayne, P., J. Bornat, U. Apitzsch (eds.). 2004. *Biographical Methods and Professional Practice: An International Perspective*. Bristol: The Policy Press.

Richardson, Diane 1998 „Sexuality and Citizenship“ in *Sociology*, Vol 32 (1): 83-100.

Righard, L. 2001. „Making Childbirth a Normal Process“ in *Birth*, 28: 1–4.

Rose, N. 2001. „The politics of life itself“. *Theory, Culture, Society* 18(6): 1 – 30.

Selwyn, N., K. Robson. 1998. [online] „Using e-mail as a research tool“ in *Social research* Vol. 21. Dostupné z <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU21.html> [cit. 5.2.2012].

Shapiro, M. C., Najman, A., Chang, J. D., Keeping, J., Morrison, J., Western, J. S. 1983. „Information control and the exercise of power in the obstetrical encounter“ in *Social Science & Medicine*, Vol.17 (3), 139-146.

Shorter, E. 1983. *A History of Women's Bodies*. London: Allen Lane.

Schneider, Z. 2002. „An Australian study of women's experiences of their first pregnancy“ in *Midwifery*, Vol. 18: 238-249.

Slepičková, L., E. Šlesingerová, I. Šmídová. 2012. „Biomoc a reprodukční medicína: konceptuální inspirace“ in *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, Vol. 48, No. 1, pp. 85 – 106.

Sloan, J. H., A. L. Kellerman, D. T. Reay, J. A. Ferris, T. Koepsell, F. P. Rivara, Ch. Rice, L. Gray, J. L. Gerfo. 1988. „Handgun regulations, crime, assaults, and homicide: a tale of two cities“ in *The New England Journal of Medicine*, 319:1256-1261.

Sokolová, V. 2004. *První a druhá vlna feminismu: podobnosti a rozdíly* In Formánková, L., K. Rytířová (eds.) 2004. *ABC feminismu*. Brno: Nesehnutí.

Sokolová, V. 2009. „Otec, otec a dítě: Gay muži a rodičovství“ in *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, Vol. 45, No. 1: 115–145

Stadelmannová, I. 2009. *Zdravé těhotenství a přirozený porod. Citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením*. Doubice: One Woman Press.

Stake, R., E. 1995. *The art of case study research*. London: Sage.

Stern, D.N. 1998. [online] *The Birth Of A Mother: How The Motherhood Experience Changes You Forever*
Dostupné z http://books.google.at/books?id=4yHiUkgKlvUC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Daniel+N.+Stern%22&hl=cs&ei=jPduT6vZElqXhQe0mPm6Bw&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CC0Q6wEwAA#v=onepage&q=inauthor%3A%22Daniel%20N.%20Stern%22&f=false [cit 20.3.2012].

Stockdale, G. P., R Sood. 1989. [online] „Emergency Public Information: A Quick Response Study of Coalinga“ in *Natural Hazards Research and Applications Information Center Working Papers 63*. Boulder: University of Colorado. Dostupné z <http://www.cde.state.co.us/artemis/ucb6/UCB6571063INTERNET.pdf> [cit. 25. 1. 2013].

Stoppard, M. 2001. *Nová kniha o matce a dítěti*. Praha: Cesty.

Szakály, Z., V. Szente, G. Kövér, Z. Polereczki, O. Szigeti. 2012. „The influence of lifestyle on health behavior and preference for functional foods“ in *Appetite*, Vol. 58: 406–413.

Sztompka, P. 1999. *Trust: A Sociological Theory*. Cambridge: University Press.

Šmídová, I. 2011. *Do the Right Thing! Do Fathers at Childbirth Bring Diversity to Gender Relations in Rašticová, M. et al. (eds.) Diversity is Reality: Effective Leadership of Diverse Teams in a Global Environment*. Vyd. 1. Brno : Akademické nakladatelství CERM.

Šnejdarová, A. 2012. *Dichotomie porodu* byla obhájena Diplomová práce. Plzeň: ZČU. Dostupné z https://portal.zcu.cz/wps/myportal!/ut/p/c5/hZDdT0QwEIWfxSfoUH6KI4UilLQsP0XghmA0Zom7rKaC8PRCd mPixa4z12dmvnMGNWjtYzfu3zq1H47dO6pQY7UkSX19xzAkuasD1hOpmewBgOJVr63W9WlqkBjAJ9gELM wcc1oChPo_20-oAqPNe_vEZ1XFizsW_ZLOvJezYBJ4z7FSbPdSZtKhjv3MXeNM_L0JZeABJtSMSeZr4P4IghVhwCyLmO0Eq_z1zJTbbxC3Hmw5XisJZv8EXwXB4RTVqyNXkKaDiknwewvL8-FeWkoLW6mKLX2NxRJO4pNPovB0sXgaV_HICywic_SBTgc5xIYWTEdVfgCMjZ7F/dl3/d3/L0IDU0IKSmdw cGIRb0tVUW9LVVJnL29Ob2dBRUIRaGpFQ1VJZ0FJQUI5RkFNaHdVaFM0SldsYTRveEVBd0FBQSEhLzR DMWI5V19OcjBnQ1VneEVtUkNVd3BNaEVwUkEvN183T1FHM1BEMjBPU0MzMDIzT1UxNURGMDBRMC9

VUWVCbzk4MDAwMDkzLzlyNTIxNTEzNzI2NS9yZXNldC9hL3Byb2hsaXplbmIBY3Rpb24vY3ouemN1LnN0YWwucG9ydGxldHMxNjgucHJvaGxpemVuaS5wcmFjZS5QcmFjZVNIYXJjaEFjdGlvbG!!/ [cit. 3.2.2013]

J. Seidlerová, S. Horáková Hoskovcová, S., L. Šulová, I. Štětovská, H. Zejdová, M. Kolumpková. 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví : kvalita perinatální péče očima rodiček : zpráva z výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.

Trča, S. 2001. *Budeme mít děťátko: těhotenství, správná životospráva, porod, šestinedělí, péče o dítě*. Praha: Grada.

Turkel, K. D. 1995. *Women, Power, and Childbirth: A Case Study of a Free-Standing Birth Center*. Westport: Bergin & Garvey.

Válková, H. 2013. [online] „Zastánci domácích porodů ministerstvu radit nebudou, rozhodl Heger“ dostupné z http://zpravy.idnes.cz/alternativy-v-porodnictvi-d0s-/domaci.aspx?c=A130423_221535_domaci_hv [cit. 24.4.2013].

Van Teijlingen E. R., G. W. Lewis, P. McCaffery. 2004. *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives*. NY: Nova Publishers.

Van Teijlingen, E. 2005. [online] „A Critical Analysis of the Medical Model as Used in the Study of Pregnancy and Childbirth“ in *Sociological Research Online* 10. dostupné z <http://www.socresonline.org.uk/10/2teijlingen.html> [cit. 14.4.2013].

Veselý, S. 2004. „Společnost vědění jako teoretický koncept“ in *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, 2004, Vol. 40 (4): 433–446.

Weber, M. 1968. *Organizační člověk*. Praha: Svoboda.

Weber, M. 1997. *„Byrokracie“ in Autorita, etika a společnost*, Praha: Mladá fronta

Wengraf, T. 2004. [online] *The Biographic-Narrative Interpretive Method* dostupné z <http://www.uel.ac.uk/cgi-bin/search.htm?q=wengraf> [cit. 24.8.2012].

Wengraf, T. 2011. „*Interviewing for life-histories, lived situations and personal experience: The Biographic-Narrative Interpretive Method (BNIM) on its own and as part of a multi-method full spectrum psycho-societal methodology*“ dostupné z www.uel.ac.uk/cnr/wengraf06 [cit. 24.8.2012]

Wertz, D., R. Wertz. 1989. *Lying-in. A history of childbirth in America*. New Haven: Yale University Press.

- Westfal, R.E., C. Benoit. 2004. „The rhetoric of „natural“ in natural childbirth: childbearing women’s perspectives on prolonged pregnancy and induction of labour“ In *Social science&medicine*, Vol. 59 (7): 1397-1409.
- Western, J. S. 1983. „Information control and the exercise of power in the obstetrical encounter“ in *Social Science & Medicine*, 17 (3): 139-146.
- Wick,L., S. Hassan. 2012. „No safe place for childbirth: women and midwives bearing witness, Gaza 2008–09“ in *Reproductive Health Matters*, Vol. 20 (40): 7.
- 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 (11).
- Wilkins, R. 2000. *Poor Relations: The Paucity of the Professional Paradigm* (pp. 28-54) in M. Kirkham (ed.) 2000. *The Midwife-Mother Relationship*. New York: Palgrave.
- Young, I. M. 2002. „Lived Body vs Gender: Reflections on Social Structure and Subjectivity“ in *Ratio*, Vol. 15: 410–428.
- Zadoroznyj, M. 1999. „Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth“ in *Sociology of Health and Illness*, Vol. 21 (3): 267-289.
- Zwinger, A. et al. 2004. *Porodnictví*. Praha: Karolinum.

Resumé

The aim of this paper is to present the results of qualitative empirical research focused on the issue of *natural birth* from the *emic* perspective of contemporary Czech women. The research questions were formulated in order to understand what motivations women have to choose the conception of *natural birth* for their childbirth, what the characteristics of a *natural birth* in narratives of these women are and how perceptions and expectations arising from the adopting a specific concept of maternity care are reflected in the lived experience of birth in cases of these women, all from the perspective of sociology. The data were analyzed by using conceptual frameworks *feminist conception of the body*, *biopower* and *intimate citizenship*.

The research used *biographic-narrative interpretive method*. The research sample included 17 women aged 24-39 years, mostly with higher education. Women were divided into research and control group according to the accepted concept of maternity care (the concept of natural birth and *actively medically controlled birth*). The core of the research was narrative and semi-structured interviews.

Conceptualization of *natural birth*, as the women themselves understand it, reflects equally signs of social scientific, medical and popular cognitive discourse. The motivation for adopting the concept of *natural childbirth* lies in an alternative lifestyle, behind which, however, there is often the lack of confidence in the existing health care system and previous negative experience with it. From point of view of experiencing the birth, as important aspects the women stated the role of trust, the role of midwives and the question of responsibility for delivery. Negative experiences that resulted from the adoption of the concept of *natural childbirth*, often led to the adoption of an active and engaged role in civil society.

The main purpose of this paper is to provide feedback on the experience of women with obstetric care and to promote a debate on possible reform and reconceptualization of obstetric care in the Czech Republic.

