

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra genderových studií

Bc. Karolína Vernerová

**Zkušenosti žen s poporodní péčí
v českých porodnicích**

Diplomová práce

Vedoucí práce: **PhDr. Jaroslava Hasmanová Marhánková, Ph. D.**

Praha 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27. 6. 2019

Bc. Karolína Vernerová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala celé své rodině a přátelům za trpělivost a podporu, kterou mi věnovali během celého studia a zejména během psaní této diplomové práce. Zvláštní dík patří mému partnerovi Tomášovi, který mi vždy byl a stále je velkou oporou. Děkuji také vedoucí této práce PhDr. Jaroslavě Hasmanové Marhánkové, Ph.D. za cenné rady, podporu a čas, který věnovala mně i tomuto textu. V neposlední řadě děkuji všem ženám, které byly ochotné si na mě udělat čas a vyprávět mi o svých leckdy velmi intimních a niterných zážitcích. Jsou to především ony, které díky své otevřenosti a vstřícnosti umožnily vznik této práce.

Obsah

1. ÚVOD	1
2. TEORETICKÁ ČÁST	4
2.1. Porod a těhotenství jako sociálně konstruované jevy	4
2.2. Koncept medikalizace ve vztahu k porodu a poporodní péči	5
2.3. Koncept konzumerismu v kontextu porodní péče.....	7
2.4. Koncept autoritativního vědění	9
2.5. Ideál mateřství	10
2.6. Dva modely uvažování o porodu	11
2.6.1. Medicínský model	12
2.6.2. Sociální model	14
2.7. Porodnictví jako lékařská disciplína, zrod porodnice	16
2.8. Porodnice v socialistickém Československu.....	17
2.9. Současná péče v českých porodnicích na oddělení šestinedělí	19
3. METODOLOGIE	21
3.1. Výzkumná otázka.....	21
3.2. Výzkumný vzorek	22
3.3. Medailonky informantek	23
3.4. Etika výzkumu	27
3.5. Průběh rozhovorů	28
3.6. Metody analýzy dat	30
4. EMPIRICKÁ ČÁST	33
4.1. Pojetí porodu	33
4.2. Kritéria výběru porodnice	37
4.3. Režim a řád na oddělení šestinedělí očima žen.....	41
4.3.1. Běžný chod oddělení aneb vážení, přebalování, kojení a koupání.....	41
4.3.2. Nedostatek času, míst a personálu	46

4.3.3.	Vizity a vyšetření – tělesná kontrola	47
4.3.4.	Sociální kontrola.....	49
4.3.5.	Hmotné zajištění.....	51
4.3.6.	Podpora kojení.....	54
4.3.7.	Propouštění/odchod z porodnice	59
4.4.	Strategie žen pro vyrovnání se s režimem na oddělení šestinedělí	64
4.4.1.	Příjezd do porodnice „ve správnou chvíli“	64
4.4.2.	Vzájemná podpora s dalšími ženami na pokoji	65
4.4.3.	Obhajování statusu quo	67
4.4.4.	Dřívější odchod z porodnice.....	68
4.4.5.	Nedodržování pravidel porodnice	70
4.5.	Interakce s personálem – komunikace a informovanost očima žen.....	72
4.5.1.	Nedostatek informací.....	72
4.5.2.	Protichůdné informace.....	75
4.5.3.	Instrukce ohledně péče o matku a o dítě	77
4.6.	Kapitál žen při střetu s režimem porodnice.....	78
4.6.1.	Vlastní zkušenost.....	78
4.6.2.	Ekonomický kapitál.....	80
4.6.3.	Sociální kapitál	83
4.6.4.	Kulturní kapitál.....	84
4.7.	Shrnutí analýzy rozhovorů	90
5.	ZÁVĚR	95
	LITERATURA.....	97
	PŘÍLOHY.....	102
	Příloha č. 1: Informovaný souhlas	102
	Příloha č. 2: Tematické okruhy rozhovoru	103
	Příloha č. 3: Seznam použitých kódů.....	104

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá tématem péče na poporodním oddělení/oddělení šestinedělí v prostředí porodnic v České republice očima žen, které zde v uplynulém roce absolvovaly lékařsky vedený porod. V centru výzkumného zájmu stojí to, s jakými očekáváními ženy do porodnice a na oddělení šestinedělí přicházejí, jakým způsobem ve svých výpovědích konstruují svou zkušenost s různými aspekty péče na tomto oddělení, jaké momenty zvýznamňují a jaké strategie volí při případných střetech vlastního „ne-expertního“ přesvědčení s režimem dané porodnice či s „autoritativním věděním“ jejího personálu. Cílem práce je zprostředkování autentických ženských zkušeností s poporodní péčí a jejich zasazení do širšího teoretického rámce, zejména s ohledem na medicínský diskurz a možné disciplinační techniky, jejichž prostřednictvím je v prostředí porodnice utužována autorita zdravotnického personálu a jež slouží k tělesné i sociální kontrole žen.

Klíčová slova

Poporodní péče, porodnice, medikalizace, medicínský diskurz, autoritativní vědění, konzumerismus, ideál mateřství, kulturní kapitál, Česká republika

ABSTRACT

This diploma thesis focuses on the issue of postnatal care in maternity hospitals in the Czech Republic as it is perceived by women who went through the medicalised obstetric birth in the past year. It examines in particular women's expectations concerning the care on the postnatal ward, their experiences of various aspects of care provided, the moments women highlight and the strategies they adopt in case of possible clashes of their own „non-expert“ opinions with the regime of particular maternity hospital or „authoritative knowledge“ of the staff. The aim of this thesis is to present the authentic experiences of postnatal care and to implant them into broader conceptual framework, especially considering the medical discourse and possible disciplinary techniques which are implemented to strengthen the authority of medical staff and to provide the opportunity for physical and social control of women.

Keywords

Postnatal care, maternity hospital, medicalisation, medical discourse, authoritative knowledge, consumerism, ideal of motherhood, cultural capital, Czech Republic

1. ÚVOD

V České republice se v roce 2015 narodilo 108 801 dětí, přičemž podle dostupných údajů pouze u 238 z nich k tomu došlo mimo zdravotnické zařízení (*Rodička a novorozenec 2014–2015*, 2017). Porodnice je tak v současné době v České republice takřka výhradním místem, kde dochází k narození dítěte. Nebylo tomu tak ovšem vždy. Historicky je totiž porod v prostředí porodnice záležitostí relativně novou, a nikoliv v pravém slova smyslu „tradiční“, i když se tak o něm dnes někdy uvažuje.

Těhotenství a porod jsou pro ženu v mnoha ohledech zásadními zkušenostmi, které ovlivňují její život i identitu. Tyto procesy nejsou pouze biologické, ale jsou podmíněny celou řadou sociálních aspektů, které mají na prožívání a postavení žen zásadní vliv. Otázka lidské reprodukce byla vždy důležitá pro feministické bádání, neboť těhotenství a porod na jedné straně představují ryze ženskou zkušenost, kterou lze vyzdvihovat a oslavovat, na straně druhé jsou však pro ženy svazující a mohou přispívat k přetrvávajícímu útlaku žen.

Je nesporné, že po porodu žena prochází celou sérií fyzických i psychických změn, na které není předem připravena. Toto období představuje v jejím životě významný milník a instituce porodnice hraje v tomto ohledu velmi důležitou roli, neboť první dny po porodu tráví žena se svým dítětem v drtivé většině případů právě tam. Od žen se očekává, že se velmi rychle přizpůsobí své nové roli matky. „*Jedná se o období významného přechodu, které klade obrovské nároky na ženinu přizpůsobivost a schopnost přijmout nové podmínky.*“ (Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, 1998, s. 7). Jak ukáže tato práce, prostředí porodnice není vždy k ženám zcela přívětivé, a ne vždy se v něm podaří podpořit začínající vztah mezi matkou a dítětem tak, jak by si samy ženy přály nebo jak by očekávaly. Významnou roli hraje fakt, že porodnice představuje moderní instituci formovanou autoritativním medicínským věděním a jako taková je dějištěm mocenských bojů.

V prostředí České republiky byla doposud věnována pozornost především organizační struktuře porodnic a charakteru poskytované porodní péče (Hašková, 2001; Hrešanová, 2008). Předmětem zájmu byly i nové trendy a změny projevující se v porodnictví vlivem konzumerismu a komercializace (Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008) nebo psychosociálními aspekty v poskytování perinatální péče (Takács, Seidlerová a kol., 2012). Hrešanová (2011) provedla kvalitativní studii porodní péče a zabývala se jejími různými pojetími, tak jak je konceptualizují samy české rodičky. V jedné ze svých dalších studií tato autorka svá zjištění dále rozvedla a upozornila, že v rámci poskytování porodní

péče lze vysledovat jak tendence neoliberální, ovlivněné post-socialistickými reformami, tak i tendence přetrvávající z dob socialismu (Hrešanová, 2014). Perspektivou lékařů a jejich postoji ke změnám v praxi reprodukční medicíny se zabývaly Slepíčková a Šmídová (2014). Doposud se však v menší míře věnuje pozornost péči poporodní, která je však s ohledem na péči o matku a její nově narozené dítě neméně důležitá a na kterou jsem se proto rozhodla zaměřit v této diplomové práci.

V následujících teoretických kapitolách stručně shrnuji dosavadní vědecké poznání a relevantní koncepty, zejména pak proces medikalizace ve vztahu k porodu a poporodní péči, koncept konzumerismu a autoritativního vědění a konstrukce ideálu mateřství v naší společnosti. Dále rozvádím různá pojetí porodu a blíže popisuji historické okolnosti vzniku porodnictví jakožto mužské disciplíny a porodnice jakožto centrálního místa porodnického vědění. Samostatná kapitola je věnována také porodnictví socialistického Československa, na jehož podkladě je potřeba vnímat i řadu z aspektů typických pro současný systém českého porodnictví.

V empirické části této práce se zabývám tématem péče poskytované na oddělení šestinedělí v porodnicích v České republice očima žen, které zde v uplynulém roce absolvovaly lékařsky vedený porod¹. V centru mého výzkumného zájmu stojí to, s jakými očekáváními ženy do porodnice a na oddělení šestinedělí přicházejí, jakým způsobem ve svých výpovědích konstruují svou zkušenost s různými aspekty péče na tomto oddělení, jaké strategie volí při případných střetech vlastního „ne-expertního“ přesvědčení s režimem dané porodnice či s „autoritativním věděním“ jejího personálu a jaké formy kapitálu jim mohou pomoci uplatňovat vlastní požadavky.

V souladu s konstruktivismem, v jehož rámci se v této práci pohybuji, předpokládám, že neexistuje jedna objektivně existující realita, kterou je možné identifikovat a následně popsat (Guba, Lincoln, 1994). Soustředila jsem se tedy na způsoby, jakými sociální realitu popisují mé informantky a kladla jsem si následující výzkumnou otázku: *Jakým způsobem ženy ve svých výpovědích konstruují svou zkušenost s různými aspekty péče na oddělení šestinedělí, jaké momenty zvýznamňují a jaké významy jim přiřkládají?* Sběr dat probíhal od listopadu 2018 do ledna 2019 a bylo během něj realizováno 12 polostrukturovaných rozhovorů, které byly následně přepsány a kódovány za účelem zjištění ústředních témat

¹ Lékařsky vedený porod je praxí, která vychází z medicínského modelu uvažování o porodu, probíhá v prostředí porodnice, zpravidla pod dohledem lékaře/lékařky či porodní asistentky (příčemž však lékař/ka je vždy v bezprostřední blízkosti), za využití veškerých dostupných technologií za účelem minimalizace možných rizik, která jsou porodu připisována.

vztahujících se k výzkumné otázce. Cílem práce je zprostředkování autentických zkušeností s poporodní péčí a jejich zasazení do širšího teoretického rámce, zejména s ohledem na medicínský diskurz a možné disciplinační techniky, jejichž prostřednictvím je v prostředí porodnice utužována mocenská pozice zdravotnického personálu a jež slouží k tělesné i sociální kontrole žen.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Porod a těhotenství jako sociálně konstruované jevy

Ačkoliv je lidská reprodukce bezesporu záležitostí biologickou, nelze zároveň opomíjet její sociální stránku v tom smyslu, že je kvůli své důležitosti pro společnost podrobována společensky podmíněným pravidlům, je formována a normována a její výklad se do značné míry odvíjí od toho, jak k ní daná společnost přistupuje a jaké významy jí připisuje. Biologická reprodukce tak není čistě osobní záležitostí, ale je silně společensky ovlivňována a regulována. Pro účely této práce proto porod a jeho okolnosti pojmám mimo jejich biologickou podstatu jako jevy sociálně konstruované a podléhající sociální kontrole.

Prožívání těhotenství a porodu nelze jednoduše popsat jako sled biologických dějů, neboť i natolik niterný zážitek, jakým je prožívání vlastního těla, je ovlivněn tím, jak k těhotenství a porodu přistupuje dominantní, tj. v tomto případě medicínský diskurz. Očekávání a představy ohledně těhotenství a porodu ovlivňuje především jejich veřejný obraz, který je ženám předkládán prostřednictvím časopisů, knih a dalších materiálů. Těhotenství je navenek prezentováno jako unifikovaný tělesný prožitek a v ženě je cíleně vzbuzován cit k nenarozenému dítěti prostřednictvím pravidelných kontrol, které jsou jak v medicínském diskurzu, tak i v populárních materiálech a textech prezentovány jako zásadní pro zdárný průběh těhotenství (Hasmanová Marhánková, 2009). Očekávání žen je těmito sdílenými narativy ovlivněno a vlastní individuální zážitky a pocity jsou pak často interpretovány jako ojedinělé, namísto toho, aby byl zpochybňován diskurz samotný (Pešťanská, 2016).

V důsledku snahy o dosažení stanovených norem potom dochází k disciplinaci ženského těla prostřednictvím společenské kontroly, která zasahuje do všech oblastí života ženy. Ženám je během těhotenství doporučováno, co mají a nemají jíst, jak mají ležet, jakým aktivitám se mají vyhýbat a jaké naopak vykonávat častěji, a to vše s ohledem na „možná“ rizika, která mohou nastat a kterým je třeba se vyhnout. Lysterly a kol. (2009) upozorňují, že tato doporučení nemusejí být vědecky podložena, ale spíše se řídí mantrou „jistota je jistota“. Ženy tak mohou být v konečném důsledku omezovány, aniž by k tomu existoval medicínský důvod a jejich pocity a prožívání vlastního těla nejsou v tomto ohledu považovány za relevantní.

Pakliže o lidské reprodukci uvažujeme v rámci širších společenských vztahů, nelze opominout kategorii genderu, která sociální kontext prolíná a ovlivňuje tak samotný průběh těhotenství i porodu (Hrešanová, 2012). Moderní porodnictví, tak jak jej dnes známe, se z historického hlediska vyvíjelo jako „mužské“, v opozici vůči tzv. „babičtví“, tj. vedení porodů porodními bábami, které neměly institucionalizované vzdělání, ale opíraly své vědění o zkušenosti předávané z generace na generaci a jejich pozice byla dána důvěrou, kterou si dokázaly získat v rámci komunity. Porodní báby však s nástupem modernizace a profesionalizace porodnictví postupně ztrácely svůj monopol na vedení porodů a ten se téměř výhradně přesunul do rukou proškolených lékařů-mužů (Tinková, 2014).

Ačkoliv se dnes už počty žen a mužů v rámci gynekologie a porodnictví vyrovnávají, patriarchální charakter poskytované péče přetrvává i nadále (Hrešanová, 2012). Během porodu v porodnici dochází k objektifikaci ženského těla, porod je na ženě vykonáván jako gynekologická operace a žena je během něj často v pasivní roli, kterou více či méně automaticky přijímá a která potom formuje její vlastní pocity z porodu. Karin Martin (2003) uvádí, že některé ženy, s nimiž dělala rozhovory, nabývaly dojmu, že jim jejich vlastní porod „utekl“, neboť během něj „neviděly“, co se „skutečně“ děje. Tyto ženy tak dávaly přednost „odosobněnému“ pohledu zvnějšku, pohledu svého partnera nebo pohledu expertnímu, neboť takový obraz porodu jim byl předkládán a jen ten považovaly za skutečně relevantní.

Stejná autorka navíc upozornila na další důležitý fakt, že vliv genderových norem se neprojevuje pouze v interakci, ale samy ženy normy internalizují a pak se podle nich chovají, což považují za přirozené. I během natolik vypjaté a bolestivé situace, jakou je porod, tak některé ženy dbají na normu poslušnosti a mohou se zdráhat říci si o to, co skutečně potřebují nebo co skutečně cítí, přičemž se neodkazují na strach z možných sankcí, ale na svou vlastní „povahu“ (Martin, 2003).

2.2. Koncept medikalizace ve vztahu k porodu a poporodní péči

Medikalizace nebo též medicinizace (viz Slepíčková a kol., 2012) je proces v odborné literatuře obecně popisovaný jako tendence „(...) *lékařství rozšiřovat své pole působení i na další původně nelékařské oblasti každodenního života*“ (Hrešanová, 2012, s. 182). Medikalizace je úzce spjata s procesem modernizace a profesionalizace lékařské profese, k níž docházelo postupně od konce 19. století a během níž získalo lékařství prestižní postavení, které si udrželo dodnes (Tinková, 2014; Slepíčková, Šmídová, 2014). „*V první*

polovině 20. století byl lékař v mnoha zemích již chápán jako příslušník společenské elity, u níž se vysoká formální i neformální autorita pojí s erudicí a vysokou mravní odpovědností“ (Křížová, 2006, s. 20). Ustavením lékařské profese navíc došlo nejenom k povýšení společenského statusu jejích příslušníků, ale také k vytvoření specifických norem a pravidel, jež jsou zvenčí prakticky nekontrolovatelná, neboť privilegium kontroly mají pouze zástupci dané profese. Tím je lékařské profesi zaručena značná autonomie, která má za následek, že stanovené normy a zájmy mohou často odrážet spíše potřeby dané profesní skupiny, než zájmy společnosti jako celku (Křížová, 2006).

Medikalizace jako proces společenské proměny, jako postupný přechod ze sociálního modelu péče na model (bio-) medicínský (viz Van Teijlingen, 2005, odst. 1.1)², má dodnes dalekosáhlé důsledky na lidský život a téměř všechny jeho oblasti, lidskou reprodukci nevyjímaje. Lidská reprodukce je totiž sice na jedné straně ryze biologickým procesem, který se zdánlivě nemění, na straně druhé však podléhá silným kulturním tlakům a společnost systematicky usiluje o její kontrolu. A zde má své nezastupitelné místo moderní medicína, zejména pak reprodukční biomedicína, která disponuje mocí k určení toho, kdo je vůbec hoden biologické reprodukce, jaké dítě je „normální“ a jaké odchylky normálu jsou naopak „patologické“, jak se má chovat zodpovědná těhotná žena, zodpovědná matka apod. (Slepičková a kol., 2012).

Těhotenství a porod však nejsou samy o sobě projevem nemoci či nedostatečnosti těla. Aby tedy mohlo být dosaženo určité míry kontroly, je v rámci medicínského diskurzu těmto událostem v životě ženy vždy určitá míra patologie připisována. Díky tomu pak vzniká obecně sdílená společenská představa, že těhotná žena musí za účelem „správně“ probíhajícího těhotenství a porodu vyhledat lékařskou péči, aby minimalizovala možná rizika (Lazarus, 1994; Van Teijlingen, 2005). Pokud se žena z jakéhokoliv důvodu rozhodne „odbornou“ pomoc nevyhledat, je to zpravidla chápáno jako nezodpovědnost a vystavování sebe, a především dítěte zbytečnému riziku.

Reiger a Dempsey (2006) hovoří v této souvislosti o narůstajícím strachu a úzkosti z porodu a o poklesu kulturního a individuálního sebevědomí v porodní kapacitě žen. Monopol na zdárné „provedení“ těhotenstvím, „vedení“ porodu i na poporodní péči se v západních společnostech vlivem medikalizace přesunul do rukou lékařů/lékařek a vznikl rozdíl mezi „laickým“ věděním matky a „expertním“ a zároveň autoritativním věděním lékařského personálu. Lékaři a lékařky jakožto nositelé expertního vědění získávají nad

² Více o těchto dvou modelech a jejich implikacích viz Kapitola 2.6 – Dva modely uvažování o porodu

pacientem/pacientkou mocenskou převahu a vzniká tak nová forma moci člověka nad člověkem (Křížová, 2006). Jak uvádí Lazarus (1994, s. 30, překlad vlastní): „*Lékařské vědění, stejně jako další druhy vědění, je neoddělitelné od společenských vztahů a zkušeností. Je nerovnoměrně distribuováno a tím pádem úzce souvisí s otázkou moci a kontroly.*“ Lazarus (1994) také upozorňuje na fakt, že mocenské rozdíly může dále ovlivňovat socio-ekonomický status ženy, který hraje velkou roli v otázce jejího „porodního vědomí“ tj. vědění jednak biologického, týkajícího se konkrétních biologických procesů, ale také vědění sociálního, týkajícího se zdravotnických procedur a chodu nemocnice, která se vlivem medikalizace stala stěžejním a prakticky jediným místem, kde může žena své dítě porodit. Volby žen jsou tak do značné míry dány medicínským diskurzem a tím, jaké služby daná porodnice může a chce nabídnout (Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008).

2.3. Koncept konzumerismu v kontextu porodní péče

V 60. a 70. letech minulého století se v západních zemích začala formovat kritika přílišné medikalizace a s ní spojeného odosobněného pojetí porodů a porodní péče, v níž má hlavní slovo medicínsky proškolený pracovník a kde často dochází k nadužívání techniky a rutinních zásahů a kontrol³. Z feministického hlediska byla hlavní kritika namířena na patriarchální uspořádání lékařských zařízení, porodnici nevyjímaje (Hrešanová, 2012).

V prostředí České republiky se se zpochybňováním medicínského přístupu k porodu setkáváme až v 90. letech, a to vlivem rozsáhlých politických a společenských změn a s nimi souvisejících zdravotnických reforem. V předrevolučním Československu bylo zdravotnictví organizované státem a systém poskytování zdravotnické péče se vyznačoval vysokou mírou centralizace, byrokratizace, paternalismu a dehumanizace ve vztahu k pacientovi/pacientce. V souvislosti se vznikem tržního prostředí a privatizací nemocnic se potom v oblasti zdravotnictví postupně začal projevovat konzumerismus. Zatímco předchozí systém zdravotnictví garantoval každému zdravotnickému zařízení určitý počet „spádových“ pacientů/pacientek a v chodu byla leckdy udržována i zařízení finančně prodělečná, v novém systému se začaly naplno uplatňovat principy tržního prostředí a konkurence. (Křížová, 2006; Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008)

³ Sociolog Ivan Illich (1976) přišel v souvislosti s kritikou medikalizace s termínem „*iatrogení poškození*“ tj. poškození způsobené lékařem, čímž upozornil na možná rizika spojená s přemírou lékařské péče, která může v určitých případech namísto léčby nemoc vyvolávat či posilovat.

Z lékařů/lékařek se v tomto prostředí stali poskytovatelé/ky služeb a z pacientů/pacientek se stali „klienti/ky“, jejichž požadavky začaly hrát důležitou roli v poskytování zdravotní péče. „Z toho pro zdravotnictví jako službu přirozeně plyne závažný specifický požadavek: pacientovi rozumět, komunikovat s ním, poznat jeho potřeby, nabízet to, co chce, co mu vyhovuje. Hlavně je pak z tohoto přístupu odvozován závažný princip velící chápat jako kontrolu úspěchu spokojenost pacienta.“ (Kapr, Koukola, 1998, s. 10)

Z pasivních pacientek se vlivem konzumerismu mají stávat autonomní bytosti, které budou poskytovanou péčí pečlivě a racionálně posuzovat a rozhodovat se podle principu „maximalizace užitku“. Lupton (1997) upozorňuje, že tento model je do značné míry zjednodušující a že v kontextu nemoci a s ní často související bolesti a emočního vypětí nelze jednoznačně ideál „konzumeristické/ho“ pacienta/pacientky apriori skeptické/ho k medicínskému modelu považovat za lepší. Navíc naráží na to, že dualita racionální versus emotivní, aktivní versus pasivní, evokuje dualitu mezi maskulinitou a feminitou, přičemž zde jako již tradičně dochází k privilegování spíše stereotypně maskulinního, chladného a objektivního přístupu ke zdravotnické péči. Namísto toho je podle této autorky třeba dbát na individuální charakteristiky jedinců, které vstupují do vztahu mezi pacientem/pacientkou a lékařem/lékařkou.

Podle Lupton (1997) navíc není tak docela možné lékařskou péči považovat za komoditu, neboť nemoc pacienta/pacientky vždy do značné míry provází závislost na poskytování služeb a vzájemný vztah je tak vždy do určité míry asymetrický. Porod však v tomto smyslu nelze považovat za nemoc. Ačkoliv je bezpochyby provázen značnou bolestí a psychickým i fyzickým vypětím, je zároveň zcela přirozeným procesem a určitá míra patologie je mu připisována až „dodatečně“, za účelem jeho zasazení do medicínského rámce.

V současném systému poskytování zdravotní péče je výběr mezi porodnicemi legitimní volbou rodičky. Je to v podstatě jediná skutečná volba místa porodu v tom smyslu, že si žena může předem zjistit o porodnicích určité informace a podle nich se rozhodnout, kde porodí. Není ovšem pochyb o tom, že tento proces zjišťování informací vyžaduje čas a kulturní kapitál, kterými ne všechny ženy disponují stejně. Hrešanová a Hasmanová Marhánková (2008) upozorňují, že vlivem konzumerismu navíc vznikají nové druhy nerovností mezi ženami. Přicházejí s překvapivým zjištěním, že podle personálu porodnic rodí hůře ty ženy, které mají obecně vyšší socioekonomický status a mají lepší přístup k informacím, jejichž přemíra jim může jistým způsobem až škodit, neboť nastudované poznatky lze v prostředí porodnice velmi obtížně uplatnit.

Podle Haškové (2001) 55 % matek považovalo před svým porodem výběr porodnice za důležitý. Mezi zdravotnickými zařízeními tedy vzniká konkurence a jsou nucena soupeřit o přízeň potenciálních klientek. S tím souvisí provádění určitých změn jako je například renovace porodních pokojů a/nebo pokojů na oddělení šestinedělí, zlepšování vybavení porodních pokojů, zavádění nadstandardních pokojů, poskytování laktačního poradenství apod. Stále však platí, že tato opatření jsou zaměřena spíše na materiální stránku poskytované péče.

2.4. Koncept autoritativního vědění

Ačkoliv se dnes již upouští od ryze medikalizovaného pojetí porodů, společnost zůstává nakloněna porodům v porodnicích pod dohledem specialistů. V České republice se již několik let vede diskuze nad zřizováním porodních domů, kde by ženám s nízkorizikovým těhotenstvím mohla být poskytována péče výhradně porodními asistentkami a kde by měl být větší důraz kladen na přirozený průběh porodu. Legislativa definuje tato zařízení jako tzv. „pracoviště porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody“, přičemž však žádné takové dosud v České republice nevzniklo, neboť je kromě několika nároků na technické vybavení stanoveno také to, že v případě zjištění komplikací musí být do 15 minut možné provést císařský řez či operaci směřující k ukončení porodu, což znamená buďto bezprostřední blízkost porodnice s porodním sálem nebo přímo zřízení porodního sálu a přítomnost porodníka v rámci tohoto zařízení (vyhláška č. 92/2012 Sb.).

Jak je tedy možné, že si i přes sílící vliv konzumerismu a přání některých žen rodit v odlišných podmínkách, porodnice udržuje své přední místo v rámci vedení porodů? Navzdory studiím poukazujícím na nadměrné užívání lékařských intervencí během porodu, které nejsou z medicínského hlediska opodstatněné (viz např. Chalmers a kol., 2009), stále dominuje argument, že porod dítěte je pod dohledem lékařů za každých okolností bezpečnější. Ten je ovšem dán tím, jaký obraz porodu vytváří expertní medicínské vědění, jež stojí v pozici vědění autoritativního.

Jako první přišla s pojmem „autoritativní vědění“ ve svých publikacích antropoložka Brigitte Jordan, která jej definovala ve dvou rovinách: jako vědění autorit a jako vědění, na jehož základě jsou v rámci dané sociální skupiny a sociálního prostředí činěna konkrétní rozhodnutí a opatření. Autoritativní vědění je podle Jordan (1997) otázkou společenského konsenzu a jeho síla pramení nejenom z toho, že jeho nositelé mají lepší mocenské postavení

ale často také z toho, že dokáže stav věcí uspokojivěji vysvětlit. Není přitom vyloučeno, aby vedle sebe existovalo více legitimních systémů vědění (horizontální distribuce autoritativního vědění), častěji však dochází k tomu, že jeden systém převládne nad druhými (hierarchická distribuce autoritativního vědění).

„*Autoritativní vědění je přesvědčivé, protože se zdá být přirozené, rozumné a konsenzuální*“ (Jordan, 1997, s. 57). Jeho síla ovšem nespočívá v tom, že je vždy nutně správné, ale především v tom, že na něm zaleží. Ostatní zdroje vědění, jakými mohou být například vlastní tělesné pocity žen nebo jejich předchozí zkušenosti, jsou tím pádem odsouvány do pozadí, a to nejenom ze strany lékařských autorit, ale také ze strany žen samotných. (Jordan, 1997)

2.5. Ideál mateřství

Z výše uvedených kapitol plyne, že ženy jsou vystaveny sociální kontrole a disciplinaci svých těl již během těhotenství a porodu a nejinak je tomu poté, co se dítě narodí. Narozněním dítěte žena nabývá statusu matky, s nímž se pojí celá řada společenských očekávání a pravidel.

Adrienne Rich (1995) ve své knize *Of woman born* definuje mateřství jako instituci vytvořenou patriarchální společností a zároveň sloužící jejím účelům. „*Patriarchát nemůže přežít bez institucionalizovaných forem mateřství a heterosexuality; proto s nimi nakládá jako s axiomy, „přirozenými“ danostmi, o nichž se nepochybuje*“ (Rich, 1995, s. 43, překlad vlastní). Stereotyp „dobré matky“ ženám velí, aby byly svému dítěti bezpodmínečně oddané, aby mu byly stále nablízku a vyhověly všem jeho potřebám, k jejichž rozpoznání jim má sloužit přirozený „instinkt“. Sebeobětování potřebám dítěte a bezpodmínečné věnování péče s sebou však nese nutnost odsunout své vlastní potřeby do pozadí, a navíc ženu izoluje od ostatních aspektů jejího života, což často vede k uzavření do soukromé sféry a k izolaci. I přes to však dominantní diskurz prezentuje mateřství jako radostnou a unikátní zkušenost, která je pro ženinu identitu do značné míry ustavující.

Očekávání žen ohledně mateřství je rámováno dvěma „oficiálními“ diskurzy: „*medicínským diskurzem*“ a „*diskurzem přirozeného porodu*“ (Cosslett, 1994, s. 4). Reálné zkušenosti žen se však od dominantních představ mohou radikálně lišit, což si ženy vykládají různě. Longitudinální výzkum Miller (2007) ukázal, že prvorodičky, které neměly předchozí zkušenost s porodem a mateřstvím, zpočátku spoléhaly na své „přirozené“ schopnosti a na

pomoc expertů, posléze však při rozhovorech těsně po porodu vyjadřovaly své zklamání nad tím, že je vlastní tělo zradilo a že jejich zážitek vůbec neodpovídal jejich představám. Většina žen se snažila demonstrovat, že svou novou roli zvládá, i když se v tomto ohledu necítila přirozeně. Až s odstupem času, při rozhovorech 8 až 9 měsíců po porodu zjistila Miller (2007) u žen vzrůstající sebevědomí a schopnost zpochybnit diskurz jako takový. Tato autorka proto nazývá porodní zkušenost „*bodem diskurzivního obratu*“ (Miller, 2007, s. 354).

Ideál „dobrého mateřství“ je kromě věnování bezvýhradné péče dítěti také spojen s kojením, přičemž kojení je stejně jako těhotenství a porod v západní společnosti medikalizované a spolu s dalšími aspekty mateřství přispívá k sociální izolaci žen. Veřejný obraz kojení je stejně jako veřejný obraz mateřství, jehož je nedílnou součástí, ovlivněn jednak diskurzem medicínským a jednak diskurzem přirozenosti. Zatímco medicína v první řadě vyzdvihuje přínosy mateřského mléka, diskurz přirozenosti zase klade důraz na prohloubení pouta mezi matkou a dítětem. Ať tak či onak, kojení je chápáno jako morální povinnost matky a jako nedílná součást „dobrého mateřství“ (Wall, 2001).

Různé diskurzy mateřství však nemusí vždy být ve vzájemné shodě a někdy mohou být na matky kladeny dokonce protichůdné požadavky. Diskurzivní analýza časopisů věnovaných matkám ukázala, že ženy často dostávají ohledně mateřství protichůdné informace (Johnston a Swanson, 2003). Autorky definovaly následující čtyři rozpory: (1) matky jako sobecké vs. nesobecké; (2) podporování nezávislosti vs. závislosti dítěte na matce; (3) matky, které jsou úspěšné v domácí sféře, selhávají ve sféře veřejné (a naopak); (4) matky jako přirozené pečovatelky vs. vyžadující expertní pomoc. Poslední zmíněný rozpor je obzvlášť zajímavý vzhledem ke zjištění, že mateřské kompetence žen (a především žen v domácnosti) jsou zpochybňovány, což přispívá k vytváření závislosti na expertních radách. U pracujících matek je pak převažující poselství takové, že málokterá žena skutečně dokáže skloubit pracovní a osobní život. Dochází tak k opětovnému potvrzování patriarchální společenské moci. (Johnston a Swanson, 2003).

2.6. Dva modely uvažování o porodu

Z hlediska sociologie lze definovat dva převládající modely uvažování o porodu a o péči s ním spojené, které v ideologické rovině stojí proti sobě a jejichž zastánci se vůči sobě navzájem vymezují. Jedná se o „*medicínský model*“ na straně jedné a o „*model*

sociální“ na straně druhé (Van Teijlingen, 2005). V následujícím textu blíže rozeberu oba tyto modely a nastíním, z jakých ideologických základů vycházejí a jaký vliv má každý z nich na konkrétní praktiky vedení porodu.

2.6.1. Medicínský model

Medicínský model uvažování o porodu úzce souvisí s procesem medikalizace, která je blíže popsána v Kapitole 2.2. této práce. Biomedicínská ideologie konceptualizuje těhotenství i porod jako k inherentně rizikové a patologické procesy, přičemž úkolem zdravotnického personálu je omezit možná rizika na minimum. Tento myšlenkový proud vychází z předpokladu, že „(...) „normální“ porod vyžaduje lékařskou kontrolu za účelem zaručení jeho bezpečnosti“ (Van Teijlingen, 2005, odst. 4.2, překlad vlastní). Ústředním mottem medicínského modelu je jeho „pokrokovost“ a „vědeckost“ v porovnání s domněle překonaným před-moderním modelem uvažování. Zastánci tohoto modelu tak implicitně předpokládají lineárně postupující vývoj, jehož vyústěním mají být neustále se zdokonalující postupy opírající se o zavádění nejnovějších technologií.

Robbie Davis-Floyd (1993), která porod konceptualizuje jako přechodový rituál, však upozorňuje na fakt, že medikalizace porodu nepřinesla jeho odritualizování a odstranění domněle „primitivních“ procesů, nýbrž zavedení rituálů nových⁴. V souvislosti s tímto modelem uvažování hovoří o tzv. „*technokratickém modelu porodu*“, který se vyznačuje chápáním lidského těla jako stroje a jakýchkoliv odchylek od statisticky definovaného „normálu“ jako poruch, které je třeba odstranit. Hlavním produktem je v takovém procesu „perfektní dítě“, přičemž to se stává cílem celého procesu. Potřeby dítěte jsou oddělovány od potřeb matky a často jsou chápány jako protichůdné.

Medicínský model porodu je v současnosti dominantním modelem uvažování a jako takový překračuje hranice lékařského prostředí a přenáší se i do laického povědomí (Davis-Floyd, 1993; Van Teijlingen, 2005; Hrešanová, 2012). Jedná se o model, který zrcadlí dominantní patriarchální hodnoty společnosti a v jehož rámci je ženské tělo konceptualizováno jako apriori defektní. Snaha vědy ovládnout přírodu je v tomto případě

⁴ Za součást rituálu lze považovat například zvláštní nemocniční oděv, holení rodičky, klystýr, nemožnost během porodu jíst a pít apod. (Davis-Floyd, 1993)

jakousi paralelou ke snaze ovládnout ženské tělo a jeho „nedokonalosti“ (Davis-Floyd, 1993).

Lékařsky vedený porod⁵ probíhá v prostředí porodnice, zpravidla pod dohledem lékaře/lékařky či porodní asistentky (přičemž však lékař/ka je vždy v bezprostřední blízkosti), za využití veškerých dostupných technologií za účelem minimalizace možných rizik, která jsou porodu připisována a která jsou definována statisticky, takže ke zjištění odchylek dochází převážně měřeními a sledováním fyziologických procesů. Praxe vycházející z medicínského modelu uvažování se vyznačuje vysokou mírou standardizace prováděných úkonů (Van Teijlingen, 2005).

V rámci medicínského modelu zastává žena pasivní roli a porod je na ní v podstatě „vykonáván“. V českém jazyce tomuto aktu odpovídá formulace „odrodit ženu“. Žena není do procesu nijak zvlášť zapojena, neboť nedisponuje autoritativním medicínským věděním, které je jako jediné v tomto procesu považované za platné a zároveň pravdivé. „*Děj porodu je koncipován a organizován jako gynekologická operace.*“ (Kapr, Koukola, 1998, s. 51) Vyznačuje se vyšším množstvím zásahů, jejichž účelem má být kromě řešení akutních komplikací také prevence rizik či urychlení celého procesu a jeho oproštění od přílišné bolesti.

Davis-Floyd (1993) provedla rozhovory se 100 matkami a došla k překvapivému závěru, že většina žen není k tomuto modelu kritická, ba právě naopak, 70 % žen z jejího výzkumného vzorku vyjádřilo určitou míru spokojenosti se svými porody, které se podle všeho řídily technokratickým schématem. Davis-Floyd proto došla k závěru, že technologie slouží některým ženám jako opora a technokratické rituály poskytují pocit řádu a bezpečí. Ženy samy totiž často internalizují rizikový diskurz porodu a následně preferují lékařsky vedený technokratický porod. O tom svědčí také fakt, že pokud dojde k podání žaloby na lékaře/lékařku, pak je to častěji z důvodu nevyužití technologií než z důvodu, že jich bylo využito příliš.

Také Reiger a Dempsey (2006) zjistily, že kulturní normy úzkosti a strachu z porodu se na ženy přenášejí a že se jim vpisují do těl. Medicínská kultura tak do značné míry konstruuje a potvrzuje sebe samu, neboť na jedné straně porod konstruuje jako rizikový

⁵ Lékařsky vedený porod jakožto praxe ovlivněná medicínským uvažováním o porodu je zde popisován ve své extrémní podobě. Vedení porodu však do značné míry záleží na osobě, která je u něj přítomná, a ta nemusí vždy přejímat ideologii jako celek. V praxi tak nemusí lékařsky vedený porod naplňovat všechny atributy zde popsané, neboť konkrétní praxe se mohou lišit. Lékařsky vedený porod jako praktika také nemusí být nutně veden „lékařem“ či „lékařkou“, ale v podstatě kýmkoliv (typicky porodní asistentkou), kdo se řídí medicínským modelem uvažování o porodu.

proces, tento model potom předkládá „laické“ veřejnosti, tak jej přejímá a internalizuje a ženy následně přicházejí do porodnice s pocitem, že bez pomoci profesionálů a technologií nejsou samy schopné porodit. Tímto způsobem si sám biomedicínský systém zajišťuje svou vlastní potřebnost a nenahraditelnost a upevňuje tak svou mocenskou pozici ve společnosti. O tom, že se jedná o boj vsutku mocenský svědčí i fakt, že nárůst konkurenčních myšlenek, byl následován nárůstem počtů některých medicínských praktik jako je například monitoring dítěte či provádění císařských řezů, což lze vnímat jako obranný mechanismus a snahu o zachování dominantního schématu porodu (Davis-Floyd, 1993).

2.6.2. Sociální model

Sociální model uvažování přistupuje k porodu jako k přirozenému procesu, do něhož není žádoucí zbytečně zasahovat. V naprosté opozici k medicínskému pojetí, je v pojetí sociálním k těhotenství i k porodu přistupováno jako k procesům, které jsou ve většině případů „normální“ a rizika se vyskytují jen v menším množství případů.

Využití technologií má v rámci sociálního modelu uvažování sloužit jako možnost, nikoliv jako povinnost. Klíčové je pro tento přístup zapojení ženy do procesu porodu a kladení důrazu na její vlastní potřeby a individualitu. Ani rodička ani osoba, která její porod „vede“, si nenárokují autoritativní vědění a záleží tak v první řadě na psychické a emocionální pohodě rodičky (Van Teijlingen, 2005). Ačkoliv cílem porodu je samozřejmě zdravé dítě, nejsou potřeby dítěte explicitně kladeny nad potřeby matky, protože kritici tohoto pojetí označují jeho zastánce za „sobecké“ a „nezodpovědné“ (Davis-Floyd, 1993).

Toto pojetí porodu v současné době v západních zemích nezastává post autoritativního vědění a jako takové je proto často dominantním diskurzem označováno za neplatné, nepravdivé, zpátečnické apod. I přes to lze ve společnosti najít jeho zastánce, kteří si nepřejí přizpůsobovat se dominantnímu uvažování o porodu a přejí si jeho průběh realizovat odlišným způsobem.

K marginalizaci tohoto modelu uvažování o porodu přispívá také fakt, že na rozdíl od medicínskému modelu, neodráží v takové míře patriarchální hodnoty společnosti a lze jej označit spíše za ženský. V sociálním modelu uvažování není ženské tělo považované za apriori defektní, naopak je k němu přistupováno s důvěrou. Tento model se však na druhé straně dopouští určité glorifikace mateřství a nelze přehlédnout, že se v některých ohledech

dopouští stejných ideologických tlaků jako model medicínský. Davis-Floyd (1993) zmiňuje, že ženy, které chtěly родit přirozeně, byly často zklamané, že svému závazku nakonec nedokázaly dostát. Přehnaná důvěra ve vlastní schopnosti může v případě, že vše nejde „podle plánu“ v ženách vyvolat pocity bezmoci a selhání. Van Teijlingen (2005) zase upozorňuje, že dovedením sociálního modelu porodu do jeho absolutní podoby se ztrácí potřeba jakéhokoliv doprovodu, neboť porod lze konceptualizovat jako sám o sobě natolik přirozený, že vlastně vůbec žádné vedení nepotřebuje.

Přirozený nebo také alternativní⁶ porod může probíhat kdekoliv, ovšem fakticky probíhá všude jen ne v prostředí porodnice. Tradičně se za přirozený porod označuje porod domácí a tyto dva pojmy proto lze považovat z určitého hlediska jako synonymické. Jak již bylo zmíněno výše, důležitý je zde aktivní přístup rodičky a možnost její vlastní volby. Zásahy zvenčí jsou omezeny na minimum, neboť k porodu není přistupováno jako k apriori rizikovému procesu. Typicky je přirozený porod veden porodní asistentkou, i zde však platí, že fakticky je důležité především to, jaké pojetí porodu daná osoba zastává. Jak již bylo zmíněno výše, v extrémním případě by přirozený porod nemusel „vést“ vůbec nikdo.

Během přirozeného porodu nedochází k provádění standardizovaných a rutinních úkonů, neboť toto pojetí předpokládá, že každý porod je jiný a nelze na něj proto aplikovat předem daná schémata. Jedná se o holistický přístup, který od sebe primárně neodděluje fyzické a psychické procesy, ale naopak připouští, že na zdárný průběh porodu může mít vliv obojí (Van Teijlingen, 2005).

V České republice je dle dostupných údajů mimo zdravotnická zařízení porozeno méně než 1 procento z celkového počtu novorozenců (*Rodička a novorozenec 2014–2015*, 2017). Otázkou však je, zda je toto číslo dáno skutečnými preferencemi rodiček nebo spíše znemožněním vybrat si legální alternativu k porodu v porodnici. Jak již bylo zmíněno výše, medicínský diskurz a lékařsky vedený porod mají v naší společnosti dominantní postavení, přičemž přirozený porod a typicky porod domácí jsou udržovány v jakési „ilegalitě“. Fakticky sice porod v domácím prostředí probíhat může, porodní asistentka jej však nesmí vést, pokud nedodrží nařízení ohledně technického vybavení. Volba místa porodu tak není

⁶ Není náhodou, že slovo „alternativní“ může v některých případech nabývat pejorativního významu, neboť explicitně odráží pozici tohoto pojetí porodu vůči dominantnímu medicínskému pojetí. „Pojem „alternativní“ může také navozovat dojem něčeho marginálního a odvozeného od jiného – původního, což je v přímém rozporu s koncepcí zastánců přirozených porodů, kteří se hlásí k historickým kořenům svých praktik a zdůrazňují původnost svého přístupu k nekomplikovaným porodům a naopak novost přístupu aktivně lékařsky vedeného porodu jako přístupu, který může novými praktikami vhodně pomáhat tam, kde dříve zavedené praktiky nebyly dostačující.“ (Hašková, 2001, s. 12)

zcela svobodná a je více než jisté, že některé ženy by daly přednost jiným formám porodu, než jaké mají aktuálně možnost si vybrat.