Příloha č. 1 - Vzor formuláře o informovaném souhlasu



Západočeská univerzita v Plzni

Filozofická fakulta

Katedra sociologie, Avalon, Poděbradova 1, 306 14 Plzeň

Tel.: +420 377 635 651

Informovaný souhlas pro výzkumný projekt

Název projektu: Hnutí přirozeného porodu a feministické koncepce těla v Západní a Střední Evropě: Komparace představ a očekávání současných českých žen a jejich následných zkušeností s porodem v rámci České republiky

Období realizace: květen 2012 – červen 2013

Řešitelka diplomové práce: Bc. Kateřina Kozáková; e-mail: kozakovk@students.zcu.cz; tel.: 724 831 162

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D.; e-mail: ehresano@kss.zcu.cz

Anotace diplomové práce: Zastřešujícím tématem práce je hnutí přirozeného porodu a feministické koncepce těla v Západní a Střední Evropě s tím, že se budu zaměřovat na komparaci představ a očekávání současných českých žen a jejich následných zkušeností s porodem. Takto formulované téma by mělo poskytnout jednak zajímavý sociologický vhled do subjektivního vnímání porodní zkušenosti a současně by mohlo posloužit jako užitečný podklad pro artikulaci požadavků na změny systému českého porodnictví na úrovni lékařských zařízení, případně i na úrovni politické. Jakkoliv můžeme porod považovat za velice intimní životní zkušenost, ráda bych poukázala na to, že navzdory tomu do něj zasahuje řada veřejných institucí a jeho průběh podléhá mnoha vnějším tlakům. Cílem je porozumět žité zkušenosti porodu v její celistvosti. Ve své práci budu vycházet z feministických pozic a porod a porodní zkušenost nahlížet skrze koncepty biomoci a intimního občanství. Do studie budou zařazeny ženy, jejichž alespoň jedna porodní zkušenost se datuje do období posledních 2 a půl let (max. 3 let) (tzn. poslední porod proběhl od roku 2009 do současnosti), čímž ale nutně nebudou ze studie vyloučeny matky, jež předchozí porod prodělaly již dříve. Dalším kritériem je požadavek (lépe možná představa) těchto žen na „alternativní“ porodní péči, resp. *přirozený porod*, přičemž k charakteristickým znakům přirozeného porodu zde řadím zejména odmítání zbytečné (rozuměj automaticky prováděné) medikace, užití epidurální anestezie, aplikace oxytocinu, automatické provádění episiotomie (nástřih hráze) či umělé protržení vaku blan. Jedná se o kvalitativní výzkum, konkrétně kolektivní případovou studii, v jejímž rámci budou prováděny hloubkové rozhovory s jednotlivými ženami, matkami.

Před započítím rozhovoru bych Vás chtěla informovat, že je zcela ve Vaší kompetenci se rozhodnout, co, případně v jakém rozsahu v průběhu rozhovoru sdělíte. Máte samozřejmě plné právo na jednotlivé kladené otázky neodpovídat, stejně tak jako kdykoliv v jeho průběhu rozhovor ukončit. Rozhovor bude nahráván (na audio záznamník), zároveň ale na Vaši žádost může být nahrávání kdykoliv přerušeno. Rozhovor bude dále přepisován a následně analyzován. V rámci výzkumu Vám garantuji absolutní anonymitu. Vaše jméno, ani jména dalších osob, která uvedete v průběhu rozhovoru, nebudou v rámci zmíněné analýzy nikde uváděna. Citace částí rozhovoru se mohou objevit ve výstupních textových materiálech výzkumu, nicméně i zde bude zachována vaše naprostá anonymita a nebudou uvedena žádná data, na jejichž základě byste mohla být identifikována. Chci Vás ujistit, že se cítím být vázána dodržovat etické zásady výzkumu. Získaná data budou použita pouze pro potřeby uvedeného sociologického výzkumu a nebudou využívána žádnou další stranou. V případě, že se svojí účastí na projektu souhlasíte, připojte, prosím, níže svůj podpis.

Děkuji Vám, že jste se rozhodla zúčastnit výzkumu, jehož cílem je komparace představ a očekávání českých žen a jejich následných zkušeností s porodem.

Datum rozhovoru:

Jméno výzkumnice: Bc. Kateřina Kozáková

Jméno a podpis respondentky:

Příloha č. 2 - Medailonky komunikačních partnerek - výzkumná skupina

Eva (28 let) pochází z Prahy a v současnosti žije s manželem na vesnici v Pardubickém kraji. Vystudovala střední umělecko-průmyslovou školu v Praze a poté získala ještě bakalářský titul v oboru grafický design ve Štětí. Před mateřskou dovolenou pracovala jako recepční a jako reklamní grafička, této práci se věnuje částečně i na mateřské dovolené. Dceři Lilianě byl v době rozhovoru jeden rok. Eva porodila svoji dceru doma pouze za asistence svého manžela.

Anna (34 let) se narodila v Sokolově a žije v lázeňském městě v Karlovarském kraji s manželem a svými dvěma dětmi. Vystudovala střední průmyslovou školu keramickou v Karlových Varech a v současné době je spolunajitelkou lázeňského hotelu. Svoji dceru Janičku porodila v nemocnici v Sokolově a syna Jiříka v CAPu v Kadani. Janičce byly v době rozhovoru čtyři roky, Jiříkovi necelé dva roky.

Markéta (33 let) pochází z Mostu a dnes žije se svým druhým manželem a dětmi na vesnici v Ústeckém kraji. Markéta má středoškolské vzdělání s maturitou a pracovala jako letuška ČSA. S prvním manželem měla Markéta dvě dcery, se svým současným manželem třetí holčičku a v době našeho prvního rozhovoru byla opět těhotná. Sedmiletá Anička i čtyřletá Helenka se narodily v CAPu v Kadani, ačkoliv již u Helenky Markéta uvažovala o porodu doma. Nejmladší Lenku porodila Markéta společně se svým druhým manželem a porodní asistentkou doma. V době rozhovoru byl Lence jeden rok. Děťátko, které Markéta čekala v době našeho rozhovoru, plánovala, bude-li zdravotní stav její i děťátka dobrý, porodit opět doma. Na podzim roku 2012 Markéta porodila zdravého chlapečka. Porod proběhl v domácím prostředí, i když nikoliv doma, a Markétě se splnil sen o porodu do vody. Konfrontaci se zdravotnickým systémem, která následovala bezprostředně po tomto porodu, popisuje Markéta jako velmi negativní zkušenost.

Petra (35 let) se narodila v Novém Jičíně a dnes žije s manželem ve městě Karlovarském kraji. Má vysokoškolské vzdělání a před mateřskou dovolenou pracovala jako personalistka. Svoji dcerku Kamilkou porodila v CAPu v Kadani. U porodu ji doprovázel manžel a dula. Patřině dcerce byly v době rozhovoru dva roky a dva měsíce. Holčička je hyperaktivní.

Natálka (31 let) pochází z Brna a nyní žije společně s manželem na venkově v Krávéhradeckém kraji. Má vysokoškolské vzdělání s uměleckým zaměřením. Pracovala před mateřskou dovolenou (? Zeptat se ještě!!!). Svoji dceru porodila za pomoci porodní asistentky a za přítomnosti manžela doma, u svých rodičů, v pokoji, kde vyrůstala. V době rozhovoru Natálčině dcerce byl jeden a půl roku.

Táňa (32 let) pochází z Ukrajiny a v současné době žije se svým druhým manželem ve Zlíně. V ČR žije 5 let. Její první manžel zemřel, ještě když Táňa žila na Ukrajině. Po manželově smrti Táňa odjela se svými dcerami do Čech. Má vysokoškolské vzdělání ekonomického směru. Po studiích chtěla zůstat jako pedagožka na svojí alma mater, ale vzhledem k tomu, že již čekala svoji první dceru, nakonec zůstala doma a věnuje se výchově svých dětí, péči o rodinu a pomáhá manželovi v rodinné firmě zaměřené na bio

pěstitelství. Táňa přivedla na svět celkem čtyři děti, tři dcery, všechny tři ještě na Ukrajině a nejmladšího syna v Čechách. Nejstarší dcerka Káťa se narodila v porodnici císařským řezem, je jí 11 let. Tato zkušenost byla pro Táňu rozhodující. Ačkoliv jí v porodnici varovali, že jakmile jednou porodila císařským řezem, už nebude moci родit jinak. Táňa se navzdala své představě o přirozených porodech a další tři děti porodila doma bez pomoci porodní asistentky Mladší dceři Nadě je x let, třetí dceři Světlance je x let a synkovi byl v době rozhovoru rok a půl. Světlanina babička byla porodní bába.

Majka pochází z Brna a v současné době žije s dětmi a manželem na vesnici v Jihomoravském kraji. Vystudovala soukromou střední školu s maturitou. Dále se věnovala studiu ekonomie a současně si budovala pracovní kariéru. O mateřství dlouhou dobu vůbec neuvažovala. Než přivedla na svět své dvě děti, pracovala jako manažerka pro společnost dodávající zdravotnický materiál, krátce pracovala v cestovní agentuře a poté ve vzdělávací agentuře svého dnešního manžela. Majka prodělala „syndrom vyhoření“ doprovázený řadou zdravotních komplikací. Okolo dvaceti šesti let věku se začala věnovat osobnostnímu rozvoji a rodinným konstelacím. Spolupodílí se na projektu financovaném EHF, který připravuje metodiku tzv. školy hrou na základě myšlenek J. A. Komenského. Pracuje i během mateřské dovolené. Neustále se vzdělává, nyní se věnuje studiu cranyo sakrální biodynamiky. Obě své děti porodila doma tzv. lotosovým porodem, jehož je také propagátorkou. V roce 2012 připravovala vydání českého překladu knihy Sarah Barkley, australské porodní asistentky, která je propagátorkou lotosového porodu. Ondrovi byly v době rozhovoru krátce dva roky a Miluše šest týdnů.

Stella (35 let) se narodila v Praze, kde také dnes s manželem žije. Má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako vysokoškolská pedagožka, kurátorka a kritička na volné noze. Svoji dceru Elu porodila doma s pomocí svého manžela a porodní asistentky, ačkoliv původně se připravovala na porod ve známé pražské porodnici. Ele bylo v době našeho rozhovoru 6 týdnů.

Dita (36 let) pochází ze Sokolova a žije s manželem a dcerami v blízkosti menšího města v Plzeňském kraji. Dita má středoškolské vzdělání s maturitou, obor vychovatelství. Práci v tomto oboru se věnovala jen krátce, před narozením svých dcer pracovala jako asistentka vedoucího ve výrobě. Obě své dcery porodila v CAPu v Kadani, starší Natálce bylo šest let a mladší Majdalence ještě byly dva a tři čtvrtě roku. Na porod se připravovala s doulou, svojí dlouholetou kamarádkou, ale u samotného porodu ji nedoprovázela

Příloha č. 3 - Medailonky komunikačních partnerek - kontrolní skupina

Zdenka (28 let) pochází z Bečova a s manželem žije v Karlovarském kraji. Má střední odborné vzdělání a nedokončené vysokoškolské vzdělání, absolvovala 2 roky studia na Filosofické fakultě ZČU v Plzni. Studium přerušila z důvodu těhotenství. Pracovala jako úřednice, nyní je na mateřské dovolené s dcerou Sofií, které byly v době rozhovoru necelé dva roky. Rodila v menší nemocnici v Karlovarském kraji. V době rozhovoru byla Zdenka podruhé těhotná. Její mladší dcera Julie se narodila v listopadu 2012.