2.7. Porodnictví jako lékařská disciplína, zrod porodnice

Jak již vyplynulo z předchozích kapitol k vedení porodu a poporodní péči v porodnicích nebylo vždy přístupováno tak jako dnes. Z historického hlediska je dnešní dominantní pojetí porodu záležitostí poměrně „novou“, spojenou s nástupem moderní společnosti a rozvojem moderní medicíny. K profesionalizaci porodnictví začalo docházet v 18. století vlivem osvícenství a jeho populačních opatření. Do té doby rodičky rodily převážně doma za pomoci porodních bab, které své zkušenosti získávaly praxí. Tzv. „(...) „babičtví“ bylo záležitostí komunity (převážně) neškolených žen, které si vědění předávaly z generace na generaci nápodobou, nikoliv cíleným (a teoretickým) studiem, a jejich kredit byl založen na vlastních zkušenostech matky a na důvěře místní ženské komunity.“ (Tinková, 2014, s. 114)

Nejdříve se na lékařských fakultách začaly konat přednášky o porodnictví, později vznikaly po celé Evropě samostatné porodnické školy (Doležal, 2001). Jedním z hlavních cílů byla snaha o systematictější vzdělávání porodních bab, dále pak snaha o povýšení porodnictví na samostatný univerzitní obor. Porodní báby ale zpočátku neměly ke studiu velkou důvěru a jejich komunita dávala přednost zkušenostem před diplomem. I přes snahu o plošné vzdělávání porodních bab tak byly až do prvních desetiletí 19. století tolerovány i porodní báby, které studium zakončené zkouškou neabsolvovaly (Tinková, 2014).

Postupně však docházelo k oslabování vlivu porodních bab a k nástupu „mužského“ porodnictví řízeného studovanými chirurgy a lékaři a zrodila se porodnice jakožto „centrální místo porodnického vědění“ (Tinková, 2014, s. 115). Už v době svého vzniku bylo hlavním ustavujícím rysem profesionálních porodníků (oproti porodním bábám) používání nástrojů. Nově vznikající porodnice měly zpočátku sloužit především nemajetným ženám, které byly výměnou za poskytnuté zdravotnické služby povinny akceptovat přítomnost mediků a posloužit tak praktické výuce. Centrem pražské porodnické školy se stala Stará Zemská porodnice u sv. Apolináře, která byla otevřena roku 1789. Hlavními argumenty pro vytváření centrálních míst pro vykonávání porodů byla koncentrace specialistů, a především možnost zajistit zde lepší hygienické podmínky (Doležal, 2001; Tinková, 2014).

Po celé 19. století a dále až do konce 2. světové války byla porodnicko-gynekologická oddělení většinou přidružena k oddělením chirurgickým. „*V ústavech rodilo v českých zemích v té době jen 22,1 % ze všech rodiček*“, k čemuž přispíval mimo jiné fakt, že byl stále v platnosti zákon z roku 1888, „*podle něhož měly být přijímány do porodnice rodičky jen v nejnútnejším případě se závažnými komplikacemi.*“ (Štembera, 2004, s. 25). I když provádění porodů se pomalu ale jistě přesouvalo do institucionalizovaného prostředí porodnice, péče o matku během těhotenství a péče o dítě a matku po porodu ještě stále do kompetencí porodnic nespádala. „*K vytvoření prvního modelového pracoviště, v němž probíhala skutečná každodenní klinická spolupráce porodníků a pediatriů, došlo až začátkem r. 1948 v dnešním Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí*“ (Štembera, 2004, s. 38).

Ačkoliv v dnešní době je často o porodnicích uvažováno jako o institucích, které ženy v určitých ohledech omezují, je třeba zdůraznit, že porod v porodnici a s ním spojené využití technologií, ženám původně sloužil jako prostředek, jak se osvobodit od zotročení biologickými procesy a od připoutání k domácí sféře (Davis-Floyd, 1993). Dnes má porodnice charakter složitě strukturovaného mikrosvěta s vlastními zákony a pravidly. „*Tento svět nemá jen své obyvatele, ale svůj specificky uspořádaný prostor a své vůně, ale i zákonitosti fungování, své sítě komunikací, svůj hodnotový systém, zkrátka svůj způsob života. I když je specifický, je z tohoto našeho světa, je jeho výtvořem a současně i naším zrcadlem*“ (Kapr, Koukola, 1998, s. 45).

2.8. Porodnice v socialistickém Československu

Jak již bylo zmíněno, v socialistickém Československu bylo zdravotnictví organizované státem a systém poskytování zdravotnické péče se obecně vyznačoval vysokou mírou centralizace, byrokratizace, paternalismu a dehumanizace ve vztahu k pacientovi/pacientce. Kvalita poskytované péče zaostávala, neboť moderní západní technologie a léky nebyly kvůli uzavřeným hranicím všeobecně známé ani dostupné (Křížová, 2006). Pokles perinatální úmrtnosti⁷, která představuje ryze medicínský ukazatel úrovně perinatální péče, od 60. do 80. let 20. století zpomaloval a neschopnost sledovat nejnovější vědecké trendy se nejsilněji projevovala v oblasti neonatologie (Štembera, 2004).

⁷ Tj. součet mrtvě narozených dětí a dětí zemřelých do 7 dnů života.

I přes to však porodnice představovala takřka výhradní prostředí, kde docházelo k provádění porodů.⁸

Na tom, že porodnictví vznikalo a bylo ustaveno jako mužská disciplína, se nic nezměnilo ani v období socialismu. Nezávislé porodní asistentky byly jakožto zdravotní sestry zařazeny do hierarchizované nemocniční struktury a jako takové byly podřízeny lékařům-mužům (Štembera, 2004). Celkově ovšem během tohoto období prestiž lékařské profese klesla, neboť z lékařů a lékařek se stali státní zaměstnanci. I přes to si však část své autonomie a autority ponechali. (Křížová, 2006)

Materiální podmínky v porodnicích nebyly ideální a vzhledem k tomu, že zdravotnická zařízení byla řízená státem a často udržovaná v provozu i jako finančně prodělečná (Křížová, 2006; Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008), nevznikaly zde tržní mechanismy, které by vedly k tlaku na zlepšování poskytované péče. „*Během populačního růstu v období socialismu byly stavěny porodní sály a místnosti pro přípravu na porod, v nichž byly rodičky od sebe odděleny pouze přepážkou či závěsem.*“ (Hašková, 2001, s. 18). Po porodu byly ženy od svých dětí oddělovány, neboť nebylo standardem, aby pokoje umožňovaly rooming-in, tj. společný pobyt matky a dítěte po celý den. Tento systém se začal v odborné literatuře a v porodnicích pomalu objevovat až v 80. letech 20. století⁹. Do té doby tedy bylo standardem, že novorozenci byli umístěni zvlášť a matkám se vozili v pravidelných intervalech kvůli kojení. Také nebylo příliš běžné, aby porodnice umožňovala rodičkám přijímat návštěvy.

Pro socialistický systém porodnictví platilo, že rodička si ve většině případů nemohla příliš vybírat, neboť byla ještě více než dnes limitována tím, co porodnice nabízely. Nadstandardní služby nebyly běžné, Křížová (2006) hovoří o existenci zařízení pro prominentní pacienty z řad hodnostářů komunistické strany. Vzhledem k tomu, že socialistický režim byl rigidní a uzavřený vůči zásahům zvenčí, zdravotnická zařízení v úrovni poskytovaných služeb zaostávala. Hašková (2001) upozorňuje, že ačkoliv už byl starý model poskytování péče opuštěn a do značné míry dochází k úpravě interiérů porodnic, některé aspekty porodní a poporodní péče z dob socialismu přetrvávají dodnes. Není pochyb o tom, že toto specifické období našich dějin mělo a stále má v určitých ohledech vliv, už jen proto, že lze stále najít lékaře a lékařky, kteří svá studia a první praxe realizovali právě za dob minulého režimu.

⁸ V polovině 50. let 20. století činily ústavní porody 92,6 % z celkového počtu porodů (Štembera, 2004, s. 67).

⁹ Vůbec poprvé došlo v Československu k zavedení zkušebního polodenního rooming-in systému v roce 1977 ve Znojmě (Štembera, 2004).

2.9. Současná péče v českých porodnicích na oddělení šestinedělí

Vlivem politických a společenských změn docházelo od 80. let minulého století v Československu a posléze v České republice k postupnému zavádění zdravotnických reforem, které měly bezprostřední vliv na povahu poskytované péče. Již na přelomu tisíciletí byl téměř ve všech českých porodnicích praktikován systém rooming-in a v 85 % porodnic byly na odděleních šestinedělí povolené návštěvy (Hašková, 2001). S rostoucím vlivem konzumerismu ve zdravotní péči také docházelo a stále dochází k proměnám interiérů na pokojích šestinedělí za účelem jejich větší atraktivity pro potenciální klientky, pro které může materiální vybavení hrát roli při výběru porodnice. Většina porodnic už dnes také nabízí za příplatek nadstandardní pokoje, přičemž není výjimkou, že na některých z těchto pokojů může být se ženou 24 hodin denně přítomen také otec dítěte (Hašková, 2001; Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008).

I přes sílící vliv konzumerismu se však české porodnictví v některých ohledech zcela neoprostilo od minulého systému zdravotní péče a některé nedostatky zde stále přetrvávají (Takács, Seidlerová a kol., 2012; Hrešanová, 2014). Podle studie Hrešanové (2014) dochází ke střetu idejí konzumerismu a neoliberalismu s myšlenkami přetrvávajícími z dob socialismu, v důsledku čehož se rodičky na odděleních šestinedělí stále setkávají s nedostatečnou komunikací ze strany zdravotnického personálu a systém poskytování zdravotnické péče označují za neosobní a nerespektující právo ženy na svobodnou volbu.

Různé ženy mají ohledně poporodní péče různá očekávání a také s režimem na oddělení šestinedělí se vyrovnávají různě. Hrešanová (2014) v tomto smyslu identifikovala 5 různých pojetí porodní péče, která se liší mírou akceptace lékařské autority, věděním ohledně porodní péče a vlastní pozicí/subjektivitou ve vztahu k poskytovateli zdravotní péče. Průzkum spokojenosti rodiček z roku 2012 také ukázal, že v souvislosti s porodní péčí lze vysledovat určité pravidelnosti s ohledem na sociodemografické charakteristiky rodiček a na okolnosti jejich porodu (Takács, Seidlerová a kol., 2012): (1) vícerodičky hodnotí péči v porodnici příznivěji než prvorodičky; (2) ženy s nižším formálním vzděláním (základním a středoškolským bez maturity) hodnotí péči v porodnici celkově lépe než ženy s vyšším vzděláním (středoškolským s maturitou a vysokoškolským); (3) ženy, které rodily vaginálně, jsou s péčí v porodnici celkově spokojenější než ženy po císařském řezu. Takács, Seidlerová a kol. (2012, s. 107-108) proto doporučují věnovat zvýšenou pozornost prvorodičkám

a ženám po císařském řezu. Dále apelují na „*posilování psychologických kompetencí zdravotníků*“ a na jejich systematické vzdělávání v oblasti psychologie.

3. METODOLOGIE

V následující kapitole bych ráda objasnila cíle a postupy svého výzkumu. Jelikož v centru mého zájmu stála osobní zkušenost žen s poporodní péčí v porodnicích v České republice, rozhodla jsem se pro kvalitativní výzkumnou strategii a konkrétně pro metodu sběru dat formou polostrukturovaného rozhovoru vedeného s informantkou osobně¹⁰. O tom, že by rozhovory nebyly vedeny „face-to-face“ jsem neuvažovala, neboť jsem považovala za důležité vzhledem k intimnímu charakteru zkoumaného tématu, potkat se s informantkami osobně.

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je, že umožňuje odhalit celou škálu různorodých názorů, postojů a myšlenek, které mezi lidmi existují, takže je možné zkoumat každého jedince více do hloubky a individuálně. Nesporným plusem, který oceňují zejména feminističtí badatelé a badatelky, je také to, že polostrukturovaný nebo nestrukturovaný rozhovor dává hlas často marginalizovaným či různě přehlíženým skupinám lidí a umožňuje jim formulovat vlastní pocity a myšlenky v jejich vlastních termínech za použití vlastních jazykových prostředků (Reinharz, 1992).

Naopak nevýhodou polostrukturovaného rozhovoru je fakt, že zde velmi silně působí vliv výzkumníka/výzkumnice, což ovlivňuje nejenom povahu samotné interakce, ale také charakter informací, které se informant nebo informantka rozhodne výzkumníkovi/výzkumnici sdělit (Hendl, 2005). Jerolmack a Khan (2014) také varují před často se vyskytující chybou výzkumníků a výzkumnic, kteří se mylně domnívají, že to, co lidé říkají je totožné s tím, co ve skutečnosti dělají nebo co se jim skutečně stalo (Jerolmack, Khan, 2014).

3.1. Výzkumná otázka

V souladu s konstruktivismem, v jehož rámci se v tomto výzkumu pohybují, předpokládám, že neexistuje jedna objektivně existující realita, kterou je možné identifikovat a následně popsat (Guba, Lincoln, 1994). Soustředila jsem se tedy na způsoby, jakými sociální realitu popisují mé informantky a v rámci svého výzkumu jsem si proto

¹⁰ Pouze v jednom případě došlo z časových důvodů k uskutečnění rozhovoru přes videohovor prostřednictvím aplikace Skype.

kladla následující výzkumnou otázku: *Jakým způsobem ženy ve svých výpovědích konstruují svou zkušenost s různými aspekty péče na oddělení šestinedělí¹¹, jaké momenty zvýznamňují a jaké významy jim přiřkládají.*

V centru mého výzkumného zájmu stálo především to, s jakými očekáváními ženy do porodnice a na oddělení šestinedělí přicházejí, jak popisují svou zkušenost s různými aspekty péče na tomto oddělení, jaké momenty jsou pro ně důležité a jaké strategie volí při případných střetech vlastního „ne-expertního“ přesvědčení s režimem dané porodnice či s „autoritativním věděním“ jejího personálu.

3.2. Výzkumný vzorek

Výzkumu se zúčastnilo celkem 12 žen ve věku 25–38 let. Kritériem výběru informantek¹² bylo absolvování porodu v porodnici v České republice, který proběhl alespoň 2 měsíce před uskutečněním rozhovoru, ne však déle než rok před uskutečněním rozhovoru. Důvodem pro stanovení minimální hranice od data porodu je zjištění, že do dvou měsíců od porodu mají ženy sklon hodnotit spokojenost s porodem a poporodní péče příznivěji, neboť jsou často ovlivněny skutečností, že mají porod konečně za sebou a některé negativní aspekty si začínají vybavovat až s odstupem času (Waldenström, 2004; Takács, Seidlerová a kol., 2012). Maximální hranice od data porodu byla stanovena proto, že tento trend má tendenci pokračovat tedy, že s větším odstupem času mají ženy sklon porodní a poporodní péči hodnotit negativněji (Takács, Seidlerová a kol., 2012). Navíc jsem se také obávala toho, že po delší době by ženy mohly mít problém si některé zážitky vybavit.

Žádná další kritéria pro výběr vzorku nebyla předem stanovena. Mým záměrem bylo v souladu se zvolenou výzkumnou strategií prozkoumat danou problematiku, a nikoliv ověřovat hypotézy nebo získávat poznání, které by bylo možné následně aplikovat na celou populaci. Vybraný výzkumný vzorek tak není reprezentativní a zjištěné závěry není v žádném případě možné považovat za všeobecně platné. (Disman, 2000)

Informantky jsem oslovovala skrze sociální síť Facebook, kde jsem na svůj osobní profil umístila výzvu, na kterou mi ženy v případě zájmu samy odpovídaly. Tuto výzvu

¹¹ Termíny „poporodní péče“ a „péče na oddělení šestinedělí“ chápu v rámci celé své práce jako termíny synonymické a jejich různé využití je čistě záležitostí stylistiky.

¹² V celé Empirické části používám termín „informantka“, neboť zcela subjektivně vnímám tento termín jako nejlépe vystihující povahu vztahu mezi mnou a účastnicemi mého výzkumu. Termín „participantka“ je pro mě příliš všeobecný, „komunikační partnerka“ příliš zavádějící ve smyslu vztahu k mé osobě a k výzkumu obecně.

sdílelo několik mých známých na svých vlastních profilech, takže zdaleka ne všechny informantky, které se mi podařilo získat touto cestou, jsem osobně znala. Měly jsme však zpravidla jednu společnou známou. Další detaily jsem potom domlouvala individuálně s každou ženou zvlášť skrze soukromé zprávy na této sociální síti. Tímto způsobem jsem získala sedm informantek.

Dalším mým zdrojem byly kontakty získané skrze jeden z pražských Domů dětí a mládeže, kde působím jako pedagožka volného času a jako vedoucí táborů pro rodiče s dětmi. Zde jsem cíleně prostřednictvím e-mailu oslovovala ty ženy, o nichž jsem věděla, že splňují mnou stanovená kritéria a následně jsem se domluvila na setkání s těmi, které na mou výzvu zareagovaly. Z celkem sedmi takto oslovených žen jich na mou výzvu kladně reagovalo pět. Zbylé dvě rozhovor odmítly s odůvodněním, že na jeho uskutečnění nemají dostatek času.

Z celkového počtu 12 žen bylo 7 prvorodiček a 5 druhorodiček. Polovina mých informantek rodila v Praze, druhá polovina mimo Prahu. Míra dosaženého vzdělání se pohybovala od základního až po vysokoškolské vzdělání. Dvě z mých informantek rodily císařským řezem. U tří informantek byl porod vyvoláván, v jednom případě prostřednictvím Hamiltonova hmatu, jednou za pomoci medikace a jednou balónkovým Foleyovým katetrem.

Ačkoliv jsem u všech informantek byla obeznámena s tím, v jaké porodnici rodily, rozhodla jsem se, že ve své práci nebudu žádnou z těchto porodnic jmenovat, neboť to nepovažuji vzhledem k charakteru mého výzkumu za důležité, a navíc není mým cílem kteroukoliv z českých porodnic vyzdvihovat nebo naopak snižovat. V medailoncích informantek nicméně uvádím, zda dotyčná své poslední dítě porodila ve velké nebo malé porodnici. Kritériem tohoto rozdělení pro mě byl roční počet porodů, kdy porodnice do 1,5 tisíce porodů za rok označuji jako malé a porodnice nad 1,5 tisíce porodů ročně jako velké. Všechny velké porodnice se zároveň nacházejí v krajských městech. Sedm z mých informantek rodilo ve velké porodnici, 5 v porodnici malé.

3.3. Medailonky informantek

V následující kapitole uvádím medailonky informantek. Všechny informantky byly v době rozhovoru na rodičovské dovolené. Detaily o rodinném stavu, oboru vzdělání,

dosaženém vysokoškolském titulu či posledním zaměstnání uvádím pouze v případě, že je informantka sama explicitně zmínila. Jména všech informantek byla změněna.

Alena

Paní Alena (27 let) mě kontaktovala na základě mé výzvy skrze sociální síť Facebook. V době rozhovoru měla 1 dítě, dceru ve věku 4,5 měsíce (počítáno od termínu porodu), která se jí narodila předčasně – v sedmém měsíci těhotenství. Vzhledem k okolnostem zvolila nejbližší možnou velkou porodnici, kde jí byl kvůli závažným zdravotním komplikacím proveden císařský řez. Původně pro ni dle vlastních slov hrálo roli, jakým lékařským vybavením daná porodnice disponuje, nakonec se však hlavním kritériem stala nejkratší vzdálenost. Její pobyt na oddělení šestinedělí byl specifický v tom, že za dítětem nejdříve dojížděla na neonatologické oddělení a až posléze byla po dosažení dostatečné váhy dítěte na několik dní s dcerou hospitalizována. Paní Alena měla v době rozhovoru ukončené vysokoškolské vzdělání.

Dana

Paní Dana (26 let) mě kontaktovala na základě mé výzvy skrze Dům dětí a mládeže. V době rozhovoru měla 2 děti, staršího syna ve věku 3 let a mladšího syna ve věku 2 měsíců. Obě své děti rodila ve velké porodnici. Dle jejích slov pro ni hlavní roli při výběru porodnice hrála vzdálenost od místa bydliště, dále pak její technická vybavenost a připravenost postarat se o dítě v případě komplikací. Paní Dana měla v době rozhovoru ukončené úplné středoškolské vzdělání. Před nástupem na rodičovskou dovolenou pracovala jako servírka.

Hana

Paní Hana (33 let) mě kontaktovala na základě mé výzvy skrze sociální síť Facebook. V době rozhovoru měla 2 děti, starší dceru ve věku 2 let a mladšího syna ve věku 3,5 měsíce. Obě své děti rodila ve velké porodnici. Dle jejích slov pro ni hlavní roli při výběru porodnice hrálo její specializované zdravotnické vybavení zajišťující péči o ni i o dítě v případě komplikací a také vzhled a vybavení pokojů. Paní Hana měla v době rozhovoru ukončené úplné středoškolské vzdělání a byla vdaná. Společně s manželem vedli podnikání v oblasti fitness.

Helena

Paní Helena (26 let) mě kontaktovala na základě mé výzvy skrze sociální síť Facebook. V době rozhovoru měla 1 dítě, syna ve věku 12 měsíců. Rodila ve velké porodnici, přičemž

hlavní roli pro ni dle jejích slov hrálo to, že rodina otce dítěte bydlela v blízkosti této porodnice. Paní Helena měla v době rozhovoru ukončené vyšší odborné vzdělání. Jako jediná z mých informantek se zmínila o tom, že se na několik hodin týdně vrátila do práce v kanceláři, kterou vykonávala před nástupem na rodičovskou dovolenou.

Jana

Paní Jana (25 let) mě kontaktovala na základě mé výzvy skrze Dům dětí a mládeže. V době rozhovoru měla 2 děti, starší dceru ve věku 2,5 roku a mladší dceru ve věku 8 měsíců. Obě své děti rodila ve velké porodnici poblíž místa svého bydliště. Dle jejích slov pro ni hlavní roli při výběru porodnice hrála především její blízkost a také fakt, že porodnice umožňovala rooming-in tedy společný pobyt matky a dítěte po celý den. Paní Jana měla v době rozhovoru ukončené základní vzdělání a nedokončenou zdravotnickou školu.

Linda

Paní Linda (32 let) mě kontaktovala na základě mé výzvy skrze Dům dětí a mládeže. V době rozhovoru měla 1 dítě, dceru ve věku 8 měsíců. Svě dítě rodila v malé porodnici. Dle jejích slov pro ni hlavní roli při výběru porodnice hrálo to, aby se jednalo o menší porodnici, kde na ní personál nebude nijak tlačit a nebude se snažit proces porodu uspěchat a příliš do něj zasahovat. Paní Linda rodila 10 dní po termínu, kdy jí byl z důvodu otočení dítěte koncem pánevním nakonec proveden císařský řez, s čímž se i po 8 měsících obtížně smířovala. Paní Linda měla v době rozhovoru ukončené vysokoškolské vzdělání.

Markéta

Paní Markéta (38 let) mě kontaktovala na základě mé výzvy skrze Dům dětí a mládeže. V době rozhovoru měla 2 děti, staršího syna ve věku 9 let a mladší dceru ve věku 12 měsíců. S oběma dětmi byla na rizikovém těhotenství, jelikož pracovala jako řidička a skladnice a její práce vyžadovala manipulaci s těžkými předměty. Dceru rodila ve velké porodnici, syna v malé porodnici. Dle jejích slov pro ni při výběru porodnice hrály roli především osobní dojmy z daného místa a také názory a zkušenosti kamarádek. Paní Markéta měla v době rozhovoru ukončené úplné středoškolské vzdělání v oboru ekonomie.

Monika

Paní Monika (25 let) mě kontaktovala na základě mé výzvy skrze sociální síť Facebook. V době rozhovoru měla jedno dítě, dceru ve věku 4 měsíců. Svě dítě rodila v malé porodnici. Dle jejích slov pro ni hlavní roli při výběru porodnice hrálo hodnocení a statistiky porodnice

týkající se některých lékařských úkonů (jako je například nástřih hráze během porodu), dále pak dojezdová vzdálenost od chalupy, kde se rozhodli s manželem strávit poslední týdny jejího těhotenství. Paní Monika měla v době rozhovoru ukončené magisterské vzdělání v oboru pedagogiky a začínala doktorské studium.

Pavčina

Paní Pavčina (29 let) mě kontaktovala na základě mé výzvy skrze sociální síť Facebook. V době rozhovoru měla 1 dítě, dceru ve věku 11 měsíců. Pro porod si zvolila malou porodnici. Dle jejích slov pro ni hlavní roli při výběru porodnice hrálo to, aby v ní bylo k porodu přistupováno s respektem a aby se nedělaly zbytečné zásahy. Její pobyt na oddělení šestinedělí byl specifický v tom, že zde strávila pouze jeden den a následně se rozhodla podepsat revers a odejít domů. Paní Pavčina měla v době rozhovoru ukončené vysokoškolské vzdělání.

Simona

Paní Simona (32 let) mě kontaktovala na základě mé výzvy skrze sociální síť Facebook. V době rozhovoru měla 2 děti, dceru ve věku 5 let a dceru ve věku 5 měsíců. Paní Simona původně plánovala родit ve velké porodnici, kde rodila svou první dceru. Ovšem když u ní začal měsíc před termínem překotný porod, byla odvezena do nejbližší malé porodnice. Původně pro ni dle vlastních slov hrálo roli lékařské vybavení a také to, že zde porody probíhají rychle bez zbytečných průtahů. Nakonec však hlavním kritériem byla nejkratší vzdálenost od místa bydliště. V době rozhovoru se s porodnicí, kde porodila své druhé dítě, soudila kvůli jejímu pochybení, kdy jí nebyla po porodu aplikována látka, která jí být aplikována měla. V době rozhovoru měla paní Simona ukončené úplné středoškolské vzdělání.

Tamara

Paní Tamara (30 let) mě kontaktovala na základě mé výzvy skrze Dům dětí a mládeže. V době rozhovoru měla 1 dítě, dceru ve věku 7 měsíců. Paní Tamara rodila ve velké porodnici. Dle jejích vlastních slov pro ni hlavní roli hrálo, jakým lékařským vybavením daná porodnice disponuje, dále to, že jí má nejbližší od místa a bydliště a také to, co o ní říkají její blízcí. Paní Pavčina měla v době rozhovoru ukončené středoškolské vzdělání bez maturity zakončené získáním výučního listu.

Zuzana

Paní Zuzana (28 let) mě kontaktovala sama na základě mé výzvy skrze sociální síť Facebook. V době rozhovoru měla jedno dítě, syna ve věku 10 měsíců. Svě dítě rodila v malé porodnici, i když několik týdnů před porodem docházela do velké porodnice na oddělení rizikového těhotenství. Dle svých slov plánovala využít služeb velké porodnice v případě, že by začala rodit před dovršením 36. týdne těhotenství. Nakonec k tomu nedošlo, neboť rodila ve 39. týdnu těhotenství, kdy už považovala dítě za dostatečně velké na porod v malé porodnici, která pro ni dle jejích slov znamenala větší komfort a psychickou pohodu. Paní Zuzana měla v době rozhovoru ukončené magisterské vzdělání v oblasti práva.

3.4. Etika výzkumu

V celé komunikaci s informantkami jsem se snažila být co nejvíce transparentní. Již ve své prvotní výzvě jsem uvedla, že sháním účastnice pro výzkum ke své diplomové práci a že tématem mého výzkumu je zkušenost žen s porodní a poporodní péčí v porodnicích v České republice. V následných soukromých konverzacích se ženami jsem je potom předem upozornila, že rozhovor bude nahráván, aby s touto skutečností byly seznámeny s dostatečným předstihem a mohly případně od výzkumu včas odstoupit v případě, že by jim tento fakt byl nepříjemný. Žádná z žen tak nicméně neučinila.

Obecně musím zkonstatovat, že mě příjemně překvapilo, s jakou ochotou ženy na mou výzvu reagovaly. Po celou dobu hledání informantek jsem se nesetkala s vyloženě negativní reakcí a většina žen mi vyjadřovala podporu v tom smyslu, že vnímají probírání daného tématu jako přínosné. Tento fakt mě v mém úsilí jednoznačně podpořil. Pochopitelně pak pro mě bylo díky tomu snazší se ženami interagovat.

Vůči svým informantkám jsem se nacházela v pozici „outsidera“, neboť nemám děti a ani nemám žádný osobní zážitek s porodem či s prostředím porodnice. Ženy, které mě osobně neznaly, se mě často před zahájením rozhovoru dotazovaly, zda mám děti. Vycítila jsem tedy, že je pro ně tato má charakteristika nějakým způsobem ustavující. Fakt, že děti nemám, a mé informantky s tím byly srozuměny, může dle mého názoru pro vzájemnou interakci přinášet pozitiva i negativa. Na jedné straně mi díky tomu informantky popisovaly některé aspekty více dopodrobna, neboť nepředpokládaly, že s nimi budu mít osobní zkušenost. Na straně druhé ovšem některé informantky inklinovaly k tomu mě neustále

ujišťovat o tom, že „to celé nebylo až tak hrozné“, neboť implicitně předpokládaly, že se chystám mít v nejbližší době vlastní dítě a bály se, že by mě jejich vyprávění mohlo od tohoto kroku odradit.

I přes to, že informantky věděly o tom, že s porodem nemám vlastní zkušenost, měly občas tendenci určité věci považovat za samozřejmé a v těchto chvílích jsem se jakožto outsider musela doptávat. Tuto skutečnost si vysvětluji tak, že většina z nich přiznala, že si o různých aspektech těhotenství a porodu zjišťovala dost informací a komunikovala je i se svými kamarádkami a známými, a tudíž možná předpokládaly jakési kolektivně sdílené vědomí o těchto záležitostech u žen mého věku.

Z etického hlediska považuji za velmi významné, že se rozhovory z většiny uskutečňovaly u informantek doma tedy ve velmi intimním a osobním prostředí. Z praktického hlediska bylo toto prostředí nejvhodnější, neboť každá z mých informantek se starala o jedno až dvě malé děti. V žádném případě jsem však tento fakt nebrala jako samozřejmost a byla jsem všem zúčastněným ženám vděčná za jejich vstřícnost a ochotu. I v případě, že jsme se nesešly u dotyčné doma, ale například v restauraci, jsem cítila určitý závazek, neboť jsem si byla vědoma toho, že informantka musela svůj čas uzpůsobit tak, aby rozhovor mohl být proveden například tak, že si pro své dítě/děti sehnala hlídání.

Moje pozice vůči informantkám byla v určitém smyslu ambivalentní. Na jedné straně jsem pro některé z nich představovala jakousi osobnost „výzkumnice“, přicházející zkoumat určitou oblast jejich života, což v nich mohlo vyvolávat určitý respekt vůči mé osobě, na straně druhé si mohly připadat jako disponentky vědomí, o kterém věděly, že já jím nedisponuji, a tudíž ke mně mohly přistupovat s určitým nadhledem a převahou.

Téma reprodukce, porodu a péče o dítě je také do značné míry tématem intimním. Musela jsem se tedy připravit na to, že o některých věcech ženy nebudou chtít mluvit nebo v nich budou vyvolávat silné emoční reakce. V takových případech jsem se potom snažila být co nejvíce empatická a dát dotyčné co nejvíce prostoru. Nejpálčivějším tématem byl u dvou mých informantek neplánovaný císařský řez.

3.5. Průběh rozhovorů

Rozhovory s informantkami probíhaly od listopadu 2018 do ledna 2019. S každou z informantek, které souhlasily s účastí ve výzkumu, jsem se na detailech našeho setkání domlouvala individuálně, přičemž místo setkání jsem vždy ponechala na výběru dotyčné,

jelikož jsem si byla vědoma značné časové vytíženosti těchto žen, a navíc jsem považovala za nesmírně důležité, aby se mé informantky v daném prostředí cítily co nejlépe.

Z uskutečněných 12 rozhovorů jich 8 proběhlo u informantky doma, 3 probíhaly v prostředí restaurace či kavárny, kterou si sama informantka zvolila a která se zpravidla nacházela v blízkosti jejího bydliště. V jednom případě se rozhovor z časových důvodů uskutečnil jako videohovor prostřednictvím aplikace Skype. Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala mezi 40 až 90 minutami v závislosti na tom, kolik času byla informantka schopna a ochotna rozhovoru věnovat a nakolik cítila potřebu daná témata rozebírat dopodrobna.

Když jsme se s informantkami sešly, v první fázi jsem jim vždy předložila k prostudování a podepsání dvě kopie písemného informovaného souhlasu (přesné znění viz Příloha č. 1), které jsem následně také sama podepsala, jednu kopii jsem posléze dala informantce, druhou jsem si ponechala¹³. Informantkám jsem dále ještě ústně specifikovala záměry svého výzkumu a dotázala jsem se jich, zda nemají nějaké další dotazy, které bych jim mohla zodpovědět. Poté jsem přistoupila k zahájení samotného rozhovoru, kde jsem se tematicky (ne však dogmaticky) držela předem stanovených okruhů (viz Příloha č. 2). Respektovala jsem, že každá z mých informantek je jiná, a proto jsem se snažila své otázky přizpůsobovat vždy konkrétnímu rozhovoru.

Velkou roli hrála přítomnost dětí, neboť u každého z rozhovorů bylo přítomné minimálně nejmladší dítě informantky, v některých případech dokonce obě děti. Tento fakt v některých případech rozptyloval jak informantky, tak mě, jelikož informantka často s dítětem v průběhu svého vyprávění interagovala, někdy jej kojila, houpala apod. To potom přerušovalo tok jejího vyprávění. Jeden z rozhovorů probíhal například tak, že má informantka s dítětem v šátku nade mnou stála, pohupovala se a chodila, zatímco já jsem seděla na pohovce.

Všechny rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon, na což jsem informantky upozorňovala také ústně. Zpočátku rozhovoru jsem se snažila informantky podpořit, a proto jsem je ujistila o tom, že neexistuje nic jako správné či špatné odpovědi a že mě zajímá vše, co si o daném tématu vybaví a co budou považovat za důležité. Během rozhovoru jsem se vždy snažila otázky pokládat chronologicky tj. od období těhotenství, přes porod a následně poporodní péči. Ne vždy se však podařilo chronologickou linii dodržet, protože informantkám se některé momenty vybavovaly až v průběhu rozhovoru.

¹³ V případě rozhovoru uskutečněného přes Skype jsem informovaný souhlas informantce zaslala předem, aby měl možnost si jej prostudovat a stvrzení souhlasu potom proběhlo ústně v rámci rozhovoru.

Dále jsem se snažila, aby mé otázky nebyly příliš návodné nebo zavádějící, a proto jsem se vždy do značné míry řídila tím, co chtěla probírat informantka. Přes to jsem si v oblasti týkající se poporodní péče, která stála v centru mého zájmu, dovolila některá témata „nakousnout“ i v případě, že to informantka neudělala sama od sebe. Jednalo se o témata spojená s režimem a rutinami dané porodnice jako je např. koupání a vážení dítěte, kojení a příkrmy, vizity apod. Taková otázka byla potom zpravidla formulována následovně: „Jak probíhaly vizity?“.

Rozhovor jsem většinou zakončila otázkou směřovanou na propuštění z porodnice a následné „sžívání“ se s novým potomkem a novou rolí matky. Vždy jsem informantky explicitně informovala o tom, kdy ukončuji nahrávání, ale někdy rozhovor pokračoval i po vypnutí záznamu. Proto jsem v ojedinělých případech přikročila k tomu, že jsem nahrávání opětovně zapnula, o čemž jsem však vždy informantku předem informovala. Poučena touto skutečností jsem se pak v dalších rozhovorech snažila nahrávání zbytečně nevypínat po „vyčerpání“ mnou nastolených témat, ale počkat až dokončíme také jakousi závěrečnou debatu.

3.6. Metody analýzy dat

Jak už bylo zmíněno, všechny uskutečněné rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon, odkud jsem následně nahrávky přenesla do počítače, kde jsem s nimi pracovala již pod přidělenými, a nikoliv skutečnými jmény informantek. Získané nahrávky jsem následně přepisovala do textové podoby v programu *MS Word*. Za účelem zjednodušení procesu transkripce jsem využila volně dostupné verze programu *Express Scribe Transcription*, který umožňuje zvukovou stopu podle potřeby zpomalovat či zrychlovat a zvuk je také možné ovládat prostřednictvím klávesových zkratk, což významně ulehčuje a dle mého názoru i zrychluje celý proces přepisu, jelikož není nutné tak často celou stopu zastavovat a vracet zpátky.

Některé z mých informantek se obávaly, že jejich ústní projev bude příliš kostrbatý, musela jsem je proto ujišťovat, že přepis nebude obsahovat přílišné množství „vycpávkových“ slov. Tuto skutečnost jsem následně v rámci přepisu dodržela, neboť se domnívám, že pro zachycení obsahu a významu sdělení není bezpodmínečně nutné mluvenou řeč převádět do textu v její absolutní podobě. Vynechávala jsem tedy v transkripci v některých případech slova jako „prostě“, „jakoby“ apod. Jinak jsem se ale jakéhokoliv

zasahování do dat snažila vyvarovat za účelem zachování co největší míry autenticity. Jsem si však vědoma toho, že už jen samotné přepisování ústního projevu do formy psané znamená ztrátu značné míry obsahu sdělení a výrazových prostředků, jakými je například non-verbální komunikace, gesta a další.

Rozhovory jsem se snažila přepisovat v co nejkratší době po jejich uskutečnění, což se mi dařilo jen zpočátku, později jsem se začala dostávat do časové tísně, až jsem nakonec rozhovory přepisovala i s dvouměsíční prodlevou. V rámci přepisu jsem sice nezaznamenávala intonaci, dělala jsem si však v textu poznámky o výraznějších emočních projevech jako je smích, pláč apod.

Takto získaná data jsem měla v plánu kódovat v tištěné podobě za pomoci barevného značení jednotlivých kódů, neboť jsem se domnívala, že takový postup mi nejlépe umožní vidět v textu různé souvislosti. Tato metoda se mi však vůbec neosvědčila, jelikož jsem některé pasáže potřebovala označit více než jedním kódem, a to v tištěné verzi přinášelo obrovský zmatek. Nakonec jsem tedy přistoupila ke kódování prostřednictvím volně dostupné verze programu *QDA Miner Lite*, který umožňuje jednotlivým částem textu přidělovat jednotlivé kódy a ty dále shlukovat do větších tematických celků. Kódy lze i během procesu kódování upravovat, přeskupovat a během chvíle je možné si vyhledat všechny pasáže označené příslušným kódem, což mi značně usnadnilo práci při psaní analytické části. Navíc se celý seznam kódů neustále nachází v levé části obrazovky, takže k nim má výzkumník/výzkumnice rychlý a snadný přístup. Nakonec tedy tento způsob hodnotím jako pro mě jednoznačně nejvíce vyhovující.

V procesu kódování jsem se inspirovala zakotvenou teorií, přičemž jsem vycházela ze tří druhů kódování navržených Straussem a Corbin (1999). Jedná se o kódování otevřené, axiální a selektivní. Program *QDA Miner Lite* v podstatě umožňuje provádět zároveň kódování otevřené i axiální, neboť otevřené kódy lze přehledně řadit pod axiální kategorie. Já jsem nicméně postupovala ve dvou krocích, neboť jsem potřebovala více času na to se v datech zorientovat.

Veškerá přepsaná data jsem si tedy nejdříve označila popisnými otevřenými kódy, které jsem řadila do širších tematických celků, podle toho, jakého období se týkaly, např. těhotenství, porod, poporodní péče apod. Až následně jsem s takto roztríděnými kódy pracovala axiálně, z některých z nich jsem vytvořila samostatnou kategorii (např. z kódu „komunikace a informovanost“ nebo z kódu „režim/řád porodnice“), některé kódy jsem naopak sloučila do širších celků (např. kódy „porod bez medikace“, „neuspěchaný porod“ a „porod s minimem rutinních zásahů“ do společného kódu „porod jako přirozený proces“).

Ve finální fázi jsem přikročila k selektivnímu kódování, kdy jsem s ohledem na mnou zvolené výzkumné téma a položenou výzkumnou otázku identifikovala ústřední témata, která se ve výpovědích objevovala. S kódy a jejich řazením jsem neustále pracovala i během psaní analytické části, neboť jsem i během procesu psaní přicházela na další okruhy, které bylo nezbytné tematizovat. Seznam kódů uspořádaných do axiálních kategorií uvádím v Příloze č. 3.

4. EMPIRICKÁ ČÁST

V následující části představuji závěry svého zkoumání a soustředím se především na výpovědi svých informantek, jimž je přizpůsobeno členění jednotlivých kapitol. Pozornost věnuji nejenom samotnému režimu a řádu na oddělení šestinedělí, ale také pojetí porodu, které mé informantky zastávají a také kritériím, na jejichž základě si danou porodnici vybíraly. V centru mého výzkumu kromě postojů a očekávání informantek stojí také to, jaké strategie ženy volily pro vyrovnání se s režimem porodnice, jak probíhala interakce s personálem na oddělení šestinedělí a jaký byl kapitál žen při vyjednávání a upevňování jejich vlastních pozic.

4.1. Pojetí porodu

Na očekávání a preference žen ohledně porodu a poporodní péče má vliv jakým způsobem obecně na porod a aspekty s ním spojené nahlíží. Jak uvádí Hrešanová (2011, s. 71): „*Různé ženy mají rozličné představy a priority ve vztahu k poskytované porodní péči, které se od sebe mohou výrazně lišit.*“ Pojetí porodu, které ženy zastávaly, se zpravidla implicitně neslo celým jejich vyprávěním a lze od něj odvodit také to, jakou porodní i poporodní péči bude nejspíš daná žena považovat za adekvátní a kvalitní. Jeden a ten samý zásah může být jednou ženou vnímán jako žádaný a správný, zatímco jiná žena jej považuje za nepříjemný a nepatřičný. Toto zmínila i paní Zuzana:

„To je věc, která se hodně diametrálně liší u maminek a vlastně i třeba z pohledu lékařů je v tom velké rozdíly, že spousta ženských má pocit, že skvěle odvedená práce v nemocnici je za předpokladu, že do vás bylo nastrkáno co nejvíc medikamentů, a to je vnímáno jako ten servis a já jsem to měla úplně naopak. Jako respektuju nemocnici ve smyslu, že západní medicína prostě, když jde do tuhého, tak má svoje místo, to rozhodně, ale na druhou stranu nejsem úplně zastáncem nějakých přehnaných medikací a zásahů, který jsou umělé a nejsou nezbytné.“ (Zuzana, prvorodička, malá porodnice).

Z hlediska pojetí porodu rozlišuji u svých informantek dvě dominantní a navzájem protikladné kategorie, kterými jsou „*porod jako přirozený proces*“ na straně jedné

a „*technokratické pojetí porodu*“¹⁴ na straně druhé. Tyto kategorie v mnohých ohledech odpovídají dvěma modelům uvažování o porodu, jak je definuje Van Teijlingen (2005)¹⁵. Kritériem tohoto dělení je míra, do jaké ženy přistupují k medicínskému uvažování o porodu ne/kriticky a jakou ne/důvěru v něj a v lékaře/lékařky vkládají. Mnou identifikované kategorie zastupují v tomto smyslu dva krajní póly uvažování o porodu.

Informantky, které pojímaly porod jako přirozený proces, preferovaly dle svých slov porod bez medikace, s minimem rutinních zásahů, s někým, komu důvěřují, porod neuspěchaný a spíše v malé porodnici. Svě požadavky někdy vyjadřovaly také ve formě porodního plánu¹⁶. Paní Pavlína, Monika a Linda své stanovisko popsaly takto:

„Pro mě bylo hodně důležitý, aby tam přistupovali k porodu s respektem a aby se nedělaly zbytečné zásahy, protože za mě porod a těhotenství celkově, jsou přirozené věci a jasně, zdravotnictví zachraňuje životy, může vyřešit spoustu akutních stavů, ale prostě to těhotenství a porod, pokud probíhají dobře, zdravě, tak za mě ten porod má probíhat přirozeně a bez medikace a zásahů. Do té chvíle, než se něco podělá, což se může stát. Ale chtěla jsem to mít tak, aby to bylo co nejpřirozenější, abych nemusela podstupovat ty rutinní zákroky, které se prostě dějí.“ (Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

„To jsem měla napsaný, že nechci, aby mi nabízeli cokoli, jsem chtěla fakt přirozenej [porod]. No a měla jsem tam, že nechci ani píchnout vodu, protože jsem četla, že to vlastně urychlí ten porod a může to pak zkomplikovat tu finální fázi.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

„V (porodnici) mají nějaký ten certifikát jakoby přirozený porody, že prostě nezasahují, dokud to není nezbytně nutný. To se mi líbilo. Já jsem prostě nechtěla, aby na mě tlačili, aby mi nutili nějaký vyvolávací prostředky, aby zbytečně do toho porodu zasahovali. Já jsem... Prostě ten porod je fyziologickéj proces, to tělo si s tím poradí, pokud všechno jde tak, jak má.“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

Ženy, které zastávají toto pojetí porodu, jsou podle zjištění Hrešanové (2008) personálem porodnic označované jako „přírodačky“ nebo jako „přemoudřelé“ a vyznačují se zpravidla kritickým přístupem k medicínskému modelu porodu a režimu porodnice a větším množstvím nastudovaných informací o charakteru poskytovaných služeb i péči o dítě. Postoj těchto žen pak může v personálu porodnice vyvolávat negativní reakce.