Pěťa (24 let) pochází z Plzně, kde také s partnerem žije. Má dokončené středoškolské vzdělání a v době rozhovoru byla studentkou Filosofické fakulty ZČU v Plzni. Syn Matyáš se narodil ve FN v Plzni a v době rozhovoru mu byl krátce jeden rok, Petra rodila ve 23 letech.

Sylva (39 let) pochází z Mariánských Lázní a žije v Plzni společně se svým partnerem. Má dokončené vysokoškolské vzdělání na Filosofické fakultě v Plzni (bakalářský stupeň). Pracovala v oblasti statistiky (ČSÚ). Má dvě děti, Alice je ze Sylvina prvního manželství a v době rozhovoru jí bylo necelých 17 let (první Sylvin porod byl v jejích 23 letech) a druhé dceři Anně bylo v době rozhovoru tři čtvrtě roku. První dcera se narodila ve Vojenské nemocnici v Plzni, druhá dcera ve FN v Plzni.

Jolana (29 let) žije se svým manželem v Plzni. Vystudovala Právnickou fakultu v Plzni a před mateřskou dovolenou pracovala jako koncipientka v advokátní kanceláři. Synovi Matyášovi byl v době rozhovoru rok a půl a narodil se ve FN v Plzni.

Klára (28 let) žije na vesnici nedaleko Plzně společně s manželem. Vystudovala geo-matematiku na ZČU v Plzni. Před mateřskou dovolenou pracovala jako projektantka pozemkových úprav v geodetické kanceláři. Má syna Tomáše, kterému bylo v době rozhovoru rok a půl a narodil se ve FN v Plzni.

Vanda (29 let) žije společně s manželem nedaleko Plzně. Vystudovala Právnickou fakultu v Plzni a před mateřskou dovolenou pracovala jako advokátka. Je spolumajitelkou advokátní kanceláře. Syn se narodil ve FN v Plzni a v době rozhovoru mu byl krátce rok.

Simona (25 let) žije s manželem v Plzni. Vystudovala střední školu s maturitou a před mateřskou dovolenou pracovala jako ošetřovatelka koní a referentka. Dceři Amálce byl v době rozhovoru rok.

Slávka (28 let) pracovala jako managerka projektu v mezinárodní společnosti (LEGO). Žije s manželem v Plzni. V průběhu těhotenství jí byla diagnostikována těhotenský diabetes a proto zůstala doma na rizikovém těhotenství. Rodila ve FN v Plzni. Má syna Míšu, kterému byl v době rozhovoru necelý rok.

Příloha č. 4 – Úplný text iniciativy IMBCI (český překlad)²³³

Mezinárodní iniciativa za porodní péči pro matku a dítě²³⁴ celosvětově známá pod zkratkou anglického názvu IMBCI - The International MotherBaby Childbirth Initiative

10 kroků k optimální porodní péči

(překlad Lucie Suchochlebová Ryntová, Olga von Pohl, Vlasta Jirásková září 2008)

Krok 1 Jedná s každou ženou s úctou a respektem.

Krok 2 Zná a běžně využívá odborné poznatky a dovednosti, které podporují a optimalizují fyziologii těhotenství, porodu, kojení a šestinedělí.

Krok 3 Informuje matku o přínosech nepřetržité podpory po celou dobu porodu a umožňuje jí podporu poskytovanou osobami dle jejího výběru.

Krok 4 Nabízí rodičce nefarmakologické způsoby úlevy a tišení bolesti, objasňuje jí jejich přínos pro usnadnění normálního porodu.

Krok 5 Uplatňuje vědecky podložené postupy, které jsou prokazatelně přínosné.

Krok 6 Vyhýbá se potenciálně škodlivým postupům a praktikám.

Krok 7 Zavádí opatření, která přispívají k dobré zdravotní pohodě a předcházejí onemocněním a ohrožujícím situacím.

Krok 8 Zajišťuje přístup k vědecky podložené pohotovostní léčbě.

Krok 9 Zajišťuje spektrum možností návazné zdravotní péče o matku a dítě – spolupracuje přitom s jednotlivci, institucemi i organizacemi.

Krok 10 Snaží se naplňovat 10 bodů iniciativy pro podporu úspěšného kojení „Baby-Friendly Hospital Initiative“.

Základní principy Mezinárodní iniciativy za porodní péči pro matku a dítě

Práva žen a dětí jsou lidská práva:

- Přístup k humánní a účinné zdravotní péči je základním lidským právem.
- Matka a dítě tvoří v průběhu těhotenství, porodu a kojeneckého věku dítěte nedílnou jednotku (proto se v tomto dokumentu v originálu používá termín MotherBaby) a v tomto smyslu by o ně mělo být pečováno, protože péče o jednoho významně ovlivňuje péči o druhého.
- Porodní služby jsou základní součástí zdravotní péče a měly by být plně hrazené, dostatečně personálně a materiálně zajištěné a volně dostupné každé ženě, bez ohledu na její občanství a sociální postavení.
- Ohledy a respekt ke každé ženě by měly být základem veškeré porodní péče.

²³³ Tento text je doslovnou citací z dokumentu MBCI. 1996. 10 kroků k optimální porodní péči. [online] dostupné z http://www.duly.cz/dokumenty/IMBCI_10_bodu_cesky.pdf [cit. 26.7.2012]

²³⁴ Matka a dítě tvoří v těhotenství, při porodu a v kojeneckém období vzájemně spjatou jednotku, proto se v originálu používá termínu MotherBaby.

- Péči v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí (včetně péče o novorozence) je zapotřebí pojímat individuálně. Potřeby dvojice matka - dítě by měly mít přednost před potřebami poskytovatelů péče, institucí a medicínského průmyslu.
- Těhotenství, porod a kojení představují normální a zdravé procesy, kde ve většině případů dostačuje podpora a dohled poskytovatelů péče. Současná zjištění dokládají bezpečnost i lepší výsledky spojené s tímto přístupem.
- Ženy by měly dostávat úplné, přesné a nepředpojaté informace, založené na nejlepších dostupných výzkumech o rizicích, přínos poskytované jim i jejich dětem
- Postupy v porodní praxi ovlivňují matku a dítě po fyziologické i psychologické stránce. Sebedůvěru ženy ohledně vlastní schopnosti porodit, pečovat o dítě a kojit je, i důvěru ve schopnost dítěte efektivně přijímat výživu posiluje nebo naopak oslabuje každý člověk, který matce a dítěti poskytuje péči, stejně jako prostředí porodu.
- Každý/á poskytovatel/-ka péče je individuálně zodpovědný/á matce, její rodině, komunitě a systému zdravotní péče za kvalitu péče, kterou poskytuje.
- Vytváření atmosféry péče a pozornosti, naslouchání matce, povzbuzování jejího sebevyjádření a respekt k jejímu soukromí patří mezi základní aspekty porodní péče.
- Porodní asistentky, které jsou ve většině zemí primárními poskytovatelkami péče milionům rodiček, vypracovaly model péče odvíjející se od normální fyziologie, sociologie a psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí. Mezinárodní iniciativa za porodní péče pro matku a dítě čerpá z modelu porodní asistence a prohlašuje, že osvojení si znalostí, dovedností a přístupu oboru porodní asistence je pro optimální porodní péči o matku a dítě zásadní.
- Kontinuita péče a vnímavost k individuálním i kulturním hodnotám a přesvědčením matky snižuje riziko psychického traumatu a posiluje důvěru žen v poskytovatele péče, přispívá k jejich zkušenosti s porodem a k ochotě vyhledat podobnou péči i v budoucnu.
- Je-li to v souladu s příslušnou kulturou, přítomnost otce u porodu může mít příznivý vliv na rodinu, na jeho schopnost zastávat úlohu rodiče i na úctu prokazovanou matce dítěte.
- Mnoho žen může bezpečně porodit mimo nemocnice – v porodních centrech či v domácím prostředí, kde je jim poskytována odborná péče a v naléhavém případě zajištěn efektivní přesun do lékařského zařízení. Ženy, včetně těch, jejichž předchozí porod proběhl císařským řezem, i těch, které očekávají porod dítěte koncem pánevním nebo porod dvojčat, by měly být objektivně informovány o rizicích a přínosech vaginálního porodu i porodu císařským řezem ve všech dostupných prostředích a se všemi dostupnými poskytovateli péče
- Veškeré porodní služby by měly být v souladu s Mezinárodním kodexem marketingu náhrad mateřského mléka.
- Akutní a intenzivní péče, byť má zásadní význam, nenabízí úplné řešení problému mateřské a novorozenecké morbidity a mortality. Tyto problémy je nutno řešit u zdroje, a to prostřednictvím opatření vytvořených za účelem prevence nemocí, zlepšování zdravotní pohody žen i dětí a posílení žen.

Tento model optimální porodní péče o matku a dítě se zasazuje o zdraví a pohodu všech žen a dětí v průběhu těhotenství, porodu a kojení a stanovuje optimum, standard a vzor vynikajících a nejkvalitnějších

výsledků v porodní péči. Všichni poskytovatelé porodních služeb by měli tento model podrobně znát, podporovat a zajišťovat.

10 kroků k optimální porodní péči

10 kroků Iniciativy za porodní péči pro matku a dítě vychází z výsledků nejlepších dostupných vědeckých důkazů o bezpečnosti a účinnosti specifických testů, léčebných postupů a dalších zásahů při péči o matku a dítě. „Bezpečná péče“ je taková péče, která využívá postupů založených na vědeckých důkazech, již minimalizují riziko chyby či poškození a podporují normální fyziologii porodu. „Účinná“ znamená, že poskytovaná péče přináší očekávaný přínos a odpovídá potřebám těhotné ženy a jejího dítěte, to vše na základě spolehlivých důkazů.

Bezpečná a účinná péče o dvojici matka-dítě zajišťuje nejlepší možné zdravotní výsledky za použití nejvhodnějších zdrojů a technologií s omezením zásahů na nejnižší možnou míru. Poskytovatel optimální porodní péče o matku a dítě má vypracovanou písemnou strategii, na jejímž základě uplatňuje následující principy při vzdělávání a v praxi:

Krok 1 Jedná s každou ženou s úctou a respektem, poskytnete jí úplné informace o péči poskytované jí i jejímu dítěti v jazyce, kterému rozumí, a zapojuje ji do rozhodování. Zajišťuje jí právo na informovaný souhlas či odmítnutí.

Krok 2 Zná a běžně využívá odborné poznatky a dovednosti v oboru porodní asistence, které podporují a optimalizují fyziologii těhotenství, porodu, kojení a šestinedělí.