¹⁴ Terminologicky se zde opírám o tzv. „*technokratický model porodu*“ tak, jak jej definovala Davis-Floyd (1993)

¹⁵ Více viz Kapitola 2.6. - Dva modely uvažování o porodu

¹⁶ Z mnou oslovených 12 žen si jej do porodnice nesly 2

Příkladem toho je zkušenost paní Pavlína, která se ovšem zároveň sama vymezuje vůči tomu, aby byla na základě svého přesvědčení zařazována do nějaké specifické skupiny:

„Když nás vlastně prohlížela ta sestra vrchní nebo prostě ta na tom příjmu, tak měla takové jako poznámky, když jsem říkala, že nechci koupat a když jsem vytáhla látkový plínky, tak říkala jakože: No, nějaký ekomatky zase! A takový jako poznámky měla, což mě docela mrzelo, protože jsem si říkala: Jo, tak jako jasně, jsem prvorodička, spoustu věcí nevím, neznám, neumím, ale mám nějaký názor a to neznamená, že mě musí shazovat a zaškattulkovávat do nějaký šílený kasty.“ (Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

Zároveň však všechny ženy přiklánějící se k „přirozenému“ pojetí porodu přiznávaly, že „když jde do tuhýho“ (paní Zuzana) nebo „se něco podělá“ (paní Pavlína), tak je pro ně lékařská intervence jednoznačně přínosnou, a to byl taky pro tyto ženy jeden z hlavních důvodů rodit v porodnici. Medicína a medicínské zásahy jsou tedy vnímány jako nežádoucí jen do té chvíle, dokud porod probíhá bez komplikací. Navíc to také ukazuje na silné přesvědčení o inherentní rizikovosti porodu, které je v těchto ženách silně zakořeněno, a to i přes to, že porod považují za přirozenou věc. I tyto ženy tak do značné míry internalizují dominantní medicínský model uvažování o porodu.

Všechny ženy, které jsem výše citovala a také všechny ženy z mého výzkumného vzorku, které ve svých výpovědích inklinovaly k „přirozenému“ pojetí porodu, byly prvorodičky, byly vysokoškolsky vzdělané a rodily v malé porodnici, která se nacházela mimo místo jejich bydliště. To odpovídá zjištěním Hrešanové (2008, s. 51), že se v případě „přírod'áček“ podle názoru lékařek „(...) často jedná o velmi vzdělané ženy, avšak v jiném oboru, než je medicína. Do porodnic často dojíždějí z velkých měst, mnohdy vzdálených desítky i stovky kilometrů. Velmi často se jedná o prvorodičky.“. Je pravděpodobné, že všechny prvorodičky se na porod připravují více než druhorodičky, které už mají určitou představu o tom, jak porod probíhá a čerpají tak částečně ze své vlastní zkušenosti¹⁷. Vysokoškolsky vzdělané prvorodičky mohou navíc dávat přednost jiným zdrojům informací, než prvorodičky s nižším stupněm vzdělání a odtud potom pramení specifická povaha jejich porodního vědění.

Druhým pojetím porodu, které bylo možné v rozhovorech vysledovat, bylo „pojetí technokratické“. Informantky, které pojímaly porod technokraticky, obecně více důvěřovaly lékařům/lékařkám a lékařským technologiím, na které při svých výpovědích kladly velký

¹⁷ „Zkušenost porodu je důležitým faktorem ovlivňujícím jednak přístup ženy k porodu, jednak její způsoby získávání informací o porodu, dále její přístup k vlastní úloze z hlediska vedení porodu a v neposlední řadě i její sebedůvěru a důvěru ve své schopnosti porodit vlastní dítě.“ (Hašková, 2001, s. 52)

důraz. Dle svých slov preferovaly porod s medikací, pod dohledem lékaře/lékařky, porod co nejrychlejší a spíše ve velké porodnici. Rutinním zásahům se nebránily nebo se o jejich problematiku vůbec nezajímaly, neboť to pro ně nebylo stěžejní. Obecně se v tomto smyslu spoléhaly na expertní vědění lékaře/lékařky:

„Jsem zastánce toho, že u porodu by měl být lékař nebo lékařka a (porodnici) jsem si vybírala z důvodu, že je to velká nemocnice, to znamená, že kdyby se mě nebo tomu dítěti něco při porodu stalo, tak je tam veškerá péče, která zajistí to všechno, ten problém, pokud by nějaký byl.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

„Tam je to taková velkovýrobná a nemají čas tě tam trápit, takže když by to třeba nešlo, tak ti to ukončej císařem a je to. Mě vyhovuje, že jsou tam na všechno lékařsky vybaveny a že to tam odsejpa. (...) U první [dcery] jsem přijela do porodnice a chtěla jsem drogy hned, a to mi dali až teda těsně před porodem a nástřih jsem neřešila, to šlo nějak mimo mě. (...) Já jsem tam šla s tím, že tam vědí, co mají dělat a nemají dělat a nejsem žádná zálesáčka, abych byla hrozně přírodní. Někdo to tak má, že si vozí ty porodní plány a chce zažít přírodní porod, ale já ne.“ (Paní Simona, druhorodička, malá porodnice).

Tyto ženy nepopisovaly, že by se dostaly do konfliktu s lékařským personálem a lze předpokládat, že k takovému konfliktu u nich dochází méně často, neboť jejich pojetí porodu je totožné s dominantním medicínským uvažováním o porodu. Důkazem toho je i zjištění Hrešanové (2008, s. 55), že pro tyto ženy *„(...) nemá personál porodnic žádné zvláštní označení“*, což může znamenat, že personál nemá potřebu se vůči nim „ideologicky“ vymezovat a vytvářet hranici „my“ versus „ony“.

Samostatnou kategorií pojetí porodu byl u mých informantek porod *„alternativní“*, kdy toto označení některé z nich výslovně použily za účelem odlišení se nebo distancování se od určité skupiny rodiček/matek, ke které se samy tyto ženy nehlásily, měly však o ní určitou představu. Toto označení bylo zpravidla užíváno pejorativně:

„Porodní plán jsem nezvažovala, protože mě už to přijde takový moc alternativní. A věděla jsem spíš, co nechci, po první zkušenosti, než že bych trvala na něčem, co chci.“ (Paní Markéta, druhorodička, velká porodnice).

„Kate Middleton měla toho Willa... Ne, jak se jmenuje? George, nevim, ne. Ten nejmladší... Louis! Narodil se jí Louis a několik hodin po porodu vyšla nádherná, že jo, před tu porodnici a že prej hypnoporod a já jsem si říkala, hó, hypnoporod! To vypadá dobře (smích). Tak, přečetla jsem si o tom něco a nepřišlo mi to až tak alternativní, že na tom něco je, tak jsem si zaplatila kurz hypnoporodu.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

Paní Hana v souvislosti s „alternativním“ pojetím porodu opět kladla důraz na rizikovost porodu a možnou patologii vyžadující lékařský zásah, na druhé straně však také zdůraznila, že v rozhodovacím procesu by měla mít vždy hlavní slovo matka dítěte:

„Takže, nevím no, já neodsuzuju žádné názory maminek, který rodí všude možné, alternativně, do vody, hypnoporody, ... Nevím, co všechno možného ještě existuje, ale četla jsem ty případy no, kdy pak ta sanitka musela k tomu porodu jet zpětně, protože prostě se tam něco nepovedlo. Ale, na tý mámě je to hezký to, že ona sama by si to měla rozhodnout, co chce. V jakýmkoliv případě, i u toho porodu, i na tom šestinedělí.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

Důvodem vymezování se vůči „alternativním“ postupům může být buď vlastní přesvědčení anebo strach stát se součástí marginalizované skupiny a být určitým způsobem „nekonformní“, což s sebou může přinášet určité společenské sankce například ve formě nesouhlasného postoje a negativních komentářů personálu porodnice. Karin Martin upozorňuje na fakt, že lékařský systém ženino tělo disciplinuje, přičemž ženy samy internalizují genderové normy chování, což je při porodu značně ovlivňuje. V důsledku toho se pak některé ženy mohou s ohledem na internalizovanou normu poslušnosti zdráhat říci si o to, co skutečně potřebují (Martin, 2003). O tom, že takové jednání vyžaduje značnou odhodlanost a sílu hovořila paní Linda:

„Takhle zpětně cítím, že ta rodička, mě přijde, že akceptuje všechno, pokud není nějak vyloženě alternativní nebo nějak super bojovná, tak je tak nějak, ani ne oblblá, ale prostě nějak v té situaci já jsem neměla sílu protestovat proti ničemu.“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

O tom, že si žena může být této normy sama vědoma, ovšem rozhodne se ji nerespektovat hovořila paní Dana:

„Já jsem samozřejmě křičela, řvala jsem, bylo mi to v tu chvíli úplně jedno samozřejmě, mám na to právo, rodím tam.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

4.2. Kritéria výběru porodnice

Ačkoliv v centru mého zájmu nestojí otázka po kritériích či způsobech výběru porodnice, považuji za relevantní se ptát, na jakém základě se ženy pro porod v porodnici

rozhodují, byť je to volba značně diskutabilní, neboť porod v porodnici je v současnosti jediným legitimním a de facto i legálním způsobem porodu v České republice.

V roce 2015 bylo v ČR dle dostupných údajů 238 z celkového počtu 108 801 narozených dětí porozeno mimo zdravotnická zařízení, což činí méně než 1 procento z celkového počtu novorozenců¹⁸. Navíc vykázaných porodů plánovaných doma bylo v roce 2015 pouze 32, takže statisticky vzato je poměr ještě mnohem nižší, neboť u zbytku porodů mimo zdravotnické zařízení se implicitně předpokládá, že byly mimo zdravotnické zařízení provedeny neplánovaně. (*Rodička a novorozenec 2014–2015*, 2017)

Ačkoliv reálná a aktuální čísla mohou být ve skutečnosti o něco vyšší, celkové procento domácích porodů není vysoké a možná i z toho důvodu se s domácími porody česká legislativa obtížněji vyrovnává. Fakticky totiž porody v domácím prostředí zakázány nejsou, zákon ovšem nepovoluje jejich vedení zdravotním pracovníkem/pracovnicí (typicky porodní asistentkou). „Podle zákona o zdravotních službách je ovšem pomoc při porodu či jiná zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí rodičky věcně (a zcela rozumně) omezena jen na takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením, které by bylo objektivně nutné k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení (§ 10 odst. 3 zák. č. 372/2012 Sb.)“ (Telec, 2018, [online]).

Když se mé informantky rozhodovaly, v jaké porodnici by chtěly přivést na svět své dítě, bylo pro ně dle jejich slov hlavním kritériem to, jaké zdravotnické služby daná porodnice poskytuje. Absolutně nejčastějším zmiňovaným argumentem bylo lékařské vybavení porodnice zajišťující co nejvíce odbornou péči o dítě i matku v případě komplikací. Zde se tedy opět projevuje síla dominantního pojetí porodu jakožto rizikového procesu, během něhož je vysoká šance, že se něco „pokaží“. Paní Hana a Dana to popsaly takto:

„Pro mě bylo nejdůležitější, že tam je fakt to zázemí v případě těch problémů. Jakože budu vědět, že když tomu dítěti se u toho porodu něco stane nebo v tom šestinedělí, že vedle na chodbě je oddělení, který se tím zabývá, že mají vybavenost přístrojů a že jsou na to připravení, že to nebudou dělat poprvé. To jsou pro mě tak jako důležitý věci. A to samý se mnou, že kdyby mě se něco stalo, ať už bych šla císařem nebo jakýkoliv krvácení prostě u toho porodu se může stát tolik věcí, že prostě ta jistota, že tam to zázemí je, lékařský, je pro mě vlastně jako to nejdůležitější.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

¹⁸ Za zmínku nicméně stojí fakt, že podle studie provedené Haškovou (2001, s. 25) 15% podíl matek tuto formu porodu jednoznačně schvaluje.

„Za mě ta (porodnice) je supr hlavně, jakmile by se něco stalo. To je úplně to nejdůležitější.“
(Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

Ačkoliv toto stanovisko nejsilněji rezonovalo u žen, které se zároveň přikláněly k technokratickému pojetí porodu, do určité míry ho zastávaly všechny mé informantky, a to i ty, které na porod nahlížely jako na přirozený proces. Paní Zuzana například chápala porod ve velké a technicky lépe vybavené porodnici jako něco, co by sice byla kvůli zajištění většího bezpečí svého dítěte ochotná absolvovat, ale co jí osobně přinášelo menší komfort. Dokud tedy dítě bylo dle biomedicínských norem „malé“, byla paní Zuzana připravená zvolit velkou porodnici, aby minimalizovala možný „problém“:

„A do té doby ty tři týdny před tím, kdybych začala rodit, tak by to miminko bylo malý, takže jsme jako usoudili, že zas jako (velká porodnice) má lepší vybavení, takže bych jela tam, což jsem fakt hrozně moc nechtěla. (...) I když samozřejmě tam hraje roli to, že pokud by byl problém, tak dám přednost před mým komfortem té lékařské službě.“ (Paní Zuzana, prvorodička, malá porodnice).

Zde se tedy implicitně projevuje snaha o získání „perfektního dítěte“, které bude odpovídat medicínským standardům a dále jsou potřeby dítěte kladeny samotnou ženou nad potřeby vlastní. Tyto rysy jsou však typické spíše pro technokratické pojetí porodu, které však paní Zuzana explicitně nezastávala. Je tak jasné, že tato dvě pojetí se ani zdaleka nevyskytují ve svých absolutních formách, ale vzájemně se prolínají. Účelem tohoto sdělení mohla být také snaha paní Zuzany samu sebe prezentovat jako zodpovědnou matku.

Zajímavý byl v tomto ohledu případ paní Simony, která své první dítě rodila ve velké porodnici a tamtéž plánovala porodit i své druhé dítě. Nakonec však u ní nastal překotný porod a sanitka jí z časových důvodů odvezla do nejbližší možné malé porodnice. Paní Simona hodnotila porod i poporodní péči v této malé porodnici jako lepší než u prvního dítěte. I přes to zkonstatovala, že pokud by se měla rozhodovat po třetí, zvolila by si znovu velkou porodnici:

„Ale kdybych se měla znova rozhodovat, kdybych měla třetí dítě, tak bych šla znova do (velké porodnice). I přes to všechno. Protože mi to přijde takový bezpečnější, že kdyby se náhodou něco stalo tomu miminku, tak stejně by se odvezlo tam a takhle by tam bylo rovnou.“ (Paní Simona, druhorodička, malá porodnice).

Tento i všechny další výše uvedené příklady svědčí o tom, že pro nastávající matky hraje hlavní roli bezpečí jejich dítěte a až potom vlastní přesvědčení či komfort. Míra, do jaké je žena ze svých nároků v tomto ohledu ochotná slevit se odvíjí od toho, jak moc se

obává možných komplikací během porodu. Ovšem, jak již bylo zmíněno, je to právě medicínský diskurz, který vytváří obecně sdílenou představu o inherentní rizikovosti porodu. Dochází tak tím pádem k jeho sebezpotvrzování, neboť „nutnost“ родit v porodnici se do značné míry odvíjí od toho, jaký model porodu je veřejnosti předkládán. Ženy pak ve většině případů omezují své vlastní nároky za účelem zaručení „bezpečnosti“ dítěte.

Druhým nejčastěji zmiňovaným kritériem výběru porodnice byla dojezdová vzdálenost, a to nejenom kvůli porodu samotnému, ale i kvůli předporodním kontrolám konaným v porodnici, které například pro paní Markétu představovaly důvod, proč si vybrat bližší velkou porodnici oproti vzdálenější malé:

„Do (malé porodnice) jsem se dokonce zajela i podívat, líbilo se mi to a pak jsem si nejdou uvědomila, že ke konci budu muset stejně dojíždět každý ten týden na tu kontrolu. (...) Takže já jsem se víceméně ke konci rozhodla, že se na to vykašlu.“ (Paní Markéta, druhorodička, velká porodnice).

Snaha být „blízko“ vybraného zařízení jistě opět souvisí s představou porodu jakožto rizikového procesu a potřeby být co nejvíce nablízku lékařské pomoci. Jak již bylo zmíněno v teoretické části této práce, možnost výběru porodnice je v České republice záležitostí relativně novou, neboť za dob komunistického Československa fungoval systém spádových oblastí a pacientka si nemohla mezi jednotlivými zařízeními vybírat. Částečně však tento model „spádovosti“ v českých ženách možná zůstal zakořeněný jakožto praktický, neboť mé informantky vykazovaly snahu být vybranému zařízení minimálně v době termínu porodu poblíž. To byl případ paní Moniky, která se rozhodla родit v malé porodnici, ale aby nemusela překonávat příliš velkou vzdálenost a riskovat plnou kapacitu, vybrala si méně frekventovanou malou porodnici v blízkosti manželovy chalupy:

„Přišlo mi, že vlastně úplně nechci, abych hodinu jako měla cestu do porodnice a že je tam navíc docela nátrask, takže se může stát, že stejně tu ženskou nevezmou (...) ale pak jsme v průběhu jara vymysleli s mužem, on má chalupu v (horách) a mysleli jsme, že bychom mohli být tam a jako udělat si takovej chill a pohodičku a až to na mě přijde, tak že bychom prostě odjeli... A že on by si vzal dovolenou... A to jsme taky udělali a bylo to super.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

Dalšími kritérii, které mé informantky zvažovaly, byla dle jejich slov doporučení známých a kamarádek, fyzický vzhled a vybavení porodnice, to, zda porodnice umožňuje rooming-in, nebo jaké hodnocení má na internetových portálech a diskuzích.

4.3. Režim a řád na oddělení šestinedělí očima žen

V této kapitole se dostávám k tématu, které od začátku mé výzkumné práce stálo v centru mého zájmu. Snažila jsem se nalézt odpověď na otázky, jakým způsobem ženy konstruuji svou zkušenost s pobytem na oddělení šestinedělí, jak popisují jeho režim a řád a jaké významy mu přisuzují.

4.3.1. Běžný chod oddělení aneb vážení, přebalování, kojení a koupání

V České republice je standardem, že ženy po porodu tráví v porodnici minimálně 72 hodin. Tato lhůta vzešla z metodického opatření Ministerstva zdravotnictví z roku 2005, jehož záměrem mělo být „(...) *minimalizovat pochybnosti zdravotnických zařízení a sjednotit postup těchto zařízení, resp. neonatologů a pediatriů při propouštění novorozenců do domácí péče*“ (Věstník MZČR, 2005, s. 14).

Aktuálně platné je nyní metodické opatření z roku 2013, podle něhož už lhůta není pevně stanovená, ale pouze doporučená. Metodické opatření zní následovně: „(...) *propuštění fyziologického novorozence¹⁹ do jeho vlastního sociálního prostředí se doporučuje v souladu s názorem českých odborných lékařských společností po uplynutí nejméně 72 hodin od jeho narození*“, přičemž dále jsou specifikovány další podmínky propuštění jako například provedení screeningových vyšetření novorozence nebo aplikace vitamínu K (Věstník MZČR, 2013, s. 2).

Ačkoliv tedy již lhůta tří dní strávených v porodnici není povinná, jedná se stále o fungující praxi. Jinak tomu ovšem může být v případě nedostatku míst pro nové rodičky, který potom vede personál porodnice k tomu, že je nucen místo na oddělení uvolnit. O tom se v souvislosti s propouštěním z porodnice zmínila paní Dana:

„Když mají podle mě hodně velké frmol, tak si myslím, že už mi tam někdo říkal, že to zvládnou i o den dřív pustit, jo. Protože těch porodů, co tam oni mají, je fakt hodně. Tam jako, když se to sejde, tak oni mají plno i ty porodní boxy, mají tam narváno. Takže to pak

¹⁹ Fyziologický novorozenec je v dokumentu specifikován jako „*donošený novorozenec (trvání těhotenství 37+0 až 41+6 týdnů a dnů), s hmotností nad 2 500 g a který je bez zjevných známek patologie*“ (Věstník MZČR, 2013, s. 2).

pouštěj se zprávou a malýho vlastně do péče do pediatra do dvou dnů, do tří dnů, záleží, jak to vyjde o svátcích a o nedělích.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

Tři dny strávené na poporodním oddělení slouží k ustavení nově vznikajícího vztahu mezi ženou a dítětem, především pak obecně ve věci péče o dítě a specificky ve věci kojení dítěte, které je podle Světové zdravotnické organizace jedním z hlavních cílů v rámci poporodní péče, pakliže u ženy ani u dítěte nedochází ke zdravotním komplikacím, jejichž řešení by v tu chvíli stálo na prvním místě (Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, 1998). Jednotlivé porodnice se od sebe pochopitelně liší uspořádáním pokojů, počtem žen na pokoji apod. Rutiny a postupy, které v porodnicích fungují, se však v jednotlivých zařízeních objevují stejné.

Ve výpovědích všech mých informantek se objevovaly zmínky o denním řádu či režimu na oddělení šestinedělí, který byl pro každou z nich různě vyhovující. Obecně se dá říci, že mnou oslovené druhorodičky byly oproti prvorodičkám k systému porodnice shovívavější, což si vysvětluji tím, že pro ně již nebyl úplnou novinkou²⁰. Paní Hana a Simona, které zároveň obě přistupovaly k porodu spíše technokraticky a preferovaly porod pod dohledem lékaře, vnímaly současný řád a režim na oddělení šestinedělí jako něco, co je pro její fungování nevyhnutelné a přirozené:

„Je to jejich práce a pokud by tam systém nebyl, tak by to byl prostě holubník. Takže... Samozřejmě, nikoho nebaví vyplňovat tabulky, nikoho nebaví to dítě vážit non stop, odpovídat na všechny otázky, ale prostě, myslím si, že spousta maminek si neuvědomuje, že aby to tam takhle fungovalo, jak to tam funguje, tak ten řád tam prostě být musí.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

„Jakože musíš po třech hodinách kojit, že musíš vážit a přebalovat, to mi přišlo u obou dětí automatický. Že prostě to musej nějak kontrolovat, mě to přišlo přirozený.“ (Paní Simona, druhorodička, malá porodnice).