Krok 3 Informuje matku o přínosech nepřetržité podpory po celou dobu porodu a potvrzuje její právo na takovou podporu poskytovanou osobami dle jejího výběru, např. otcem dítěte, partnerem, členy rodiny, dulemi a dalšími.⁴ Bylo zjištěno, že nepřetržitá podpora snižuje potřebu analgezie v průběhu porodu, snižuje podíl operativních porodů a zvyšuje spokojenost matky s porodem.

Krok 4 Nabízí rodičce nefarmakologické způsoby úlevy a tišení bolesti, objasňuje jí jejich přínos pro usnadnění normálního porodu a minimalizaci zbytečného poškození. Rodičce (i jejímu doprovodu) ukazuje, jak využít relaxačních, úlevových technik a metod, k nimž patří dotyk, objetí, masáž, rození ve vodě a různé relaxační techniky. Respektuje volbu a priority rodičky.

Krok 5 Uplatňuje vědecky podložené postupy, které jsou prokazatelně přínosné pro podporu normálního průběhu porodu. Sem spadají následující postupy:

- Umožnit porodnímu procesu odvíjet se dle vlastního tempa, zdržet se zásahů vycházejících ze standardizovaných časových limitů a využívání partografu ke sledování postupu porodu⁵ ;
- Umožnit rodičce neomezený přístup k jídlu a pití podle jejího přání.
- Podporovat rodičku v chůzi a volném pohybu, pomáhat jí zaujímat polohy podle jejího přání, včetně pozice ve dřepu, vsedě a na všech čtyřech a poskytovat jí pomůcky umožňující vzpřímenou polohu.⁶
- Techniky sloužící k otočení dítěte v děloze a pro vaginální porod koncem pánevním.
- Usnadnění okamžitého a dlouhotrvajícího kontaktu matky a dítěte kůží na kůži za účelem zahřátí, přilnutí, iniciace kojení a stimulace vývoje; zajištění, aby matka a dítě zůstávali spolu Umožnit potřebný čas, aby k dítěti přešla pupečnicková krev, a získalo tak dostatečný objem krve,

- kyslík a v krvi obsažené živiny. 7
- Zajištění neomezeného přístupu matky k nemocnému či předčasně narozenému dítěti, včetně klokánkování, a podpora matky, aby dítěti poskytovala své mléko (popřípadě mléko jiné ženy), pokud kojení není možné.

Krok 6 Vyhýbá se potenciálně škodlivým postupům, jejichž rutinní či časté provádění při normálním porodu není vědecky nijak podložené. Pokud to vyžaduje specifická situace, jejich použití by mělo vycházet z nejlepších dostupných vědeckých důkazů tak, aby byla větší pravděpodobnost, že jejich přínos převáží nad jejich rizikem. Každý postup by měl být náležitě prodiskutován s rodičkou, aby mohla učinit informovaný souhlas. Sem spadá:

- holení
- klystýr
- odloučení blan od dolního děložního segmentu (Hamiltonův hmat)
- umělé protržení vaku blan
- umělé vyvolání a urychlení porodu
- opakovaná vaginální vyšetření
- odpírání jídla a pití
- udržování rodičky na lůžku
- tekutiny podávané infuz
- nepřetržité elektronické monitorování plodu (kardiotokografie)
- farmakologické tišení bolesti
- cévkování
- nařízená pozice vleže na zádech během porodu (popř. nohy ve třmenech)
- tlačení řízené poskytovatelem péče
- tlak na fundus dělohy (Kristellerův manévr)
- nástřih hráze
- použití kleští a vakuového extraktoru
- manuální vyšetření dělohy
- první a opakovaný císařský řez
- odsávání novorozence
- okamžité přerušování pupeční šňůry
- oddělení matky od novorozence

Krok 7 Zavádí opatření, která přispívají ke zdravotní pohodě a předcházejí ohrožujícím situacím, onemocněním a úmrtím matek i dětí. Mezi ně patří:

- Osvěta ohledně kvalitní výživy, nezávadné vody, čistého a bezpečného životního prostředí a zajištění přístupu k nim.
- Vzdělávání v metodách předcházení nemocem (včetně malárie, prevence a léčení HIV/AIDS a protitetanová imunizace). Dostupnost těchto metod.
- Osvěta v oblasti odpovědné sexuality, plánovaného rodičovství a ženských reprodukčních práv.

- Umožnění přístupu k možnostem volby při plánování rodičovství.
- Zajištění předporodní, porodní a poporodní péče a podpory, včetně péče o novorozence, jenž zohledňuje jak fyzické, tak emoční zdraví žen a dětí v širším kontextu rodinných vztahů i společnosti, v němž žijí.

Krok 8 Poskytuje přístup k vědecky podložené pohotovostní léčbě při komplikacích, kdy je ohrožen život. Zajišťuje, aby všichni poskytovatelé zdravotní péče o matku a novorozence disponovali odpovídajícím vzděláním a procházeli rozšiřujícím vzděláváním v dovednostech vhodné a včasné intenzivní léčby.

Krok 9 Zajišťuje spektrum možností návazné zdravotní péče o matku a dítě – spolupracuje přitom s jednotlivci, institucemi i organizacemi, včetně tradičních porodních asistentek a dalších osob, které asistují u porodů mimo nemocnice v rámci uvedeného spektra návazných porodních služeb. Jednotlivci pracující v institucích a organizacích, které nabízejí služby v porodnictví a mateřství, by zejména měli:

- spolupracovat přes hranice jednotlivých oborů, kultur a institucí tak, aby matce a dítěti poskytovali nejlepší možnou péči, a přitom vzájemně uznávali své kompetence a respektovali své názory,
- posilovat návaznost porodní péče o matku a dítě při zachování co nejvyššího počtu jejich poskytovatelů,
- poskytovat konzultace a v případě potřeby zajišťovat včasné převedení matky a dítěte do péče jiných vhodných odborníků a institucí,
- zajišťovat, aby matka byla obeznámena s dostupnými službami ve svém okolí, vhodnými pro ni i její dítě a měla k nim přístup.

Krok 10 Naplňuje 10 bodů Iniciativy WHO a UNICEF „Baby-Friendly Hospital Initiative“ pro podporu úspěšného kojení:

1. Má písemně zpracovanou strategii na podporu kojení, se kterou systematicky seznamuje veškerý zdravotnický personál.
2. Školí veškerý zdravotnický personál v dovednostech potřebných k uplatňování této strategie.
3. Informuje všechny těhotné ženy o výhodách a způsobech kojení.
4. Pomáhá matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu. Zajišťuje kontakt matky a dítěte kůží na kůži bezprostředně po porodu nejméně na hodinu, povzbuzuje matku v rozpoznávání, kdy je dítě připravené na kojení a nabízí jí pomoc, je-li to třeba.
5. Ukazuje matkám, jak kojit a jak udržovat laktaci i v případě, kdy by měly být od svých dětí odděleny.
6. Nedává novorozencům jinou výživu než mateřské mléko, pokud to není lékařsky indikováno.
7. Umožňuje matkám a dětem, aby zůstaly spolu 24 hodin denně (rooming-in).
8. Podporuje kojení podle potřeby dítěte.
9. Kojeným novorozencům nedává žádné dudlíky ani šidítka.
10. Podněcuje vznik podpůrných skupin věnovaných kojení a odkazuje na ně matky při propuštění z nemocnice. Ve spolupráci s dalšími organizacemi vytváří IMBCO dokument, který podrobně dokládá rozsáhlé vědecké důkazy, z nichž vychází výše uvedených 10 kroků, a bude oba dokumenty průběžně aktualizovat tak, aby odpovídaly nejnovějším dostupným výzkumným poznatkům.

Příloha č. 5 – Seznam témat a otázek – podklad pro rozhovory s komunikačními partnerkami (topic guide)

Příprava na porod:

- Těhotenství a změny:
 - o Byl porod plánovaný?
 - o Co se změnilo ve vašem životě, když jste zjistila, že jste těhotná? (změna životního stylu)
- Informace o porodu – zdroje informací:
 - o Jaké byly zdroje informací a proč?
 - o Změnily se Vaše sociální sítě po otěhotnění?
 - o Kdo a jací lidé tvořili sociální sítě (kamarádky, rodina, noví známí ve stejné situaci apod.)?
 - o Byli tyto sítě užitečné a k čemu zejména sloužily?
- Předporodní kurzy, cvičení:
 - o Navštěvovala předporodní kurzy?
 - o Pokud ano, kde, jak se o nich dozvěděla, jaký byl jejich největší přínos?
 - o Pokud ne, proč ne?
- Součinnost partnera:
 - o Zapojoval se partner, otec dítěte, do předporodní přípravy?
 - o Pokud ano, tak jak? Pokud ne, tak proč?
 - o Jak byl partner informovaný o průběhu těhotenství a porodu, do jaké míry, kým?
 - o Jak informace získával?
 - o Účastnil se partner lékařských prohlídek, proč ano, proč ne?
 - o Jaká byla komunikace matky s partnerem o porodu, při porodu?
 - o Byl partner přítomen u porodu, bylo to tak plánované a jak probíhalo rozhodování, diskuse o tom, zda partner u porodu bude či nebude přítomen? Kdo případnou přítomnost partnera u porodu inicioval?
 - o Pokud partner u porodu byl, jaká byla jeho role, jak konkrétně se podílel na porodu?
 - o V čem spatřujete přínos partnerovy přítomnosti u porodu?
- Přítomnost dalších osob u porodu
 - o Zvažovala přítomnost nějaké další osoby u porodu, proč ano či proč ne, či přítomnost?
 - o Víte, kdo je dula?
- Představy o porodu, očekávání:
 - o Jaké byly konkrétní představy o porodu?
 - o Jaké bylo vaše očekávání?
 - o Měla jste nějaké konkrétní požadavky týkající se průběhu porodu, jaké a proč? Jaký význam to pro vás mělo?
 - o Znáte pojem porodní plán?
 - o Měla jste vy osobně porodní plán? Proč ano a proč ne?
 - o Pokud ano, v čem spatřujete hlavní přínos existence porodního plánu, jak to případně ovlivnilo váš vlastní porod?
 - o Jak se díváte na „bezbolestný porod“?

- Měla jste vyhraněný názor na následující lékařské intervence: epidurální anestezie, medikace, Hamiltonův hmat, vyvolání porodu, aplikace oxytocinu, nástřih hráze, šití hráze, provedení císařského řezu. Proč byste konkrétní lékařské intervence chtěla či nechtěla?
- Volba místa porodu, porodnice
 - Kde jste chtěla родit a co Vás k tomu vedlo?
 - Jaký význam pro vás mělo místo, kde bude porod probíhat?
 - Pokud rodila v institucionalizovaném prostředí, co ji vedlo k výběru té konkrétní porodnice, zařízení? Proč si jej vybrala?
 - Jaká byla kritéria při výběru porodnice?
 - Navštívila porodnici osobně před porodem a hrála tato návštěva v rozhodovacím procesu roli, jakou a proč?
 - Navštívila i jiná zařízení, jaká a proč?
 - Byla spokojená s informacemi, množstvím a kvalitou, které v nemocnici získala?
 - Pokud se rozhodla родit doma, proč, co ji k tomu vedlo? Konzultovala to s někým, s kým a proč? V čem spojuje výhody a nevýhody porodu doma?
- Komparace porodů u matek vícerodiček
 - Pokud matka není prvorodička, mohla by srovnat svojejporody? Místo, proběh, jak oba porody vnímala, v čem se lišily, v čem se lišil její přístup a očekávání?
- Gynekologická péče během těhotenství a porodu
 - Navštěvovala gynekologa, těhotenskou poradnu? Proč ano, proč ne? Jaká byla frekvence návštěv? Jak vnímala případnou gynekologickou péči v době těhotenství?
 - Jaké prohlídky a konkrétní vyšetření během těhotenství absolvovala?
 - Jak byla informovaná gynekologem o průběhu porodu, procedurách, vyšetřeních, rizicích?
 - Byl gynekolog/případně porodník muž nebo žena? Bylo to důležité? Pokud ano, proč? Poskytoval gynekolog během těhotenství informace a podporu tak, jak očekávala a potřebovala?
 - Byl gynekolog zároveň porodníkem?

Porod:

- Průběh porodu:
 - Probíhal porod ve stanoveném termínu?
 - Jak dlouho trval a jaký byl jeho průběh od zaznamenání prvních příznaků začínajícího porodu až po narození dítěte?
 - Kdy jela do porodnice?
 - Jaký byl během porodu přístup zdravotního personálu k rodičce? Jak ji oslovovali? Jak komunikovali s partnerem?
 - Co dělala během první a druhé doby porodní?
 - Jak probíhalo poskytování informací o jednotlivých krocích porodu, o jeho průběhu a o tom, jaké kroky provádí zdravotnický personál, jaké léky aplikují a proč?
- prostředí porodnice, prostředí, kde porod probíhal

- Můžete popsat prostředí porodnice?
- Jak vypadal porodní pokoj nebo místo, kde se porod odehrával?
- lékařské zákroky
 - Jaký byl reálný průběh porodu? Byly provedeny nějaké lékařské intervence do průběhu porodu, jaké, proč?
 - Jak jste tyto intervence vnímala?
- procedury bezprostředně po porodu
 - Kdo přestříhl pupeční šňůru?
 - Jak bylo manipulováno s dítětem bezprostředně po porodu?
 - jak probíhala komunikace s partnerem a se zdravotním personálem?
 - Kdy a kde probíhalo měření a vážení dítěte?
 - Jak probíhal porod placenty?
 - Změnilo se oslovení ženy zdravotnickým personálem po porodu?
 - Jak dlouho po porodu zůstávala na porodním sále nebo v porodním pokoji?
 - Jaké byly bezprostřední pocity po porodu? (vzhledem k dítěti, otázka na mateřskou lásku – pozor na návodnost otázky!!!)

Poporodní péče:

- Hospitalizace
 - Jak na vás působil pokoj, kam vás převezli po porodu?
 - Byla jste od začátku se svým dítětem? Pokud ne, kdy, po jak dlouhé době vám ho přivezli? Jak jste toto odloučení vnímala?
 - Byl umožněn přístup členům rodiny na pokoj?
 - Sdílela jste pokoj s dalšími ženami? Pokud ano, jak jste to vnímala?
 - Měla jste nějaké požadavky, pokud ano, tak jaké, na to, jak by měl poporodní pokoj vypadat, co by atm nemělo chybět? A byla jste s pokojem a jeho zařízeníma vybavením spokojena? Pokud ne, proč?
 - Jak dlouho po porodu zůstávala v nemocnici? Byla s délkou pobytu a jeho průběhem spokojena? Proč ano či proč ne?
 - Jka trávila čas v porodnici po porodu?
 - Jaký byl přístup personálu k ženě, k jejímu dítěti, k rodinným příslušníkům?
- Kojení
 - Jak se díváte na kojení?
 - Kojila jste?
 - Chtěla jste kojit?
 - Jaké byly vaše informace o kojení, odkud jste je získávala?
 - Měla jste už před porodem jasnou představu, zda kojit či ne?
 - Jaký byl přístup zdravotnického zařízení ke kojení?
 - Jaká byla informovanost, podpora, pomoc?
 - Cítila jste tlak na to, že byste měla kojit? Pokud ano, jak se to projevovalo?

- Bylo vaše dítě od počátku pouze kojené nebo mu byla poskytována umělá výživa? pokud ano, jak se na tento postup díváte? Proč?

Příloha č. 6 – Metodologický apendix: Objektivita vs subjektivita a etické aspekty kvalitativního výzkumu

„Nežiji sám v sobě,
stávám se součástí toho,
co mě obklopuje.“
G. G. Byron

Zde předkládaný text²³⁵ se věnuje otázkám postavení výzkumníka v terénu v rámci kvalitativního výzkumu, otázkám objektivity a subjektivity a dilematům, jimž může čelit a která z výzkumu často bezprostředně vyplývají. Ačkoliv se otázce věnuji v obecnější rovině, celý tento text je neodmyslitelně propojen s reálnou praxí mojí diplomové práce věnované problematice přirozených porodů a hnutí přirozeného porodu v ČR. Teprve při samotné realizaci empirického výzkumu přede mnou začala vyvstávat řada neodbytných otázek, na něž jsem cítila potřebu a posléze přímo nutnost si co nejpoctivěji odpovědět, abych byla schopna v práci dále pokračovat. Domnívám se, že tyto úvahy si zaslouží, abych jim poskytla větší prostor, a abych konkrétní problémy, s nimiž jsem se osobně potýkala, zasadila do širšího kontextu, neboť lze snad oprávněně předpokládat, že se s podobnými problémy a otázkami setkává řada empirických sociologů i dalších badatelů v sociálně-vědních oborech.

Ve své diplomové práci vycházím z interpretativního paradigmatu, při designování a objasnění konceptu přirozeného porodu pracuji s *emic* perspektivou žen, které k porodu přistupovaly s představou a očekáváním, že jejich porod bude

²³⁵ Tento text byl původně vypracován v rámci kurzu Dilemata teoretické sociologie na ZČU v akademickém roce 2012/2013. Již tehdy byl zamýšlen jako metodologický apendix mojí diplomové práce, na což jsem v původním textu odkazovala následující citací: „Tento text v upravené podobě zamýšlím rovněž použít jako samostatnou subkapitulu či metodologický apendix zmíněné diplomové práce, což považuji za poctivé zde explicitně uvést.“ Uvádím ho zde v částečně upravené a doplněné verzi.

porodem přirozeným²³⁶. Už volba paradigmatu a metodologie mohou předznamenat vnímání objektivitu v rámci výzkumu.

Struktura textu bude následující, v jeho první části přiblížím historický vývoj chápání objektivitu a subjektivitu sociologického či sociálně-vědního výzkumu a v druhé části přiblížím reálné problémy a otázky vlastního empirického výzkumu a případné strategie, které jsem v jeho průběhu využívala.

Původní dilema mezi objektivitou a subjektivitou sociologie bylo personifikováno přístupem Durkheimovým a Weberovým. Emil Durkheim (1858 - 1917), který myšlenkově navazoval na tradici zakladatele sociologie Augusta Comta (1798 - 1857), vycházel striktně z pozitivistického paradigmatu, které předpokládalo praktikování sociálních věd po vzoru věd přírodních, s čímž souvisel i „*důraz na mimosubjektivní kvalitu sociálních jevů*“ a což samozřejmě predikovalo i použití specifické metodologie [Durkheim 1950; zde Durkheim in Berger 1991: 152; Keller 2007: 64 - 65]. Kdybychom však při zkoumání jakéhokoli společenského jevu měli vycházet z pozitivistických pozic a užívat čistá statistická data, umožňující verifikaci či falzifikaci hypotéz a formulování generalizovaných závěrů, obtížně bychom takovou vědu mohli považovat za sociologii v současném moderním smyslu toho slova, neboť teprve v momentě, kdy získaná data interpretujeme a

²³⁶ Konceptualizace přirozeného porodu není v sociálních vědách stále pevně zakotvena. Uvádím zde tedy stručný popis konceptu přirozeného porodu tak, jak s ním já pracuji ve své diplomové práci. Přirozeným porodem nejčastěji rozumíme porod, jehož průběh je spontánní a jež probíhá bez lékařských intervencí, zejména bez medikace (ať již medikace regulující bolest jako je např. užití epidurální anestezie či léků tišících bolesti nebo medikace, která reguluje přirozené tempo porodu jako např. aplikace oxytocinu k urychlení porodu či vyvolání a urychlení kontrakcí), ale i bez dalších zásahů jako např. disrupce vaku blan, Hamiltonův hmat či nástřih hráze. Přirozený porod nicméně může probíhat i ve zdravotnickém zařízení, přirozený porod neztotožňuji nutně s porodem doma, ačkoliv řada žen uvádí domácí prostředí jako důležitý aspekt přirozeného porodu. Přirozený porod (i ve zdravotnickém zařízení) je takový porod, kdy lékařský/zdravotní personál maximálně respektuje přání a představy matky o nezasahování do přirozeného průběhu porodu, kdy je ženě poskytnuto patřičné soukromí a je s ní jednáno s respektem jako s rovnocenným partnerem a kdy je ženám ponechána maximální míra odpovědnosti rozhodovat o svém těle a průběhu porodu. Požadavek přirozeného porodu neznamena apriorní odmítání zdravotní péče a naopak požadavek přirozeného porodu je obvykle i samotnými ženami podmíněn normálním fyziologickým průběhem těhotenství i porodu.

zasadíme je do konkrétního teoretického referenčního rámce, získají svůj význam [Berger 1991: 20; Loužek 2008]. To nás vede k Weberově představě *rozumějící* či také *chápaní sociologie* [Keller 2007: 260]. U Maxe Webera (1864 - 1920) se setkáváme alespoň v jeho raném období s vizí sociologie založené především na porozumění (*Verstehen*) [Archer 2008: 7; Berger 1991; Loužek 2008].

Řada autorů však poukazuje na to, že pojem objektivitě podléhá historickému vývoji a jeho význam se může v těchto jednotlivých historických etapách svého vývoje velmi výrazně proměňovat [Archer 2008: 7; Berger 1991: 112; Szaló, Katrňák 2002; Farkašová 2002: 383]. Objektivita tak nemusí být chápána nutně pouze v metodologicko-logické rovině z hlediska platnosti jako synonymum obecné platnosti či platnosti pro všechny [Geist 1992: 250]. Jejím cílem není metodologie jako taková, ale spíše porozumění společnosti se znalostí a za využití vědeckých metod [Berger 1991: 24]. „*Objektivita nespočívá v odosobnění a nezainteresovanosti [...] je to spíše schopnost natolik se odpoutat od svých preferencí, aby mohly být podrobeny zkoumání, dostatečně se otevřít možným kladům jiných stanovisek*“ [Fay 2008: 252].