Jako nejobtížněji zvladatelná se ženám jevila celková logistika kolem péče o dítě, která pro ně často představovala stres. V souvislosti s kojením a dalšími nezbytnými úkony se ženy dle svých slov dostávaly do téměř nikdy nekončícího koloběhu po sobě jdoucích úkonů, mezi nimiž už jim nezbývalo mnoho času na cokoli jiného. Typicky tak mé informantky popisovaly režim na oddělení šestinedělí jako koloběh přebalování dítěte, jeho vážení, krmení, dalšího přebalování, zapisování údajů do tabulky, komunikace

²⁰ O tom, že vícerodičky jsou s poporodní péčí celkově spokojenější, než prvorodičky svědčí také zjištění Takács, Seidlerové a kolektivu (2012).

s personálem, koupání dítěte, koupání sebe sama, občasné návštěvy a sem tam spánek. Paní Alena popsala své pocity následovně:

„Já nevím, pro mě to bylo strašný, prostě každý tři hodiny, to bylo šílený, vstávat. Oni každý tři hodiny za mnou přišli: Přebalujete? Jojojo. Takže jsem přebalila, zeptali se, jestli kakala, čůrala. Pak odešli, protože měli, já nevím, sestra měla třeba tři pokoje na starosti (...). A já jsem ji pak dala k prsu, ona přišla, jestli to dělám dobře a většinou já už jsem třeba patnáct dvacet minut čekala, než přinese mlíko, furt nic, tak jsem malou dala do postýlky, šla jsem za tou sestrou, jestli už mi donese to mlíko, protože už to bylo třeba tři čtvrtě hodiny a já jsem věděla, že zase za dvě hodiny vstávám, tak pak už to bylo takový docela sobecký, že jsem si říkala, už chci to dítě nakrmit a chci jít spát, protože pak jsem strašně unavená. Tak mi to teda to mlíko donesla. Tak jsem malou nakrmila a šla jsem spát a furt takhle dokola.“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

Zejména prvorodičky také řešily, jak se svým dítětem mají obratně manipulovat. Některé z mých informantek pociťovaly strach, neboť považovaly své dítě za příliš drobné a křehké. Zde potom docházelo ke střetům mezi expertním věděním zdravotních sester a mezi laickým věděním žen, a to zejména když došlo na demonstraci koupání, která je podle výpovědí mých informantek standardem v každé porodnici. Ženy měly často dojem, že je s jejich dětmi nakládáno neopatrně, zdravotní sestry naopak od žen vyžadovaly zručnost a rychlost. Je pravděpodobné, že zdravotní sestry takto postupovaly kvůli nedostatku času a také proto, že chtěly, aby se ženy s dítětem naučily manipulovat samostatně. Tyto situace mé informantky popisovaly jak ve velkých, tak i v malých porodnicích:

„Když jsem viděla, jak manipulují s malou, oni určitě jí neubližovali, ale prostě když jí otáčeli zezadu na břicho, tak jí chytli hlavu, takhle jí zarotovali s tělem a takhle jí tam položili. A já jsem říkala: Opatrně! Ale dělají to pětadvacet třicet let, takže fakt vědí. Ale pro mě to nebylo úplně hezký vidět.“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

„Když jsme šly vlastně podruhé koupat (dceru) v tý porodnici, tak ona [zdravotní sestra] mi odmítla tam zatopit v tom pokoji, hrozně jako: Dělejte, dělejte, já nemám čas, já mám ještě dalších deset ženských. Teď já tam s dvoudenním miminem, že jo, jako jak mám vědět, jak ho mám koupat, tak ta mě vytočila.“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

„Tam to teda bylo hustý. Péče, doktorky, sestřičky úplně super, ale přišla tam sestřička a říká: Tak pojďte, já vám ukážu, jak se přebaluje. Udělala šup šup šup, takhle se přebaluje, příště přebalujete vy. Takže oni mě do toho hodili, jednou mi to ukázali, jednou mi ukázali přebalování, jednou mi ukázali koupání a pak už si to dělej sama.“ (Paní Tamara, prvorodička, velká porodnice).

Příznačná byla v tomto ohledu zkušenost paní Jany, která ve své dokumentaci uvedla vzdělání v oboru zdravotnictví. Díky tomu s ní zdravotní sestry jednaly jako se „sobě rovnou“ a automaticky předpokládaly, že disponuje stejným expertním věděním jako ony samy. Koupání dítěte jí kvůli tomuto předpokladu vůbec neukazovaly:

„U (prvního dítěte) když se mě ptaly s koupáním, to si pamatuju, to se mi vybavilo, tak tam zadáváš, když vyplňuješ ty papíry, tak co máš za školu a tak, tak řekly: No, tak vy jste zdravotní sestřička, tak to vy zvládnete sama. Což jako bylo takový, že i když jsem zdravotní sestřička, tak to bylo moje první miminko a měla jsem hrozně strach jí jako držet a to... Ale zvládla jsem to.“ (Paní Jana, druhorodička, velká porodnice).

Dalším zmiňovaným tématem v souvislosti s režimem na oddělení šestinedělí byla snaha být v co nejužším tělesném kontaktu s dítětem, a to zejména za účelem lepšího rozvoje kojení. Zde docházelo ke sporům s personálem, když se některé z mých informantek i přes zákaz rozhodly spát nebo usnuly se svým dítětem v jedné posteli. Pokud toto jednání bylo personálem porodnice odhaleno, byly ženy napomínány a odkazovány na to, že toto režim porodnice neumožňuje, zejména z důvodu nutnosti napojení dítěte na monitor dechu.

„Já jsem ho teda měla u sebe, on se fakt uklidnil u mě, pak jsme spolu samozřejmě usnuli, a to se sestrám ani doktorkám nelíbilo, takže jsem dostala dvakrát trošku seřváno, že v posteli ne, že doma si mám dělat, co chci, ale tady prostě v posteli ne. Takže si myslím, že kdyby tam měli takový ty postýlky, kde je přindáš k sobě, tak by to bylo určitě lepší, protože ty miminka jsou určitě klidnější.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

„A pak teda mě trošku štvály takový poznámky jako: Dítě nebrat do postele a musíte tady mít zapnutou chůvičku a támhleto a ono. Tak to jsem si říkala: Jo, je to nějaká jejich rutina a prostě dítě je moje, zodpovědná jsem já, tak prostě si za tím budu stát sama.“ (Paní Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

Případ paní Dany i paní Pavlína ukazuje na problém roztržité odpovědnosti za péči o dítě v prostředí porodnice. *„Nemocniční personál se velmi často domnívá, že má za dítě v nemocnici „odpovědnost“. Na základě toho si vynucuje různé postupy, se kterými rodiče nesouhlasí. Může to být například pokyn, že novorozenec nesmí spát s matkou na posteli, jen ve vozičku, nebo může jít o odnášení dítěte a provádění zdravotních úkonů na jeho těle bez vědomí či souhlasu rodičů.“* (Faltová a kol., 2019, s. 124). Podle práva je to ovšem rodič, který je plně odpovědný za péči o dítě, a to až do doby, kdy nabude plné svéprávnosti. *„Rodičovská odpovědnost zahrnuje povinnosti a práva rodičů, která spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj,*

v ochraně dítěte, v udržování osobního styku s dítětem, (...); vzniká narozením dítěte a zaniká, jakmile dítě nabude plné svéprávnosti. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit jen soud.“ (§ 858 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník).

Odpovědnost personálu za péči o dítě tedy právně vzato začíná teprve tam, kde končí odpovědnost rodičů a zdravotnický personál by měl bez výjimky respektovat jejich zákonná práva. V praxi však v prostředí instituce porodnice není odpovědnost za péči o dítě jasně definovaná a může tak docházet k upírání některých rodičovských práv, která si prostřednictvím nevyžádaných/neschválených zásahů a vyžadování pravidel a rutin porodnice nárokuje lékařský personál. Ženy pak často na svá vlastní práva rezignují, neboť si jich v některých případech ani nejsou vědomy anebo nemají dostatek odvahy či síly je uplatňovat. Paní Monika se zmínila o svém zážitku s odstraněním pupečního pahýlu, který lékařka odstranila, aniž by to s ní předem konzultovala. Pro paní Moniku tento akt představoval přílišný zásah do tělesnosti jejího dítěte a pocíťovala výčitky, že mu nedokázala zabránit a nedostála tak mateřskému ideálu:

„Přišla tam doktorka a prostě jen tak na něj koukla a řekla: Hm, zdá se mi to zarudlý a šmikla ho a ani to se mnou jako neprojednala a mě to v tu chvíli... Jsem si strašně vyčítala, že jako matka jsem nedokázala ochránit její pupeční pahýl. A myslím si, že to nebylo třeba. Ale oni to tam... Ona je to zrovna porodnice, kde to prostě šmikaj, i když už se to téměř nikde nedělá, tak tam to prostě dělaj. Asi to ničemu nevadilo, když se to zahojilo tak jako tak, ale tak to jsem měla pocit, že do toho zasahujou.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

Na snaze zabránit matce v nepřetržitém tělesném kontaktu s dítětem nebo rozhodovat o určitých úkonech je také patrný *paradox konstruování „přirozeného“ mateřství v prostředí porodnice*. V rámci společenského diskurzu je totiž od matky očekáváno a vyžadováno, aby se svým dítětem trávila co nejvíce času a aby za něj přijala plnou zodpovědnost. I přes to je však v porodnici tato představa rozbourávána oddělováním matky od dítěte a činěním určitých expertních rozhodnutí, čímž je takzvaně „přirozená“ kompetence matky odsouvána do pozadí. Matka jako by v prostředí porodnice ztrácela monopol na unikátní vědění, které je jí jinak připisováno, a jako by neoplývala jinak domněle přirozenou a automatickou schopností se o své dítě postarat a porozumět jeho potřebám. To v ženách může vyvolávat pochybnosti o tom, jaká je tedy ve skutečnosti jejich úloha.

Ačkoliv podrývání autority a sebejistoty matek nemusí probíhat ze strany personálu vědomě, nemusí být ani tak docela náhodné. Johnston a Swanson (2003) provedly diskurzivní analýzu časopisů věnovaných matkám a doložily, že v těchto materiálech se

vyskytují protikladné informace ohledně mateřství, přičemž mateřské kompetence žen (a především žen v domácnosti) jsou zpochybňovány, což přispívá k vytváření závislosti na expertních radách. Je tedy pravděpodobné, že obdobně zdravotnický personál porodnic působí na ženy v porodnici, aby jim tak dal najevo svou mocenskou převahu.

4.3.2. Nedostatek času, míst a personálu

V souvislosti s řádem a režimem na poporodním oddělení mé informantky často zmiňovaly nedostatek času nejen svého ale také personálu. Ženy pocítovaly, že personálu na oddělení není tolik, kolik by ho být mělo a že míst pro pacientky/klientky není vždy dostatek. Různé ženy potom k tomuto faktu přistupovaly odlišně a různě si ho také vysvětlovaly. Druhorodičky už většinou tuto situaci předem očekávaly a braly jí jako samozřejmost, jako něco, co k režimu na oddělení patří:

„Tak samozřejmě ten čas tam není. Těch pokojů je tam nevím kolik, deset? Na každém pokoji dvě ženy, takže to je dvacet matek, dvacet dětí. Na tu směnu jsou tam dvě, myslím.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

„Samozřejmě ty sestřičky na to nemaj úplně moc času, aby u každého seděly a vysvětlovaly to.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

Jiné z mých informantek (Paní Tamara a Helena) zase v souvislosti s nedostatkem míst a času na oddělení šestinedělí nabývaly dojmu, že v termínu jejich porodu se muselo narodit větší množství dětí, než je zvykem:

„Jenže ten večer se narodilo strašně moc miminek a bylo tam strašně moc maminek, že jsme se nevešly do pokojů skoro, takže my jsme pak byly v pokoji, kde byly jsme byly tři, a to byly pokoje pro ženský po císaři. Že prostě jsme se nevešly na normální pokoje.“ (Paní Tamara, prvorodička, velká porodnice).

V důsledku atmosféry všeobecného shonu, pokud ženě čas věnován byl, bylo to chápáno jako nadstandardní:

„To je další věc, kterou musím vyzdvihnout, že měli čas se se mnou a s tím kojením zabývat. Protože po tom císaři taky to kojení ne úplně automaticky naskočí. Takže oni mi tam nosili tu elektrickou odsávačku a fakt se se mnou babrali a to dítě prostě zkoušeli půl hodiny přikládat. Ona vůbec nevěděla, co je to sací reflex, vůbec jí to nešlo. A oni opravdu takhle tam se mnou měli svatou trpělivost.“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

Kvůli nedostatku personálu a času, mohou některé z žen trpět tím, že nemají dost informací o péči o sebe a o dítě, obzvláště pokud předem očekávají, že to bude právě personál porodnice, který je se vším potřebným důkladně seznámí. Některé porodnice tento fakt řeší distribucí tištěných materiálů, o nichž se zmínila paní Helena:

„Měli jsme tam všechno docela přehledně vypsány, připravený, takže samozřejmě na konkrétní konzultaci s každou maminkou, to oni by se tam zbláznili za chvíli. Takže měli připravený různé brožurky, vlastní papíry ohledně toho i v rámci třeba... Měli tam připravený i papíry i péče o sebe jako v rámci toho, jak si lehat na to břicho a co dělat, aby se správně srolovala děloha. To je nechutný, ale... Prostě jako všechny tyhle informace jsme měly, alespoň teda tištěný.“ (Paní Helena, prvorodička, velká porodnice).

To, že ženy vnímají v prostředí porodnice určité formální nedostatky ukazuje na jejich konzumeristické postoje a na vnímání péče jakožto služby, která v tomto případě nedostala jejich očekávání. Nedostatek zaměstnanců má na hodnocení kvality poskytovaných služeb přímý vliv, neboť není možné se všem ženám věnovat v požadované míře a případný kontakt pak může mít velmi rychlý a rutinní průběh.

4.3.3. Vizity a vyšetření – tělesná kontrola

Důležitou roli v péči o matku a dítě v porodnici hrají lékařské vizity a vyšetření, a to jak gynekologické, tak i pediatrické. Kvůli odlišným lékařským specializacím se vždy o matku a dítě starají odlišní lékaři/lékařky. Ve fakultních nemocnicích také mohou být v případě souhlasu matky přítomní studenti/ky medicíny.

To, co mé informantky často zmiňovaly v souvislosti s vizitami, byla jejich rychlost, což pravděpodobně opět souvisí s nedostatkem času a personálu a také s faktem, že lékaři/ky vykonávající vizity zároveň plní i jinou práci, tedy například jsou přítomní u porodu nebo píšou propouštěcí zprávy a obecně se starají o propouštění rodiček do domácí péče. Díky tomu také dle slov mých informantek docházelo k občasným zmatkům a prodlením:

„Vizity probíhaly občas chaoticky, protože řekli, že za pět minut přijde vizita a ona přišla za dvě hodiny, protože pediatrička mezitím někam prostě zdrhla, takže já tam připravená v pokoji a ono se nic nedělo.“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

S podstupováním povinných vizit a s nimi souvisejících tělesných kontrol souvisí také nerespektování intimity žen, k němuž dochází už během těhotenství a které jakožto

projev „*biologického redukcionismu a hierarchického dohledu v poskytování zdravotnické péče*“ (Pešťanská, 2016, s. 57) pokračuje i během poskytování poporodní péče a do značné míry během poskytování zdravotní péče obecně, zejména dochází-li k hospitalizaci. Paní Dana v souvislosti s gynekologickou vizitou zmínila zásah do vlastní tělesné integrity, na který ovšem dle jejího názoru „musí být člověk připravený“²¹:

„Takže oni přišli okolo sedmý ta naše vizita, gynekologická. Tak ta probíhá hodně rychle, hodně striktně. Kalhotky ke kolenům, roztáhnout nohy, takže je pravda, že na to člověk musí být trošku připravenej, ale to proběhlo vždycky fakt v rychlosti. Doktorka přijde, koukne se, zkontroluje, jestli je všechno v pohodě. Ptají se, jestli byla stolice, jestli čůrání v pohodě. Jinak jako samozřejmě dají nějaký čípek. A to byla ta doktorka vlastně, co mě rodila a ta byla teda úžasná, takže až na to, že člověk musí sedět s roztaženýma nohama a nechat se kontrolovat, tak je to v pohodě.“ (Paní Dana, druhoroďička, velká porodnice).

Vizity jsou také jednou z příležitostí, kdy lze získat informace o vlastním zdravotním stavu i o zdravotním stavu dítěte. Některé ženy vzhledem k rychlosti a rutinnímu charakteru, s jakými byly vizity realizovány, cítily, že nemají dostatek času na to, získat všechny informace, které by chtěly, což v nich vyvolávalo negativní pocity. Paní Alena se zmínila, že v souvislosti s nedostatkem informací pociťovala smutek, který byl pravděpodobně umocněn faktem, že se její dítě narodilo předčasně, a tak se o to více spoléhala na expertní informace o zdravotním stavu svého dítěte:

„Každý ráno byla vizita. No a to taky... Fakt to bylo hustý, protože vždycky doktor přišel a: No, dobrý, dobrý, dobrý. Skoro nic mi neřek, jenom se kouknul, jakou má barvu, poslechl srdíčko, zase sestra shrnula, já nevím: Papá tolik umělého, tolik mateřského a odešli. A já jsem vždycky z toho byla taková smutná, že mi nic neříkají.“ (Paní Alena, prvoroďička, velká porodnice).

Během vizit i jiných fyzických kontrol a vyšetření navíc dochází k pravidelnému a dopředu neavizovanému překračování nejenom tělesných hranic, ale prostorových hranic obecně. Paní Alena dále uvedla, že na oddělení šestinedělí „museli spát s otevřenými dveřmi“, aby zdravotní sestry měly lepší kontrolu nad tím, co se v pokojích děje a mohly rychle zasáhnout, „kdyby se cokoliv stalo“:

„Akorát je hrozný teda, že jsme musely spát s otevřenýma dveřma, kdyby se cokoliv stalo, aby ty sestřičky tam rychle přiběhly, aby to slyšely. No jo no, ale krmení bylo vždycky každý

²¹ „*Vyšetření realizovaná zdravotnickým personálem odkazují na standardizaci norem sociální kontroly, která je popisovaná jako nepříjemná, ale ve většině případů se nezpochybňuje.*“ (Pešťanská, 2012, s. 59)

tři hodiny, takže já měla budíka, už jsem byla nastartovaná a čekala jsem, až mi přinese sestřička mlíko a někdy se mi objevila u hlavy, ať jako vstávám, to jsem měla docela šok.“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

Pešřanská (2012) upozorňuje na fakt, že tímto způsobem personál uplatňuje na hospitalizovaných pacientkách dozor jakožto techniku disciplinující moci. *„Kdokoliv ze zdravotnického personálu může kdykoliv vejít do pokoje bez toho, aniž by zaklepal nebo se představil (pokud se už před tím se ženou nepotkal), bez vyžádání souhlasu se vstupem či vykonáním úkonu, který přišel udělat“* (Pešřanská, 2016, s. 57).

4.3.4. Sociální kontrola

V prostředí porodnice dochází kromě pravidelných tělesných kontrol zdravotního stavu také ke kontrole sociální. Ženy jsou pod dohledem zdravotnického personálu, jehož úlohou je kontrolovat, zda se „správně“ a v dostatečné míře o své dítě starají. Personál například vyžaduje, aby ženy vykonávaly určité úkony před jeho zraky, což byl opět případ paní Aleny, která trávila v porodnici deset dní, poté co její předčasně narozená dcera již nemusela být umístěna v inkubátoru:

„(Dcera) jak nebyla v tom bříše úplně schoulená, že tam vlastně vegetila, tak nezvedala úplně nožičky, jako uměla je zvednout, ale radši byla natažená. A pro celkové vývoj, aby se miminko začalo přetáčet, lízt, tak se to mělo naučit. Takže za mnou přišla rehabilitační, jak to mám cvičit a chtěla mě vidět, jak to dělám.“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

Paní Alena uvedla, že účelem jejího nástupu do porodnice za dcerou bylo, aby zdravotní sestry „viděly“, jak se svou dcerou „funguje“ a aby se dítě naučilo samo jíst.

V naprosté většině porodnic měly mé informantky podle svých výpovědí instrukce, že mají své dítě vážit před a po každém kojení, přičemž zjištěné hodnoty měly za úkol zapisovat do k tomu určené tabulky, která sloužila jako jeden z podkladů pro zdravotní kontrolu dítěte. Paní Markéta jako jediná uvedla, že údaje nezapisovala ona sama, ale že vážení dítěte před a po kojení probíhalo na sesterně a zdravotní sestry si údaje zapisovaly samy, čímž pravděpodobně dohlížely na správnost zapsaných údajů:

„My jsme měly instrukce... Oni chtěli po těch třech hodinách, abysme vážily. Začlo to tuším až ten druhý den. Vždycky před tím nakrmením zvážit to miminko, pak jít, přebalit, nakojit, znova zvážit a pak dát ten příkrm. A všechno to zapsat. Ale oni to tuším zapisovaly sestřičky,

ono to vážení probíhalo na tý sesterně. Měli digitální váhu, tam se přijelo vlastně a oni si to miminko převážili.“ (Paní Markéta, druhorodička, velká porodnice).

Pobyt v porodnici tedy neslouží pouze k tomu, aby byl kontrolován zdravotní stav ženy i dítěte, ale také k tomu, aby vznikl prostor pro sociální kontrolu ženy jakožto matky a jejích rodičovských kompetencí. Prostřednictvím vyžadovaných rutin a kontrol je „testována“ schopnost žen se o dítě postarat, přičemž rozhodující slovo má v tomto procesu zpravidla zdravotnický personál. Zdravotnické zařízení tak v tomto případě vystupuje nejenom jako ochránce zdraví, ale také matky „vychovává“ a připravuje je na jejich předepsanou společenskou roli.

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, úloha žen jakožto „přirozených pečovatelek“ je však v prostředí porodnice nabourávána, což může ženy frustrovat, neboť se mohou cítit „neschopné“ se o své vlastní dítě postarat. Paní Pavlína například popsala vzájemnou komunikaci s dětskou zdravotní sestrou jako „vyhrožování“ a dle jejích slov byly její mateřské kompetence touto sestrou velmi explicitně zpochybňovány, zejména v otázce kojení:

„Ta u toho propouštění, ta byla děsivá, fakt mi vyhrožovala takovým tím stylem: Nemyslete si, matko, že jste nějaká jako dokonalá. Já jsem jí říkala: No, ale tak jako já jsem normálně začala kojít v pohodě, není tam žádný problém, tak proč bych si kupovala Nutrilon, proboha. A ona: No, to si prostě nemyslete.“ (Paní Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

Ačkoliv je tedy pravděpodobně snaha porodnice a jejího personálu dobře míněna, požadavky, pravidla a rutiny v ženách namísto větší jistoty a sebevědomí vyvolávají stres a frustraci, neboť v konečném důsledku není rozhodování o péči o dítě v jejich rukách a pokud ano, jejich kompetence jsou v tomto směru takřka systematicky podryvány. Namísto budování vztahu mezi matkou a dítětem tak může být efekt vyžadovaných opatření zcela opačný, což ve své výpovědi potvrdila opět paní Pavlína, která doslova uvedla, že režim porodnice z jejího pohledu „narušuje společné sžívání“ s dítětem, což pro ni bylo jedním z důvodů, proč se rozhodla podepsat revers a porodnici den po porodu opustit:

„Já jsem prostě nechtěla bejt v tý nemocnici a podstupovat ty vizity pravidelný, který hrozně narušujou takovýto sžívání společný i to kojení, jo, že člověk prostě nakojí a pak musí někde vážit a měřit a kdo ví co ještě a pak různě straší a tak.“ (Paní Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

4.3.5. Hmotné zajištění

Ve výpovědích žen se kromě zajištění zdravotnické péče objevovalo také téma hmotného zajištění na oddělení šestinedělí. Často skloňovaným tématem byla neuspokojivá úroveň jídla, kterou ženy vnímaly jako neadekvátní především z důvodu nutnosti dostatečné výživy kvůli kojení.