Takto formulovaný pojem objektivitě v podstatě značí, že při praktikování sociální vědy se „*sociolog se snaží kontrolovat své sympatie a předsudky*“ [Berger 1991: 24]. Přestože většina sociologů (či obecně sociálních vědců) tento požadavek a předpoklad výzkumu na teoretické úrovni akceptuje a často s ním i vnitřně souzní, v praxi se v některých konkrétních případech může ukázat jako velmi obtížné se jím řídit [Matoušek 2008]. Některé postoje a hodnoty jsou tak hluboce internalizované skrze proces socializace, že si výzkumník často nemusí být na počátku výzkumu vědom svého subjektivního „*nastavení*“, svých osobních limitů, ani komplikací, jež mu mohou v rámci vlastního výzkumu přinést. Z toho vyplývá potřeba schopnosti a ochoty neustálé sebereflexe v rámci probíhajícího výzkumu.

Přestože úvodní popis durkheimovského a weberovského přístupu k sociologii se může jevit jako kontradiktorní, není tomu nutně tak. Tomuto předpokládanému paradoxu se věnuje např. Margaret Archer (*1943), která navazuje na Weberovu snahu o propojení porozumění a kauzálního vysvětlení.

K dichotomii *objektivita* a *subjektivita* staví jinou dvojici, pomocí níž tento vztah objasňuje, a to *struktura* a *kultura* nebo též *struktura* a *aktérství*, a tvrdí, že ve skutečnosti se jedná o „dvě části téhož příběhu“ [Archer 2008: 8]. Archerové výklad [poprvé viz Archer 1982] má i své odpůrce [Hollis, Smith 1994], stejně tak jako i své zastánce, k nimž se osobně přikláním. Její tvrzení o vzájemném provázání *struktury* a *aktérství* potvrzuje např. Berger, když píše, že „*společnost nás určuje, ale zase je určována námi*“ [Berger 1991: 112].

V sociologii je kladen stále větší důraz na schopnost a dokonce nutnost či povinnost přinášet nové úhly pohledu na zkušenosti spojené s naší každodenností, neboť právě novost pohledů je tím, co obhájí legitimitu existence sociologie jako vědy. Pouhý popis situací či jevů vycházející z naší každodennosti nemůže vést k odhalení ničeho nového, ale pouze reprodukuje a pomáhá zakonzervovat stávající sociální řád a sociální instituce [Berger 1991; Szaló, Katrňák 2002].

Zejména v etnografickém výzkumu se v druhé polovině 20. století objevuje v reakci na diskuse o objektivitě a subjektivitě výzkumu a s tím souvisejícím postavením výzkumníka v terénu či obecně ve výzkumu termín *krize reprezentace*²³⁷ [Clifford 1986: 6; Denzin, Lincoln 2003 a 2005; Flaherty 2002]. Termín *krize reprezentace* je neodmyslitelně propojen s feministickou epistemologií a feministickou kritikou. Vedla mimo jiné k novému promýšlení sociálních věd jako takových²³⁸, k promýšlení toho, co je to vlastně výzkum, co a jaká je věda [Clifford 1986; Harding 1991], a zpochybnila dva základní předpoklady sociálních věd: zda je možné zachytit žitou zkušenost a dále vztah mezi zkušeností a textem.

V prvním případě v podstatě tvrdí, že žitá zkušenost je utvářena až skrze text produkovaný výzkumníkem, což znamená, že nikdy nemůže existovat pouze jedna jediná správná interpretace, neboť je to vždy „něčí“ interpretace faktů. Podobně lze argumentovat zpochybnění předpokladu, že text reprezentuje určitou žitou zkušenost [Denzin, Lincoln 2003 a 2005; Flaherty 2002: 479; Harding 1991].

²³⁷ Případně též rozpracovaný termín *trojí krize: reprezentace, legitimacy a praxe* [Flaherty 2002].

²³⁸ Zejména etnografie a etnografického výzkumu

Feministická kritika pak zdůrazňuje situovanost výzkumníka, který je nezpochybnitelně zakotven ve své vlastní realitě, přináší si s sebou do každého výzkumu vlastní žitou zkušenost danou např. genderem, věkem, etnicitou, třídním postavením, stejně tak jako časoprostorovým kontextem svého žití. Tato vlastní žitá zkušenost může ovlivňovat to, co v terénu v rámci výzkumu vidí, či naopak nevidí, ovlivňuje jeho senzitivitu vůči určitým jevům, situacím či prohlášením [Denzin, Lincoln 2003 a 2005; Harding 1991; Farkašová 2002].

Právě feministická epistemologie rozpracovává otázku „*situovaného poznání*“ a jeho vztah k objektivitě tohoto poznání, který shrnuje *koncepte situovaného poznání (stand point conception)*. *Teorie stanoviska (stand point theory)*²³⁹ pak tvrdí, že „*všechny poznávací procesy jsou sociálně situované, podmíněné, strukturované, přičemž některé z těchto objektivních sociálních situovaností představují lepší startovní pozice poznávacích projektů orientovaných na sociální realitu než jiné. Tím máme na mysli právě marginalizované sociální skupiny*“ [Farkašová 2002: 383].

Vztáhnu-li se ke svému konkrétnímu výzkumu, z níktek rozsáhlé literatury věnující se v českém kontextu dané problematice [např. Hašková 2001; Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008; Hrešanová 2008; Hrešanová 2010; Hrešanová 2011; Hasmanová Marhánková 2009; Takáč at al 2012] jasně vyplývá, že v současnosti můžeme sledovat dvě stěžejní spolu soupeřící koncepte vedení porodu, které jsou nejčastěji popisovány jako *aktivně lékařsky vedené porody a přirozené porody*, přičemž lékařsky vedené porody představují dominantní koncepci v rámci české společnosti [Hašková 2001; Hrešanová 2011]. Z tohoto důvodu považuji zaměření se ve výzkumu na ženy, které jsou k této dominantní koncepci v opozici a jejichž představy a očekávání (a jak jsem zjistila i reálné prožitky

²³⁹ Teorie stanoviska (*stand point theory*) patří mezi vlivné a do hloubky rozpracované feministické koncepte. Jedná se o určitou variantu kritické teorie navazující na myšlenky Frankfurtské školy a k jejím hlavním cílům patří produkovat poznání, které napomáhá zlepšovat situaci marginalizovaných sociálních skupin, formulovat reprezentace sociálního světa vycházející ze stanovisek, které odráží zájmy těchto sociálních skupin a aplikaci těchto poznatků v širším sociálním kontextu [cit. Farkašová 2002: 383]

spojené s porodem) poměrně zásadně liší, za velmi vhodné. Z hlediska *teorie stanoviska* tyto ženy rozhodně představují marginalizovanou sociální skupinu.

K otázkám *objektivit*y a *subjektivit*y sociálně-vědního výzkumu a využití *teorie stanoviska* se dále také, myslím, váže otázka vědeckého aktivismu. Aktivistická pozice výzkumníka je dnes nejčastěji spojována s feministickým výzkumem, ale objevují se i názory, že „*neideologická nebo neangažovaná věda neexistuje*“ [Havelková *In* Oates-Indruchová 2008]. Ani angažovaná či dokonce aktivistická pozice vědce však nemusí být překážkou objektivitě výzkumu²⁴⁰. Aktivistický přístup nevylučuje striktně vědecký způsob zkoumání jakékoliv problematiky, a tak i pokud se ve výzkumu zaměřujeme např. na otázku znevýhodnění určité sociální skupiny, není důvod, proč by toto znevýhodnění mělo být nahlíženo jinak, než jakýkoliv jiný sociální problém [Havelková *In* Oates-Indruchová 2008].

Dále následuje popis konkrétních příkladů z vlastní praxe²⁴¹, který se k otázkám objektivit y a subjektivit y výzkumu a k postavení výzkumníka v terénu a ve výzkumném procesu přímo vztahuje. V přípravné fázi výzkumu své diplomové práce jsem se rozhodla, že budu provádět komparaci představ a očekávání současných českých žen s reálnou porodní praxí a perinatální péčí, resp. s jejich následnou porodní zkušeností, přičemž se jednalo o ženy, jejichž přístup k porodu a porodní péči vycházel z koncepce přirozeného porodu²⁴². Byla jsem si vědoma skutečnosti, že tyto představy a očekávání se mohou diametrálně lišit jak u jednotlivých žen ve vlastní výzkumné skupině, tak ale zejména ve srovnání s představami a očekáváními žen, které vychází z konkurenční koncepce porodu aktivně lékařsky vedeného [Hašková 2001; Hrešanová 2011].

²⁴⁰ Zde vycházím zejména z definice objektivit y tak jak uvádí Fay či Berger viz str. 3 tohoto textu [Fay 2008: 252; Berger 1991: 24]

²⁴¹ Pokud zde i dále v textu uvádím „příklad/-y z praxe“, mám tím na mysli praxi vlastního výzkumu v rámci diplomové práce.

²⁴² Důvody této volby viz odstavec výše

Navzdory vlastní žité zkušenosti²⁴³ vycházející z dominantního konceptu porodní péče, jsem vnímala existenci různých porodních představ, požadavků a očekávání jako zcela legitimní, a právě to bylo také mým cílem, ukázat na existenci a legitimitu různorodosti představ a očekávání spojených s porodem a poukázat dále na fakt, že současný český porodní systém tuto heterogenitu neakceptuje a nereflexuje, většinou spíše naopak. A jakkoliv můžeme porod považovat za velice intimní životní zkušenost, zasahuje do něj řada veřejných institucí a jeho průběh podléhá mnoha vnějším, často strukturálním tlakům [Hrešanová 2010; d'Oliveira, Diniz, Schraiber 2002]. Zaměření se na skupinu žen, které jsou v opozici k dominantnímu konceptu perinatální péče, slibovalo možnost transparentně demonstrovat právě působení těchto strukturálních vlivů, a to s využitím *teorie stanoviska*²⁴⁴.