„Strava teda katastrofální, není moc pro kojící matky, myslím si, že ani pro normální lidi není. Tu šunku jsem si snad i vyfotila, ta měla asi 15 éček. Takový dva plátky, no prostě hrůza, tragédie. Polívky ty se docela daly. Hlavní jídlo bez chuti, bez soli, bez pepře. Takže ta strava je mizerná.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

Je zajímavé, že v otázce hmotného zajištění lze mnohem více než u tématu zdravotnické péče vysledovat konzumeristické postoje mých informantek. Tento fakt si vysvětluji tím, že zatímco posouzení adekvátnosti zdravotní péče vyžaduje určité odborné povědomí, posouzení péče materiální je pro většinu žen snazší, a to i v případě, že odbornými znalostmi nedisponují. V případě hmotného zajištění tak ženy měly mnohem menší tendence obhajovat status quo a spíše se vůči němu kriticky vymezovaly.

Pro paní Hanu bylo fyzické vybavení jedním z kritérií výběru porodnice a ve svých výpovědích si cenila toho, že porodní a poporodní oddělení dané porodnice prošlo rekonstrukcí:

„Je to nemocnice, která ten porodní a poporodní prostor má opravený, zrekonstruovaný, takže co si budeme povídat, prostě i to prostředí na tu ženu působí natolik, že jako nechci ležet na posteli, která vrže.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice) .

Stejně tak paní Linda ocenila, že porodní pokoje prošly rekonstrukcí, oddělení šestinedělí nicméně sama označila za „komunistické“:

„To mě taky nadchlo, že tam prostě opravdu ta rodička je na samostatným pokoji, že i ty ne nadstandardní porodní pokoje byly úplně jako obývací, oni to tam mají zrekonstruovaný ty porodní sály. Ne tak šestinedělí, to je ještě starý komunistický. Ale ty porodní sály ty byly prostě perfektní.“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

Takács, Seidlerová a kolektiv (2012, s. 6) upozorňují na fakt, že v českém prostředí se „(...) psychologické a psychosociální aspekty často ocitají až na druhém místě za technickým a lékařsky odborným zabezpečením“ a snaha o zlepšení porodní a poporodní péče se tak může někdy mylně „smrsknout“ pouze na vylepšování materiálního zajištění

a fyzického vzhledu. S tímto nelze než souhlasit, ovšem z výpovědí mnou zvolených informantek vyplývá, že i materiální zabezpečení hraje pro ženy svou roli a není dobré na něj úplně zapomínat²².

Pro ženy a jejich děti má každá porodnice připraveno různé vybavení. Standardně bývají na oddělení šestinedělí k dispozici jednorázové pleny, oblečky pro děti, zavinovačky, kosmetické přípravky, oblečení a vložky pro ženy a podobně. Dostatek a pravidelný přísun všech nezbytných potřeb byl ženami hodnocen jednoznačně pozitivně.

„Na to miminko jsem s sebou neměla skoro nic, vlastně vůbec nic. To až pak při odjezdu mi přivezli na cestu domů, ale jinak tam bylo úplně všechno a všeho dostatek. Stejně jako i pro nás košile, já jsem neměla jedinou svojí, já jsem měla jejich, protože se člověk hodně potí nebo to mlíko teče, takže jsem si to měnila i dvakrát třikrát denně a košil bylo taky spousta. Uklízečky vždycky chodily, ptaly se, jestli potřebujeme ty nové podložky pod nás nebo převlíknout postele, takže, co se týče tady ty péče, tak určitě to bylo stoprocentní.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

K negativním pocitům potom naopak přispívalo, pokud byly určité položky „na přiděl“. Paní Jana například popsala, že jí bylo nepříjemné chodit si na sesternu říkat o pleny, a nakonec raději řekla manželovi, aby jí je dovezl:

„Dostala jsem pleny, plínky, ty jsme tam dostávaly přidělem, že mi jich dali třeba, já nevím, deset a pak jsem si tam musela chodit, aby měli pod kontrolou... Protože spousta maminek si je prej kradla domů (...) A ještě teda můžu říct, že jsem (manželovi) pak říkala, aby mi dovezl vlastní jednorázový plenky, že se prostě blbě koukali (...) Měli jako kvalitní plenky ty jednorázový, ale prostě koukali blbě, když si tam ta maminka šla, tak mě to bylo trapný, tak jsem si nechala dovézt svoje.“ (Paní Jana, druhorodička, velká porodnice).

Na jedné straně je tak na ženy kladen požadavek správné a svědomité péče o dítě, na straně druhé však některé nezbytné hygienické potřeby nebyly pro naplnění tohoto požadavku paní Janě k dispozici v dostatečném množství. Důvodem pro nedostatek určitých položek denní potřeby může být mimo jiné napjatý finanční rozpočet některých porodnic, které vlivem vzrůstajícího vlivu konzumerismu usilují o zatraktivnění svých prostor, paradoxně však k němu někdy dochází na úkor jiných položek rozpočtu, což může u některých klientek vyvolat nespokojenost (Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008). Vedení porodnic tak

²² Také Hrešanová a Hasmanová Marhánková (2008) upozorňují, že kromě příznivé pověsti je to právě materiální vybavení, kterému ženy věnují při výběru porodnice zvýšenou pozornost.

musí neustále zvažovat, jakou v tomto ohledu zaujme strategii a jakým prostředkům ke zkvalitňování poskytovaných služeb dá přednost.

Kromě nakoupení vlastního vybavení je dnes již běžně fungujícím způsobem, jak dosáhnout lepší úrovně hmotného zajištění, připlacení za nadstandardní pokoj, který zpravidla ženě umožňuje být na pokoji sama (nebo maximálně ve dvou) a využívat lepšího vybavení, než jaké se nachází na běžných pokojích. Paní Zuzana na nadstandardním pokoji oceňovala zejména lepší vybavení a větší volnost návštěv, která souvisela především s tím, že na pokoji neležela s žádnou další ženou:

„Ještě ten den, co jsem porodila, tak večer přijeli rodiče s bráchama, takže máma rychle nasmažila řízky a udělala mi vývar a přivezla mi to tam. A tím, že jsem tam měla tu ledničku pro sebe, tak to bylo supr. A ten gauč a stůl a obrovského prostoru. Takže rodiče tam byli, další den tam byla tchýně a pak tam byli kamarádi a návštěvní hodiny byly do devíti s tím, že tam můžou bejt nějak i dýl, ale museli by si zazvonit. Takže v tomhle byli velmi vstřícní. Nikdo jim nevadil, ale zas byla výhoda, že jsem byla sama na pokoji.“ (Paní Zuzana, prvorodička, malá porodnice).

Paní Markéta naopak zmiňovala své překvapení z toho, že některé služby a možnosti na nadstandardním pokoji očekávala a k dispozici nebyly:

„Co mě zarazilo, tak i když jsme měly nadstandard, tak jsme musely do jídelny, nepřivezli nám jídlo na pokoj. A návštěva nemohla na pokoj, což jsem byla překvapená.“ (Paní Markéta, druhorodička, velká porodnice).

Jiné ženy jako například paní Hana naopak nadstandard nepreferovaly, neboť jej považovaly za zbytečný či naopak přítomnost dalších žen na pokoji vyhledávaly a vnímaly ji jako benefit.

„Mnohdy je to taková jako příjemná podpora a pokec. Když tam prostě ležíte, koukáte do tý zdi a není moc co dělat, tak prostě vykládáte. U prvorodiček si myslím, že to je fajn, že třeba se dost maminek může ptát na spoustu věcí, když třeba narazí na druhorodičku a zas naopak, když druhorodička může poradit tý mámě, která rodí poprvé.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

4.3.6. Podpora kojení

Všechny mé informantky si přály své dítě kojit²³ a všechny kromě paní Heleny preferovaly systém rooming-in, který jim umožňoval být s dítětem na pokoji po celý den. Systém pokojů, kde matka není se svým dítětem po celý den, tedy tzv. rooming-out, je specifický v tom, že děti jsou rodičkám přivázeny na kojení v pravidelných intervalech a jinak se nacházejí na novorozeneckém pokoji, a tedy odděleně od matky. Tento způsob péče o dítě byl v České republice donedávna jediným možným. Až od 80. let 20. století se v odborné literatuře i v porodnicích pomalu začal objevovat systém *rooming-in*. V současnosti je systém rooming-in dle příručky vydané Světovou zdravotnickou organizací jednou z prokazatelně užitečných praktik, která by v porodnicích měla být podporována, ať už z důvodu větší úspěšnosti kojení nebo menšího rizika přenosu infekcí mezi novorozenci (Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, 1998).

Ačkoliv systém rooming-in je dnes už široce rozšířen a spolu s nepřetržitým kontaktem matky s dítětem doporučován Světovou zdravotnickou organizací, některé z mých informantek uvedly, že jim byla nabídnuta možnost umístit během první noci své dítě na sesternu, aby se mohly lépe vyspat. Žádná tak však neučinila. Tuto praktiku vnímám jako možná pozůstatek z dob minulých, kdy byl běžnější systém rooming-out²⁴.

„Oni se mě zeptali, oni se vždycky ptají, jestli tu první noc ho chceš pohlídat nebo ho chceš mít u sebe, tak já jsem ho chtěla u sebe, takže s tím neměli problém.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

„Pak si ji po nakojení chtěli odvézt a já jsem řekla, že si ji tam chci nechat. A oni, že si ji tam klidně můžu nechat u nich do rána, ať se vyspím a já jsem řekla, že nepotřebuju.“ (Paní Markéta, druhorodička, velká porodnice).

„Ony mě to nabídly, že jako když se vyspím a odpočinu si, tak že pak jako spíš se to nastartuje. Na druhou stranu, to je blbost, protože já bych nespala, když bych jí měla řvoucí někde u sester.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

V návaznosti na obecný nedostatek času a personálu na poporodním oddělení pociťovaly ženy nedostatek času, péče a kontroly i v souvislosti s kojením. Paní Zuzana

²³ Vzhledem k tomu, že ve svém výzkumu respektuji perspektivu svých informantek a svou interpretaci opírám o údaje získané z rozhovorů, nevěnuji se zde problematice dobrovolného nekojení.

²⁴ Ačkoliv je dnes systém rooming-in jednou z priorit žen při výběru porodnice, Štembera (2004, s. 229) uvádí, že při jeho zavádění si některé matky stěžovaly, že si po porodu neodpočinuly. Nabídka personálu tak může cílit právě na tuto potřebu některých žen.

uvedla, že při kojení zažívala obtíže spojené s bolestí bradavek, které si vysvětlovala od počátku nesprávně nastavenou pozicí při kojení:

„A pak teda kojení bylo velkým problémem. To mi nikdo neřekl a já jsem si jako myslela, že to přece půjde nějak samo a že ta poloha... Oni se mě asi jako zeptali, zas úplně nechci házet vinu na tu porodnici, protože se mě asi jako ptali, jestli se přisaje a já jsem jim řekla, že jo. Ale nikdo mě nezkontroloval, jestli ho držím dobře. No a pak to teda vedlo k tragickým následujícím pěti týdnům bradavek do krve.“ (Paní Zuzana, prvorodička, malá porodnice).

Obdobně paní Helena uvedla, že z důvodu úspory času jí byly nabídnuty kojící kloboučky, kterými zdravotní sestry vyřešily fakt, že měla podle nich „příliš malé bradavky“. Doma ovšem své dítě nakonec kojila bez těchto kloboučků:

„Podpora kojení ta probíhala, ale tam taky myslím, že i vzhledem k tomu, že tam bylo hodně lidí, tak se to vyřešilo u mě kloboučkama takovýma těma kojícíma (...) Ale až potom, když už jsme byli doma s dítětem už nějakou dobu, se vlastně přišlo na to, že stačilo trochu víc vydržet a šlo to úplně v pohodě bez toho. Protože je s tím hodně práce, že se to musí vyvařovat, dezinfikovat, mejt a takhle. On ten klobouček pomáhal tomu dítěti snadněj sát. Jakože malá bradavka, tak se mu pomohlo tím kloboučkem, ale reálně to úplně nutný nebylo, protože samozřejmě stačilo víc vydržet.“ (Paní Helena, prvorodička, velká porodnice).

Zážitek paní Heleny svědčí o tom, že personál porodnice se někdy může uchýlovat k určitým rozhodnutím, která nemusí být z medicínského hlediska vždy těmi úplně nejvhodnějšími, ale spíše lépe vyhovujícími pro režim dané porodnice.

Za další z kontroverzních témat lze v tomto ohledu považovat nabízení příkrmů v prvních dnech života dítěte. Stanovisko Světové zdravotnické organizace a UNICEF z roku 1989 obsahující „10 kroků pro úspěšné kojení“ obsahuje mimo jiné zásadu, že „*kojeným novorozencům nemá být podáváno žádné jídlo ani pití mimo mateřského mléka, pokud k tomu neexistují medicínské důvody*“ (WHO/UNICEF, 1989, s. iv, překlad vlastní).

I přes toto expertní doporučení v českých porodnicích dle mých informantek k nabízení příkrmů dochází, a to opět z důvodu nedostatku času a snahy co nejdříve dosáhnout přibírání dítěte na váze. Mé informantky se ve svých postojích k zavádění příkrmů v prvních dnech života dítěte značně lišily, což souviselo mimo jiné s tím, jaká očekávání měly od zdravotnického personálu. Paní Hana s dokrmováním svého dítěte umělým mlékem problém neměla, neboť nepředpokládala, že by mělo být úlohou zdravotních sester pomáhat ženám s kojením:

„Všechny matky se tam snaží rozjet kojení, to je jasný, ale u všech to prostě chvíli trvá, takže ty sestry, jim nezbývá nic jinýho, než dát příkrmy, umělou stravu, na těch pár dní. Opět velká diskuze, proč prostě nepodpoří víc to kojení... Prostě představa, že se tam točí na tom pokoji obrovské množství těch žen, nedokážu si představit, že by prostě každá ta sestra s tou mámou strávila ten čas, aby to kojení se prostě rozjelo.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

Naopak paní Monika od zdravotních sester očekávala, že jí s kojením pomohou, a proto jí podle jejích slov překvapilo, že jí byl nabízen příkrm. Při svém rozhodnutí se navíc opírala o expertní vědění načerpané četbou odborné literatury, díky čemuž také nejspíš byla ve svém úsudku pevnější:

„Teda ona mě nabídla jedna sestra, jako kdyby to už fakt nešlo, dokrm. Ale to já jsem věděla, že to je cesta do pekel. Ale přišlo mi, že na to, že to jsou dětský sestry a měly by podporovat kojení, tak že se tam velmi snadno, že ty maminky velmi snadno odejdou se špatnými návyky a špatnýma informacema.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

Ať už ale žena informace čerpá z jakéhokoliv zdroje, faktem zůstává, že něco málo si většinou o kojení zjistit musí. Výzkumy totiž ukazují, že přiložení dítěte k prsu a jeho následné kojení nejsou záležitostí zcela přirozenou, ale spíše naučenou, takže vliv zdravotnického personálu či jiného zdroje informací, který ženě s kojením pomůže, je zcela klíčový. Woolridge uvádí (1986, s. 169, překlad vlastní): *„Navzdory všeobecně rozšířenému přesvědčení, přiložení dítěte k prsu není schopnost, jíž je matka vrozeně obdařena; spíše je to naučená dovednost, kterou musí získat pozorováním a zkušeností.“*

Kojení dítěte je však v rámci tradičního diskurzu mateřství chápáno jako zásadní pro vybudování pevného, intimního a „přirozeného“ pouta mezi matkou a jejím dítětem a jako takové je prezentováno i v edukačních materiálech určených nastávajícím matkám, zdravotnickým profesionálům/profesionálkám a široké veřejnosti (Wall, 2001). Ženy tento diskurz internalizují a případné problémy s kojením pak interpretují jako vlastní selhání, neboť mají dojem, že nedostály standardu, který je u jiných žen běžný:

„Já jsem měla pocit, že jsem selhala jako ženská, která nebyla schopná donosit dítě a za druhý jako máma, která není schopná jí dát mlíko.“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

Některé z mých informantek pocítovaly rozpor mezi tím, jak je mateřská role navenek konstruována a tím, jak se po porodu dítěte skutečně cítily. Vyjadřovaly své zklamání nad tím, že nevěděly, jak své dítě kojit, i když se domnívaly, že by to měly vědět automaticky. Stejně tak se cítily znepokojené, že ihned necítí vřelý a hluboký vztah ke svému

dítěti. Paní Markéta, která své první dítě nekojila a velmi tím trpěla, vynaložila u druhého dítěte o to více času přípravě na kojení:

„S odstupem času mě to možná i mrzí, protože jsem si říkala: Do prdele, každá musí umět kojit. Je to normální. Kojej ženský v Africe, musím kojit já. Není to tak. Takže to byla víceméně jediná věc, kterou jsem si během druhého těhotenství pohlídala, že jsem si zjišťovala informace o kojení. Sešla jsem se s laktační poradkyní v půlce těhotenství a pořídila jsem si formovače bradavek, který jsem si přečetla, že by měly pomoci.“ (Paní Markéta, druhorodička, velká porodnice).

Paní Linda pocítovala zklamání, že je pro ni její dítě cizí, což připisovala porodu císařským řezem:

„Jak ta ženská to neodrodí normálně to dítě, tak podle mě už nastává nějaký konflikt, nebo ne konflikt, ale už se nevybuduje tak ten vztah k tomu dítěti, si myslím. Takže mně, když jí tam přinesli do pokoje, já nevím po kolika asi po deseti hodinách od té operace, tak pro mě to byl vetřelec. Prostě jak ta ženská, nebo to je můj názor, jak si neprožije úplně tu bolest, tak vlastně to dítě k ní přijde, jak kdyby si ho koupila v samoobsluze. A ten vztah se musí budovat. Ale zase na druhou stranu nevím, jestli to úplně záleží na tom porodu, protože mi tohle říkají i některý kamarádky, že taky jim to přišlo jakože, co to je prostě, najednou tady nějaký dítě a nevěděly si s ním rady, takže to jsem byla trošku taková zklamaná, že opravdu teď tady je prostě ta věc, kterou mi vypárali z břicha a teď já se musím naučit mít ji ráda, naučit se s ní zacházet.“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

V porodnici pak v souvislosti s dobrovolným a chtěným kojením nastávaly tři modelové situace v závislosti na tom, jak moc žena považovala kojení za problematické, a tudíž si o něm předem zjišťovala informace, a jak moc se při jeho osvojování spoléhala na pomoc zdravotnického personálu²⁵. V prvním případě se žena spoléhá na to, že na systém kojení „nějak sama přijde“, což byl případ paní Simony:

„Vím, že o ostatní na pokoji, že se o ně starali, masírovali jim prsa, ukazovali jim různé techniky. Oni mi to nabízeli, ale já jsem tak nějak tušila, o co jde, takže jsem to nepotřebovala. A kojím doteď v pohodě.“ (Paní Simona, druhorodička, malá porodnice).

V takovém případě se žena na kojení předem nijak zvlášť nepřipravuje, informace si předem nezjišťuje a ani neočekává, že jí s kojením pomůže zdravotnický personál.

²⁵ Příručka WHO přitom za hlavní překážku kojení považuje právě „nepřesnou a nekonzistentní podporu ze strany zdravotnického personálu“ (Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, 1998, s. 32)

V druhém případě žena informace předem zjišťuje, neboť si je vědoma potenciální problematičnosti a navíc nepředpokládá, že jí s kojením pomůže personál porodnice. To byl případ již zmíněné paní Hany a dále také paní Dany:

„Ony samozřejmě ty sestřičky na to nemaj úplně moc času, aby u každého seděly a vysvětlovaly to, takže já jsem si nastudovala kojení dopředu, že jsem se koukla na různé polohy, na to, že se to miminko musí vzít a ta hlavička se mu tam musí trochu přidržet.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

Ve třetím případě žena očekává, že jí s kojením pomůže zdravotnický personál, typicky zdravotní sestra, přičemž se ale také sama různou měrou na kojení připravuje. Do porodnice tedy může přicházet s tím, že si již určité informace zjistila i z jiného zdroje, což byl případ již zmíněné paní Moniky a dále také paní Tamary, která se však oproti paní Monice sama na kojení nijak zvlášť nepřipravovala:

„No, akorát mi řekli, že jí tu bradavku musím narvat do pusy. Ona říkala: Nebojte se, že by nemohla dýchat, ona si ten nos kdyžtak zvedne, tu hlavičku si zvedne. Protože ona byla úplně celá namáčkla na tý mojí koze. Říkám, ty vole, vždyť se udusí. No ale ona fakt, když nemohla dýchat, tak vlastně zvedla hlavičku. Takže, jestli mi to ukázali dvakrát? A pak jako kojte.“ (Paní Tamara, prvorodička, velká porodnice).

Kromě podpory kojení ze strany personálu také informantky zmiňovaly vliv vlastní fyzické pohody a normálního průběhu porodu.

„Asi jsem měla i štěstí, nevím, že tam fakt nebyl žádný problém ve spojení s tím kojením ani s ničím. S nějakou manipulací, péčí o miminko. Tak nějak, nevím, možná k tomu přispělo i to, že ten porod byl v pořádku a že tam proběhl ten bonding, že vlastně ty procesy přírodní prostě fungujou.“ (Paní Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

Zejména paní Alena, která porodila své dítě předčasně, vnímala psychickou nepohodu vyvolanou strachem o své dítě jako jednu z klíčových příčin, kvůli níž se jí laktace nakonec zcela zastavila:

„Snažily se mě hrozně rozkojovat, ale mě asi hrozně stresovalo, že se to nějak nepovedlo naplno no. (...) Já jsem vlastně začala odsávat až doma po těch čtyřech dnech, takže to už asi bylo znát. Teď malá nebyla se mnou. Ale mlíko jako bylo víc a víc a víc. Takže to bylo dobrý. Každý tři hodiny jsem vstávala, abych fakt to udržela. No a pak to různě, víš co, doktorka si tě odchytí, že druhéj tejdne je strašně krizovej, že veškerý její hodnoty můžou spadnout úplně na ty nejhůřší (začíná plakat). Teď ti třeba přestane dýchat. A tak. Takže jí

tam masírovali zádička, aby začala dechat, ale to bylo normální. Spíš bylo hrozný, že tam všude ty červený kontrolky svítily.“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

Ačkoliv některé z mých informantek vyjadřovaly své rozčarování nad způsobem, jakým v porodnici probíhala podpora kojení, podle dotazníkového šetření, jehož závěry uvádí Hašková (2001, s. 32), bylo téměř 90 % matek s pomocí při kojení v porodnici spokojeno. Nespokojenost s podporou kojení v prostředí porodnice tedy není podle těchto závěrů všeobecně rozšířeným fenoménem, spíše naopak. Na druhou stranu je možné, že povaha tohoto zjištění je ovlivněna kvantitativním designem výzkumu a že určité aspekty nespokojenosti se u žen objevují až když mají možnost své zážitky detailněji popsat.