Moje počáteční výzkumnická pozice vycházející z teorie byla záhy konfrontována s výzkumnou realitou. Pravdou je, že mě na tuto skutečnost mohlo a snad i mělo připravit již první zprostředkované setkání s pro mě neznámým a cizím světem žen „*přírodňáček*“²⁴⁵, kterou jsem učinila skrze četbu populárně naučné publikace *Porodní příběhy. Rodíme se jen jednou*²⁴⁶. Tuto beletristickou knihu vydalo sdružení Aperio, které se dlouhodobě a výrazným způsobem angažuje

²⁴³ Vlastní porodní zkušenost, která vycházela ze zmiňované dominantní koncepce lékařsky vedeného porodu, byla zcela neproblematická a nevnímala jsem ji jako překážku objektivního přístupu k dané problematice a výzkumnické praxi. Skutečnost, že jsem sama matkou a mám tedy reálnou zkušenost s porodem a porodní péčí, byla v pozadí řady úvah o mém postavení jako výzkumníka a zvažovala jsem, zda a jakým způsobem se tato zkušenost promítne do výzkumu a ačkoliv jsem si na počátku uvědomovala jak výhody, tak nevýhody, které to může přinášet, vnímala jsem tuto zkušenost spíše jako pozitivní pro výzkum. Nevýhodou bezpochyby mohlo být, že vlastní pozitivní a silně emotivní prožitek porodu mohl vytvářet určité limity v uvažování o jakémkoliv jiném možném průběhu porodu. Na druhou stranu se jedná o prožitek velice provázaný s tělesností a tak možnost představit si (ve skutečnosti „vybavit si“ určitý vlastní fyzický prožitek) umožňuje lépe porozumět určitým aspektům narativ jiných žen.

²⁴⁴ viz teorie stanoviska/stand point theory

²⁴⁵ Označení žen, které vychází z koncepce přirozeného porodu, jako „*přírodňáčky*“ částečně přejímám z textů Emy Hrešanové [Hrešanová 2008; 2011], nicméně velice často se toto označení objevuje i na webových portálech různých sdružení spojených hnutím přirozeného porodu jako např. Aperio či H.A.M. a vychází také z emic perspektivy samotných žen, matek.

²⁴⁶ Srov. Aperio a kol. 2006. *Porodní příběhy: rodíme se jednou*. Praha: Smart Press.

v hnutí přirozeného porodu v rámci České republiky²⁴⁷. Kniha je sestavena z cca čtyř desítek vyprávění matek, které se ztotožňují s koncepcí přirozeného porodu, řada z těchto žen popisovala zkušenost s domácím porodem, jedna pak zkušenost se smrtí novorozence po domácím porodu²⁴⁸, a všechny příběhy vyznívaly jednoznačně pozitivně a ve prospěch této koncepce porodu. Bylo možné je vnímat jako jakousi „*agitku*“. Společným znakem příběhů byl také částečně deklarovaný antagonismus vůči současné porodnické praxi v českých porodnicích. Při četbě jsem některé příběhy sama pro sebe i před svým okolím několikrát komentovala velmi nesouhlasně, občas až rozhořčeně a o těchto ženách jsem často uvažovala jako o „*bláznivých matkách*“. Již tento moment jsem pravděpodobně měla chápat jako alarmující²⁴⁹.

Další důležitou zkušeností byl první ze tří pilotních rozhovorů k výzkumu. Komunikační partnerkou byla mladá žena, která svoji prvorozenou dceru porodila doma, bez přítomnosti porodní asistentky, pouze za pomoci svého partnera²⁵⁰. Porodní zkušenost a prožitek, které popisovala, se naprosto vymykaly jakékoliv mojí žité zkušenosti a moje reakce na tento narativní rozhovor byla velice silná a nutno říci, že výrazně negativní. Tato reakce, ačkoliv se odehrávala pouze v mém vlastním nitru a moje komunikační partnerka ji nemohla ani v nejmenším

²⁴⁷ viz Aperio. Společnost pro zdravé rodičovství. c 2001 - 2012 [online]. Dostupné z <http://aperio.cz/> [cit. 2.1.2013]

²⁴⁸ Zde zdůrazňuji formulaci „*po domácím porodu*“, nikoliv následkem porodu v domácím, tedy nezdravotnickém prostředí, neboť pro tvrzení o takové kauzální souvislosti rozhodně nemám podklady.

²⁴⁹ Srov. např. Berger, P. L. 1991. *Pozvání do sociologie*. Praha: Správa sociálního řízení FMO. (str. 24), Fay, B. 2008. *Současná filosofie sociálních věd*. Praha: Slon (str. 252) a dále též Matoušek, P. 2008. Rozvažování nad etickými otázkami sociálně-vědného výzkumu. *Biograf* (47)

²⁵⁰ Tento první rozhovor byl narativní a byl proveden se ženou, která byla zařazena do výzkumné skupiny. Zbývající dva rozhovory byly naopak se ženami, které rodily obě v porodnickém zařízení a jejich přístup k porodu odpovídal koncepci lékařsky vedeného porodu. Oba následující zmiňované pilotní rozhovory byly částečně strukturované. Tyto dvě komunikační partnerky byly posléze zařazeny do tzv. kontrolní skupiny, která tvořila protiváhu k výzkumné skupině. Mimo jiné se v rámci analýzy ukázalo, že velice odlišný je i způsob vypovídání o porodním zážitku a porodní zkušenosti mezi ženami v obou těchto skupinách (výzkumné a kontrolní), a to nejen z faktografického hlediska, ale zejména na základě zcela odlišného chápání této životní události. Lišila se výrazně délka rozhovorů, jejich emotivní náboj, způsob vyjadřování, termíny, v nichž uvažovaly a vyjadřovaly se.

zaznamenat, znovu otevřela otázku mojí kompetentnosti a vhodnosti mě coby výzkumnice z etického hlediska [Hrešanová 2004; Matoušek 2008].

Obě tyto konfrontace se světem „*přírodiček*“ mě donutily vrátit se znovu zpět na samotný začátek. Naplnily mě silnými pochybnostmi o sobě samé jako o vhodné výzkumnici v tomto konkrétním případě. Pociťovala jsem silné znepokojení a obavy, zda budu schopna *objektivního* (zde ve významu nezaujatého) výzkumu a donutily mě položit si řadu otázek souvisejících s etikou výzkumu.

Na teoretické úrovni jsem si bez zaváhání mohla odpovědět a oponovat svým obavám, že moje osobní zkušenost a moje vlastní hodnoty a postoje nejsou překážkou [Hrešanová 2004] a že mým úkolem především není obhajovat ani přirozené porody, ani porody domácích, dokonce ani hodnotit, která koncepce porodu je či není správná či je lepší, ale ukázat, že v současné české společnosti prokazatelně je skupina žen, které mají určité specifické představy a očekávání ohledně porodu, objasnit jaké jsou jejich motivace rodit „*jinak*“ a ukázat, jak byly tyto jejich představy a očekávání konfrontovány se skutečnými porodními zkušenostmi a zážitky.

V reakci na rozhodnutí pokračovat i nadále ve výzkumu jsem se znovu vrátila ke studiu stávající odborné literatury a vedle textů věnovaných otázce přirozených porodů jsem se dále zaměřila zejména na metodologickou literaturu a teoretické texty věnující se etice výzkumu. Promýšlení etiky výzkumu jsem vnímala jako velice důležitou součást svojí práce zejména s ohledem na to, co deklaruji v samém úvodu své práce.²⁵¹

Zejména v počáteční fázi mojí empirické práce sestávající z rozhovorů s komunikačními partnerkami jsem vnímala existenci výzkumné a současně kontrolní skupiny (viz výše) za velký přínos, a to nikoliv proto, že by existence

²⁵¹ Cit. „Vycházela jsem z předpokladu, že takto navržený výzkum by mohl být nejen zajímavou sociální sondou, ale zároveň by mohl posloužit jako užitečný podklad pro artikulaci požadavků na změny v systému českého porodnictví, ať již na úrovni lékařských zařízení, nebo na úrovni politické. [...] Důkazem, že se otázky těhotenství, porodu a porodní péče stávají doslova veřejným a politickým bojištěm, by mohly být tzv. *domácí porody*, které jsou však jen aktuálně a poněkud senzacechtivě výrazně medializovanou pomyslnou *«špičkou ledovce»*“.

kontrolní skupiny, která zahrnovala ženy, jež od počátku preferovaly aktivně lékařsky vedený porod, přinášela zásadní, nosná data pro samotnou analýzu, ale poskytovala mi jakousi emocionální podporu, při rozhovorech s těmito ženami jsem se pohybovala na „známém území“, šlo o *sdílené porozumění* [Kaceti 2005]. Právě tato podpora mě ale paradoxně vyzbrojovala jistou sebedůvěrou a odhodlaností při rozhovorech s ženami z výzkumné skupiny.

Zejména díky prvnímu ze tří pilotních rozhovorů jsem prošla čímisi, co antropologie nazývá *kulturním šokem*²⁵² [Murphy 1996: 215 - 216]. V této relativně rané fázi výzkumu byla konfrontována pouze moje vlastní žitá zkušenost se zkušenostmi žen, jejichž přístup k porodu a porodní péči se často výrazně lišily, zároveň však tyto informace neútočily na hodnoty a postoje hluboce zakořeněné ve vlastním podvědomí. Současně s tím a díky opakování se určitých charakteristických znaků narativ jednotlivých žen se tyto zkušenosti stávaly stále více známými [Murphy 1996: 215 - 216], moje počáteční předsudky a sympatie či v tomto případě spíše antipatie [Berger 1991: 24] byly eliminovány a byla jsem schopna s tímto osobním nastavením efektivně pracovat.

V pozdější fázi výzkumu jsem byla opakovaně vystavena podobným rizikům a zažívala jsem pocit onoho *kulturního šoku* v různé intenzitě (např. při první konfrontaci s průběhem tzv. diamantového či lotosového porodu²⁵³ nebo při popisu určitých konkrétních praktik při nakládání s placentou po porodu. Právě druhý z uvedených příkladů může dobře názorně demonstrovat celou situaci.

Ve dvou narativách se vyskytla data vypovídající o konzumaci vlastní placenty ženou po porodu. První konfrontace s takovou informací vyvolala vedle skutečně intenzivního fyzického odporu také dojem jistého atavismu. Po prvotní silné vlně nevole se touto otázkou jakkoliv dále zabývat mi však obrat k literatuře,

²⁵² Murphy popisuje kulturní šok jako situaci, kdy je „osoba odloučena od svého vlastního systému kulturních a jazykových významů a nalezne se v situaci nebo ve světě, v němž jsou významy slov a činů buď zvláštní, nebo zcela cizí“. Ačkoliv do podobné situace se pravděpodobně nejčastěji dostávají terénní pracovníci (např. antropologové), kteří se věnují poznávání cizích kultur, kulturní šok může pociťovat, byť nejspíš v menší intenzitě, prakticky kdokoli při cestování, ale i v daleko běžnějších životních situacích, jakými je např. změna zaměstnání [Murphy 1996: 215 - 216].

²⁵³ Viz <http://www.lotosovyporod.cz/>

zejména z oblasti kulturní antropologie, pomohl tuto informaci zpracovat bez toho, abych této sociální situaci přikládala hodnotící stanovisko a v další fázi jsem pociťovala spíše jistou míru excitace nad zajímavými daty.

Velice účinnou strategií v podobných situacích a při zpracování dat, která v několika případech mohla útočit na moje bazální hodnoty a postoje nikoliv jen jako výzkumníka, ale především jako člověka socializovaného do své životní role v konkrétním sociálním a historickém kontextu, jako ženy či matky, byl výzkumný deník.

Záznamy do výzkumného deníku byly prováděny nepravidelně, ale jejich frekvence se výrazně stupňovala zejména v období sběru dat v rámci výzkumné skupiny. Zápisy měly následující charakter:

- a) poznámky k uskutečněným rozhovorům s komunikačními partnerkami – tyto poznámky byly obvykle dvojího typu, jednak bezprostřední dojmy a jednak analytické poznámky prováděné s odstupem. Bez výjimky jsem zapisovala své dojmy z každého provedeného rozhovoru bezodkladně po jeho uskutečnění, resp. co nejdříve po návratu domů. Tyto první poznámky, často silně emotivní, shrnovaly osobní dojmy a pocity z rozhovoru, dále popis, jakousi charakteristiku každé jednotlivé komunikační partnerky. Zaznamenávala jsem „*technické*“ poznámky o rozhovoru týkající se např. způsobu kladení a formulace otázek, vhodnosti či nevhodnosti určitých reakcí (svých vlastních i informátorek). Reflektovala jsem prostředí a průběh rozhovoru, zda byly přítomny děti, zda jsem se setkala s partnerem či manželem dané ženy. Zde jsem zaznamenávala také to, když mě konkrétní data překvapila, zaskočila, když jsem zažila silnou reakci na cokoli v průběhu rozhovoru.
- b) další záznamy jsem obvykle zapisovala po prvním poslechu každého rozhovoru ze záznamu. I tento zápis následoval pokud možno v co nejkratší době po uskutečnění rozhovoru. Tyto „*druhé*“ poznámky již často měly i analytický charakter, do větší míry se zabývaly samotnými získanými daty.

- c) poznámky z četby – ať již se jednalo o odborné texty nebo často více méně náhodně nalezené články v novinách a časopisech, komentáře a reakce na filmové dokumenty věnující se problematice těhotenství, porodů a mateřství. Zvláště u filmových dokumentů jsem si zaznamenávala způsob, jakým jsem se k tomuto materiálu dostala, zda a kdo mi ho doporučil apod. Vedle stručných rešerší z četby jsem zde zaznamenávala nápady, zda a jak bych mohla tyto informace využít v dalších interview.
- d) poznámky, které reflektovaly reakce okolí na téma porodů a přirozených či domácích porodů nebo reakce okolí na to, že píše práci o přirozených porodech. Překvapivě reakce okolí byly velice časté a nezřídka velice silné. Rozhodně převládaly reakce negativní. Reakce okolí bych navíc mohla rozdělit do tří skupin: ženy, které mi vyprávěly svoje porodní zážitky a vyzdvihovaly výhody lékařsky vedeného porodu (tedy svého vlastního porodu, své vlastní koncepce), vyprávěly o komplikacích při porodu a vyzdvihovaly roli lékařů při vlastním porodu; muži, zejména ti, kteří byli přítomni porodu svého dítěte; a konečně lékaři a jiní zdravotníci
- e) emoce; pocity a dojmy; reflexe sebe samé jako výzkumnice; sebezpozorování; měnící se názory a postoje

Jak již bylo uvedeno výše, častější intenzivní kontakt s komunikačními partnerkami v rámci výzkumné skupiny a zejména opakující se zkušenosti a narativy výrazně napomáhaly k nabytí nadhledu, stejně tak jako posilovaly odhodlání výzkum dokončit a víru v to, že budu schopna objektivní analýzy a především interpretace získaných dat.

V průběhu výzkumu dále došlo i k pro mě zcela neočekávanému obratu či posunu, neboť jak jsem se postupně seznamovala s daty a získávala stále hlubší a detailnější vhled do dané problematiky, začal se měnit můj původně neangažovaný postoj v postoj spíše aktivistický. V počátku výzkumu jsem na základě čistě teoretických znalostí *formálně* deklarovala potřebu toho, aby bylo zdokumentováno, že v současné české společnosti existuje skupina žen, jejichž porodní představy a očekávání se liší od dominantního tzn. aktivně lékařsky vedeného porodu,

abychom se pokusili nalézt vysvětlení, co za tímto odlišným přístupem stojí a současně jsem vyjádřila názor, že požadavky těchto ženy by neměly být přehlíženy, ale naopak by měly být brány v úvahu při promyšlení koncepce poskytování porodní péče.

Tento můj postoj výzkumnice však vycházel pouze z teoretických liberalistických idejí o legitimitě různých úhlů pohledu každého jedince na téměř jakýkoliv problém v demokratické společnosti a jeho právo na možnost naplnění představ o vlastním životě. V průběhu empirického výzkumu jsem však získala skutečně silné vnitřní přesvědčení o oprávněnosti takových požadavků, a to navzdory skutečnosti, že moje osobní preference týkající se průběhu vlastního porodu zůstaly v hlavních rysech nezměněny.

Velice důležitým úkolem v průběhu celého výzkumného procesu a zejména později ve fázi analýzy a interpretace dat byla reflexe vztahu s komunikačními partnerkami. Průběh řady rozhovorů byl provázen skutečně silnými emocemi a zakládal se naprosto ve všech případech na vytvoření vztahu důvěry mezi mnou jako výzkumnicí a mezi mými komunikačními partnerkami, což bylo v rámci výzkumné skupiny výrazně posilováno i faktem, že společné rozhovory probíhaly v domácím prostředí mých informátorek a já tak byla v intenzivním kontaktu nejen s nimi samotnými, ale současně s jejich dětmi a často i partnery.

Témata, která byla na otázky těhotenství a porodu přirozeně navázaná, zasahovala do oblasti rodiny, té původní i současné, tělesnosti, sexu a sexuality, mateřství a rodičovství, partnerství a v některých případech otázky na porod a jeho průběh iniciovaly také otevření témat vážících se k událostem a problémům zasunutým hluboko do zapomnění nebo alespoň „*nemluvení*“ o nich. To vše opět nutně implikovalo potřebu vzájemné důvěry.

V naprosté většině případů nebyl výzkumný rozhovor posledním a časově uzavřeným kontaktem s těmito ženami, často po rozhovoru následovaly buď doplňující otázky z mé strany, ale často mě kontaktovaly i samotné ženy, aby mi sdělily nové skutečnosti, zážitky či vzpomínky.

Tím, co buď ukáže, nakolik úspěšná jsem byla ohledně zachování výzkumnické objektivity nebo naopak vyvolá diskusi o mojí možné výzkumnické

podjatosti, je či může být teprve výsledný text a v něm uveřejněná analýza a interpretace dat. Rozhodně však již nyní připouštím, že jsem si při dokončování práce byla vědoma faktu, že intenzivní kontakt s komunikačními partnerkami v rámci výzkumu, důvěra, již mi prokazovaly a s níž mi svěřovaly často citlivá data a informace, stojí za mým silným pocitem odpovědnosti za úspěšné dokončení výzkumu, za jeho etický průběh i jakékoliv další prezentování těchto dat a že moje pozice coby výzkumníka v daném terénu je aktivistická.

Seznam literatury a zdrojů:

Archer, M. S. 1982. „Morphogenesis versus Structuration: On Combining Structure and Action.“ *British Journal of Sociology* 33 (3): 455 – 483.

Archer, M. S. 2008. „Lze najít pojitko mezi vysvětlením a porozuměním?“ *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, Vol. 44 (1): 7 – 22

Berger, P. L. 1991. *Pozvání do sociologie*. Praha: Správa sociálního řízení FMO.

Cliffors, J. 1986. *Partial truth* (pp1-27) in J. Clifford, G. E. Marcus (eds.). 1986. *Writing culture. The poetics and politics of ethnography*. Berkeley: University of California Press.

D'Oliveira, A. F. P. L., S. G. Diniz, L. B. Schraiber. 2002. „Violence against women in health-care institutions: an emerging problem“ in *Lancet*, No. 359: 1681–85.

Denzin, N. K., Y. S. Lincoln. 2003. *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Denzin, N. K., Y. S. Lincoln. 2005. *The SAGE Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Durkheim, E. 1950. *The Rule of Sociological Method*. Chicago: The University of Chicago press.

Farkašová, E. 2002. „Situovanost' vedeckého poznania versus jeho objektivita? (k prolematike situovaného poznania vo feministických epistemoógiách)“ in *Filozofia*, Vol. 6: 383 – 392.

Fay, B. 2008. *Současná filosofie sociálních věd*. Praha: Slon.

Flaherty, M. G. 2002. „The "Crisis" in Representation: A Brief History and Some. Questions“ in *Journal of Contemporary Ethnography*, Vol. 31(4): 480–1.

Gaist, B. 1992. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing.

Hájek, M. 1995. „Tanec na hraně nože“: strategie konstrukce sociálních problémů. Případová studie dvou skupin“ in *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, Vol. 31 (1): 105 – 116.

Harding, S. 1991. *Whose Science? Whose Knowledge?: Thinking from Women's Lives*. New York: Cornell University Press.

Hašková, H. 2001. *Názorové diferenciacie k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Hrešanová, E. 2004. "Profesionalizace antropologie a etické instituce" in *Biograf*, Vol.35: 127-146.

Hrešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Vydavatelství ZČU v Plzni.

Hrešanová, H. 2011. [online] „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie“ dostupné z <http://www.genderonline.cz/cs/issue/30-rocnik-12-cislo-2-2011/224> [cit. 22.7.2012].

Kacetyl, J. 2005. [online] „Porozumění cizím kulturám prostřednictvím studia jazyka“ in *PAIDEIA: PHILOSOPHICAL E-JOURNAL OF CHARLES UNIVERSITY* 2(1) dostupné z <http://userweb.pedf.cuni.cz/paideia/print.php?sid=3&lng=cs&lsn=1&jiid=4&jcid=16> [cit. 12.1.2013]

Loužek, M. 2008. „Interpretace Maxe Webera v obecné sociologii.“ In *Sociológia*, Vol. 40 (2): 141 – 162.

Matoušek, P. 2008. „Rozvažování nad etickými otázkami sociálně-vědného výzkumu“ in *Biograf*, Vol. 47.

Murphy, R.E. 1996. *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Praha: Public History.

Oates-Indruchová, L. (ed.) 2008.[online] „Feminismus v akademii: *aktivismus v akademii – angažovanost feministického výzkumu – témata – jazyk rovných příležitostí*. Část II. Je, nebo není feministický přístup k vědeckému bádání specifický ve vztahu k angažovanosti/aktivismu?“ dostupné z http://www.cec-wys.org/kontext/a9f9d2a7/feminismus%20v%20akademii_2.pdf [cit. 10.1.2013].

Szaló, C., T. Katrňák. 2002. „Obrat k praxi a hledisku aktérů: Bourdiový reprodukční strategie a formy nadvlády“ in *Sociální studia*, Vol. 8: 93 – 100.

Takács, L., J. Seidlerová, S. Horáková Hoskvcová, S., L. Šulová, I. Štětovská, H. Zejdová, M. Kolumpková.
2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček.*
Praha: FF UK.