4.3.7. Propouštění/odchod z porodnice

K propouštění matky a dítěte z porodnice dochází typicky v momentě, kdy uplyne alespoň 72 hodin od porodu, kdy má dítě dostatečnou váhu²⁶ a kdy v cestě nestojí žádné zdravotní komplikace. Hlavní slovo má v procesu propouštění lékař/ka, který/á zároveň vystavuje propouštěcí zprávy pro předání matky do péče jejího gynekologa/gynekoložky a dítěte do péče pediatra/pediatricy. Propouštěcí zpráva je pomyslnou vstupenkou ven z porodnice a ženy na ni proto často úpěnlivě čekají. Paní Hana, která režim porodnice uznávala a obhajovala, považovala čekání na propouštěcí zprávy za jediné mínus a vyslovila myšlenku, že by pro ni bylo příjemnější, kdyby tato administrativa byla vyřešena jiným způsobem, ačkoliv si neuměla představit, jakým:

„Propouštění bylo samozřejmě divočejší, to teda tam byl trošku zmatek. (...) To čekání na ty propouštěcí zprávy i u prvního i u druhého dítěte bylo dlouhý. Prostě tam je to, že tu lékařskou zprávu píše doktor, který má zároveň službu. To znamená, že on odbíhá zpátky buď k porodům nebo na ambulanci. A u toho musí psát ty lejstra těch zpráv, jo. (...) A plus, když tě propouští, tak ti ten lékař dává průkazku pro dítě a vysvětluje ti spoustu věcí. Od toho, jak to miminko může dlouho ven, co by mělo mít na sobě za oblečení, kdy bys měla navštívit pediatra, co se doporučuje pro tebe jako pro matku. (...) Takže v tomhle je to takový náročnější, teď už jistým způsobem sestry tě tlačí, jestli už seš sbalená, aby ony mohly nachystat lůžko a ten pokoj pro rodičku, která už zas třeba porodila. (...) Takže spíš takový organizační věci, ale zas si nedokážu představit, jak jinak by to tam jako zřídili. Možná se

²⁶ „Novorozenci jsou propouštěni do vlastního sociálního prostředí až poté, kdy jejich **křivka hmotnosti** po porodním úbytku již neklesá a dítě má zajištěn příjem výživy.“ (Věstník MZČR, 2013, s. 4)

zamyslet nad tím, jestli ty zprávy třeba pak neposílat doporučeně poštou, možná, až to v klidu ten doktor napíše... Jenomže s dítětem bys měla jít tři dny po propuštění k pediatrovi, takže tu zprávu potřebuješ a zase i pro sebe tu zprávu potřebuješ, protože je spousta případů, kdy máma začne krvácet, jakmile dorazí domů nebo se jí uvolní stehy nebo něco, takže jde zpátky někam zase do nemocnice. Takže ten doktor pak samozřejmě chce vidět tu zprávu, jak to všechno probíhalo, jo, takže nevím, jak jinak to vymyslet.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

Kromě toho, že propouštění pro ni bylo chaotické, zmínila také paní Hana několikrát ve svém vyprávění, že cílem matky je, aby její dítě co nejrychleji začalo přibírat na váze a aby porodnici mohla co nejdříve opustit. Díky tomu také paní Hana neměla sebemenší problém s tím, že její dítě bylo během tří dní strávených v porodnici dokrmováno, neboť to vnímala jako prostředek k tomu, moci porodnici opustit dříve.

Na propuštění z porodnice se těšily všechny mé informantky a všechny si byly vědomy toho, že trumfem v jejich rukách je v tomto ohledu prospívání dítěte. Pokud dítě prospívá, nemá zdravotní komplikace, a především tabulkově přibývá na váze, pak nic nebrání tomu, aby bylo i s matkou (za předpokladu, že i ona je bez zdravotních potíží) propuštěno. Indikátorem „správného“ prospívání dítěte je ve většině porodnic tabulka, kam má matka za úkol zaznamenávat údaje jako je teplota, váha dítěte, počet stolic apod. Vyplňování tabulky úzce souvisí s kojením a vážením dítěte, neboť matka má zpravidla nařízeno dítě vážit před a po každém kojení, aby z váhového rozdílu mohlo být odhadnuto množství nakojeného mléka. Pokud údaje v tabulce a celkový stav dítěte odpovídají předepsané biomedicínské normě, pak matka s dítětem může být propuštěna.

Paní Monika se o propouštění zmínila jako o „questu“, což je velice přiléhavé přirovnání. Slovo „quest“ totiž v herním světě označuje úkol, který se hráč nebo skupina hráčů snaží splnit za účelem získání odměny²⁷ a tou bylo v jejím případě možnost opustit porodnici. Paní Monika se dále zmínila, že pro ni „propouštěcí vizita“ spojená s vážením dětí představovala stres, neboť zde lékařka hromadně převažovala všechny děti a žádná z žen si nemohla být předem jistá, zda bude se svým dítětem propuštěna či nikoliv:

„To byl docela takový quest, prostě mě ta doktorka dětská řekla, že musí přibrat tolik a tolik a že pokud za jedno kojení nesní 40 mililitrů mléka, takže nás prostě nepustí. No, a byly tam maminky, který tam prostě byly už šest sedm dní, protože furt se nemohly rozkojit, což si myslím, že dělá právě to vážení a ten stres. Mě to přišlo hrozně stresující, že teď jako vizita,

²⁷ Více viz heslo „Quest (gaming)“ na Wikipedii (*Wikipedia: the free encyclopedia*, 2018, [online])

a ještě na tu propouštěcí vizitu to nebylo tak, že by doktorka přišla k nám, ale ty děti, co se uvažovalo o propuštění, tak šly na tu sesternu. Tam jsme se sjely a teď ty mimina tam byly vedle sebe jako na výstavce a ona je takhle postupně vážila a zapisovala si to tam. A všem nám maminkám se zatajil dech, jako jestli to bude dost, jestli už nás pustěj.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

Přirovnání k hernímu prostředí je tedy v tomto případě velmi výstižné, neboť ženy jako by soutěžily, která z nich bude ve svém snažení úspěšnější a která bude moci odejít domů. Pravidla hry zde určoval personál porodnice, nejvýrazněji lékař či lékařka posuzující zdravotní stav dítěte:

„Taky jsem dlouho čekala v ten den odjezdu na tu pediatričku, aby opravdu dala poslední slovo, že můžeme jít, to jsme na ní čekali snad hodinu, já už zabalená, připravená, čekám na pediatričku...“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

„Záleží na tom doktorovi. I kdyby měla super váhu, dosaženej tejden, ale něco by se mu nezdálo, tak by klidně mohl říct: ještě tady budete tejden“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

Na druhé straně pak paní Alena vyjádřila své rozčarování nad tím, že ve chvíli, kdy byla oficiálně uznaná propuštěnou, už se o ní nikdo příliš nezajímal a ani jí nezkontroloval. Její situace totiž byla ojedinělá v tom, že se svou předčasně narozenou dcerou trávila v porodnici 10 dní. Po uplynutí této doby byla z porodnice propuštěna a nikdo již neměl tendenci jí více monitorovat:

„A v (porodnici) mi prostě řekli: No, dneska můžete jet domů. Tak já jsem řekla: Dobrý, tak v jedenáct nebo v deset papáme, tak aby byla najedená, ale zase aby jí slehlo, tak v jedenáct pojedeme domů. Tak jsem tam jenom řekla sestrám na shledanou a tím to haslo. Nikdo mě nezkontroloval, nic.“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

Domnívám se, že v tomto specifickém případě byly některé formality spojené s „klasickým“ propuštěním po 72 hodinách vynechány právě díky delší době, kterou paní Alena se svým dítětem na oddělení šestinedělí strávila.

Zvláštní byla i situace paní Pavlíny, která se rozhodla porodnici opustit následující den po porodu. Ačkoliv porodnice, kterou si paní Pavlína vybrala, deklaruje na svých stránkách, že akceptuje možnost ambulantního porodu, při svém propuštění se setkala s velmi negativním přístupem dětské sestry:

„Ta dětská sestra byla takovýho ražení jako: No, vy tady zabijíte svoje dítě, tady podepisujete, že ho můžete zabít. Nebo něco takovýho. Pak mi řekla: No, to si nemyslet, že budete mít dost mlíka, to si kupte nějaký Nutrilony nebo něco, kdyby náhodou, aby vaše dítě nebylo podvyživený. (...) Vlastně ten negativní revers, co jsem podepisovala, on hodně vyznívá strašidelně. Tam jsou samý věci stylu: dítě může todle todle todle. Todle ho může zabít, todle ho může zabít. Nejsou tam moc de facto žádný věci, že by tam bylo doporučení pro toho rodiče jako: Podívejte, je to v pořádku všechno a sledujte todle, todle, todle a kdyby náhodou něco, tak volejte. Něco v tomhle smyslu. Fakt je to takový vyhrožování, co všechno se může stát. Takže opravdu člověk, když to podepisuje nebo když to čte, tak nabyde dojmu, že je úplně neschopnej, že je úplně blbej, že nezvládne vyhodnotit, že to dítě je v nepořádku a tak.“ (Paní Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

Zkušenost paní Pavlíny ukazuje na situaci, kdy se žena rozhodne nerespektovat normu, která není ani z hlediska medicínského daná, ale pouze doporučená, a je za to sankcionována. Zjevný je zde i rozpor mezi tím, co porodnice na svých stránkách deklarovala a co její zaměstnankyně uznávala za správné. Zde se ukazuje, že značnou roli hraje při poskytování poporodní péče také lidský faktor v tom smyslu, že sice existují nastavená pravidla a postupy, ale konkrétní osoby si je mohou vykládat různě, od čehož se následně odvíjí charakter jimi poskytované péče. Fakt, že poskytovaná péče se odvíjí od toho, na jaké lidi člověk narazí, se implicitně nesl celou řadou výpovědí mých informantek včetně paní Aleny:

„Záleží na směně, koho tam schytáš. Takže já si myslím, že ono je to vlastně jedno, kde rodiš. Když schytáš blbý lidi, tak je to úplně fuk.“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

Na zkušenosti paní Pavlíny je však zajímavá i další věc, a to spoléhání se zdravotní sestry na to, že je to právě pobyt v porodnici, který ženě zaručí úspěšné kojení. Ačkoliv jsem se v předchozí kapitole zmínila o tom, že podle výpovědí mých informantek může určitá skupina žen spoléhat na to, že jim personál s kojením pomůže, jiné ženy jako například paní Hana, nepředpokládaly, že by mělo být úlohou zdravotnického personálu pomáhat jim s kojením. Očekávání ohledně podpory kojení v porodnici se tedy u mých informantek lišila.

Zdravotní sestra, na kterou narazila paní Pavlína, nicméně podle jejího vyprávění jednoznačně spatřovala v podpoře kojení jednu z hlavních úloh zdravotnického personálu na oddělení šestinedělí a měla dojem, že paní Pavlína se svým brzkým odchodem o tuto zásadní zkušenost ochuzuje, čímž podle ní ohrožovala své dítě na životě. Podle výpovědi paní Pavlíny pak také tato zdravotní sestra přímo útočila na její schopnost být dítěti „dobrou matkou“ a cíleně zpochybňovala její rodičovské kompetence.

Fakt, že dokumentace, kterou paní Pavlína při svém odchodu z porodnice podepisovala, byla podle ní formulována negativně, určitě souvisí s tím, že porodnice zaujímá obranné stanovisko v případě nenadálých zdravotních komplikací a zříká se právní odpovědnosti, která by z případných komplikací mohla plynout. O tom, že zdravotnický personál porodnice si je hrozby potenciální žaloby velmi dobře vědom, hovoří ve své studii Hrešanová (2008, s. 160), která uvádí, že mezi personálem „(...) zaznamenala poměrně velké obavy z možných žalob a z nich plynoucích postihů.“

Je zde nicméně také patrný střet expertního a laického vědění. Paní Pavlína uvedla, že v ní podepisované dokumenty vzbuzovaly dojem neschopnosti a nekompetentnosti ve věci posouzení zdravotního stavu a pohody vlastního dítěte. Ačkoliv si za svým rozhodnutím opustit porodnici stála, vyvolal v ní tento zážitek negativní pocity, neboť neobdržela všechny informace o péči o dítě v domácím prostředí, které chtěla, a naopak jí bylo předem „vyhrožováno“, že je to něco, na co nestačí. Je pravděpodobné, že je tímto způsobem upevňována mocenská pozice biomedicínského diskurzu a autority a že jedním z cílů podepisovaných dokumentů skutečně může být ženu vystrašit a možná ji od jejího rozhodnutí i odradit²⁸.

Paní Helena, Hana, Monika a Zuzana se v souvislosti s propouštěním zmínily, že měly dojem, že jejich místo potřebuje personál porodnice připravit pro další ženu. To naznačuje, že režim porodnic, a to jak velkých, tak malých, je v tomto ohledu velmi napjatý. Paní Zuzana se přímo zmínila o tom, že ve chvíli, kdy ještě čekala na pokoji, uklízečka už ho přišla uklidit:

„Vím, že jsme v tom pokoji byli ještě dlouho, že oni mi vlastně řekli ráno, třeba v deset, že už můžeme jít a pak, než manžel přijel kvůli tomu rodnému listu, tak jsme tam byli dýl. Že vím, že tam jako chodila paní uklízečka, jestli nám nevadí, že už začne uklízet koupelnu.“
(Paní Zuzana, prvorodička, malá porodnice).

Ačkoliv tedy žena ještě mohla čekat na vydání všech potřebných dokumentů a na získání všech očekávaných informací, personál porodnice už usiloval o její odchod za účelem uvolnění místa pro další pacientku/klientku. Propouštění z nemocnice je tak na jedné straně ovlivněno prospíváním dítěte a posouzením zdravotního stavu dítěte i jeho matky v souladu s medicínskými doporučeními, na straně druhé se však také vždy odvíjí od kapacity a možností dané porodnice. Je jasné, že personál musí vždy s určitými limity počítat

²⁸ Výzkum Marshall a Woollett (2000) ukazuje, že ženy jsou jako nevědomé a nepřipravené konstruovány už v průběhu těhotenství rámci odborných a populárních textů, které jsou pro ně určeny.

a nemůže se tak ve věci poskytované péče zcela spoléhat na své schopnosti a znalosti, ale musí také brát ohledy na možnosti a vybavení daného zařízení.

4.4. Strategie žen pro vyrovnání se s režimem na oddělení šestinedělí

V předchozích kapitolách jsem nastínila, jaký je režim a chod oddělení šestinedělí očima žen, přičemž v kapitolách následujících bych ráda objasnila, jaké strategie ženy volí, aby se s tímto režimem vyrovnaly.

4.4.1. Příjezd do porodnice „ve správnou chvíli“

První ze strategií se více týká péče porodní než poporodní, přes to však považuji za důležité se o ní zmínit. Jedná se o snahu ženy přijet do porodnice „ve správnou chvíli“ respektive nejezdit sem zbytečně brzy a nemuset podstupovat rutinní vyšetření a zákroky. O této strategii se zmínila paní Tamara a paní Dana, které obě rodily ve velké porodnici. Zatímco paní Tamara nakonec ještě čekala v porodnici přes noc, paní Dana šla po svém příjezdu do porodnice téměř okamžitě na porodní sál:

„No, takže mě zkontrolovaly a říkaly: no, to jste na dva prsty, takže tady budete na tom pokoji. Což jsem nechtěla! Já jsem prostě chtěla do poslední chvíle být doma, abych byla v klidu doma.“ (Paní Tamara, prvorodička, velká porodnice).

„A ona mi říká: Ale vy jste na sedm osm centimetrů, ještě že jste přijela. A já říkám: Aha! Takže jsem byla strašně šťastná, že jo, protože vím, jak to probíhá, když tam člověk přijede na ty krátký centimetry, co ho tam ještě čeká.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

Snahu dorazit do porodnice „ve správnou chvíli“ interpretuji jako snahu strávit v prostřední porodnici co nejkratší možnou dobu a zároveň moci co nejdéle strávit v klidu a pohodlí domova. A tak zatímco po porodu mé informantky (s výjimkou paní Pavlín) akceptovaly zaběhnutou normu tří dnů strávených v porodnici, před porodem se dvě z nich snažily o jakousi minimalizaci času stráveného na nemocničním lůžku, během něhož může narůstat šance na absolvování nechtěných lékařských intervencí do průběhu porodu.

O tom, že tato strategie je v svém způsobem „výhodná“ i pro personál porodnice píše Hrešanová (2008): „Z hlediska organizace práce je pro personál nutně výhodnější, přijdou-

li ženy přímo k porodu a „nezabírají“ místo, které by mohla obsadit jiná rodička. Personálu tak umožňují efektivněji využít kapacity zařízení“. Je tedy možné, že snaha dorazit do porodnice „ve správnou chvíli“ vychází u žen, které jsou si napjatého režimu porodnice vědomy, také z toho, že nechtějí být personálem porodnice odmítnuty nebo se dostat do situace, kdy by nemocniční systém „zbytečně“ zatěžovaly.

4.4.2. Vzájemná podpora s dalšími ženami na pokoji

Jak bylo popsáno výše, ženy se mohou na oddělení šestinedělí setkat s nedostatkem času a personálu a v důsledku toho mohou trpět nedostatkem péče či informací. Zejména prvorodičky, které nemohou čerpat z vlastní zkušenosti, se potom obracejí na různé jiné zdroje informací, typicky na své kamarádky či příbuzné nebo na internetové zdroje. Kromě svých kamarádek a rodiny se ženy v porodnici také obracely jedna na druhou a vzájemně sdílely své zkušenosti. Typicky druhorodičky předávaly své zkušenosti prvorodičkám, jako tomu bylo například u paní Markéty, jejíž případ byl specifický v tom, že žena, s níž sdílela pokoj, byla navíc cizinka:

„Měla jsem tam Thajku, která nerozuměla ani slovo česky, chuděrka. Takže moje angličtina, její angličtina, komunikace byla veselá, ale pochopily jsme se a ve finále po čtyřech dnech byla vděčná, že jsem tam byla a děkovala mi, protože komunikace její se setřičkama při nějakých problémech byl složitá. Takže po týhle stránce jsem tam byla styčným bodem. (...) Já jsem se jí snažila pomoci spíš těma svejma zkušenostma. A když už ve finále ona měla nějaký trable, že už se málem dostala i na sál, protože měla prsa samou bouli, že jí to měli řezat a neuměla si pomoci a neuměli jí asi vysvětlit, co má v tu chvíli dělat, tak já jsem jí půjčovala ty gelový polštářky, aby to chladila. Před tím kojením jsem jí posílala do sprchy, aby ty prsa nahřála, aby se prostě snažila, aby to mlíko mohlo ven.“ (Paní Markéta, druhorodička, velká porodnice).

Paní Markéta samu sebe popsala jako „styčný bod“, neboť fungovala jako komunikační prostředník mezi zdravotními sestrami a pacientkou/klientkou. Kvůli jazykové bariéře nebyly běžné instrukce zdravotních sester směrem k rodičce ani zdaleka dostačující a čas, který by byl k překonání této bariéry potřeba, pravděpodobně zdravotní sestry neměly. Oproti tomu paní Markéta trávila s touto ženou téměř veškerý svůj čas a rozhodla se, že jí předá některé ze svých zkušeností, čímž jí pravděpodobně pomohla od závažných zdravotních komplikací, které se lékaři chystali vyřešit operací.

Případ paní Markéty ukazuje na možné důsledky časové tísně personálu a také na možná rizika plynoucí z nedostatečné informovanosti pacientky/klientky. V případě, že personál má pouze omezený čas, který může jednotlivým ženám věnovat, může docházet k nedorozuměním. V takovém případě je potom pro ženu výhodou, pokud disponuje vlastní zkušeností, o kterou se může opřít. Pokud žena zkušenost s porodem a následnou péčí o sebe ani o dítě nemá, je pro ni z tohoto hlediska výhodou, pokud se během svého pobytu na oddělení šestinedělí setká se ženou, která jí tuto zkušenost může, chce a dokáže zprostředkovat. Podobnou zkušenost měla i paní Hana:

„Tam pak přišla nová maminka, ta chudinka byla teda po porodu hodně rozlámaná. Byla prvorodička, takže myslím, že jí zas bylo příjemný, že jsem jí poradila, pomohla jsem jí přiložit miminko k prsu poprvé, podala jsem jí nějaký věci, protože fakt chudinka nemohla chodit, byla docela roztrhaná, sešitá.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

Paní Jana se zmínila také o vzájemném hlídání dětí například v případě, že šla jedna z žen do sprchy. Díky vzájemné pomoci s další ženou na pokoji tak paní Jana dle svých slov ušetřila čas, který by jinak strávila převozem dítěte na sesternu:

„Když seš s někým na pokoji, tak ho [dítě] nemusíš odvážet na tu sesternu, můžeš se domluvit s tou maminkou, co leží vedle tebe, že ti na něj těch pět minut koukne, než ty se osprchuješ.“ (Paní Jana, druhorodička, velká porodnice).

Pro tři z mých informantek, paní Hanu, Janu a Danu, byla vzájemná podpora s další ženou či ženami na pokoji důvodem, proč si nevybraly nadstandardní pokoj, kde žena bývá většinou sama. U všech tří žen je toto rozhodnutí zajímavé tím, že se jedná o druhorodičky, které již samy podporu druhé ženy nepotřebovaly, ale přes to jí kladly do popředí. Paní Dana své rozhodnutí popsala následovně:

„Je to lepší, když člověk neví, potřebuje si pohlídat miminko, když se jde najíst, tak je to určitě lepší varianta. Byly tam i prvorodičky, který měly ty nadstandardy a samy si nevěděly rady, takže věčně volaly sestry, takže určitě si myslím, že tohle je lepší varianta.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

Ukazuje se, že z přítomnosti dalších žen na pokoji může rodička profitovat a může díky tomu lépe zvládat běžný chod oddělení šestinedělí. Dá se říci, že výše zmíněné ženy si navzájem pomáhaly v situacích, kde jim režim či organizační uspořádání na oddělení šestinedělí neposkytovaly dostatečnou oporu. Setkání žen ve specifickém prostředí porodnice, které v tu chvíli spojuje společná a velice intimní zkušenost, může vést

k vytváření úzkých sociálních vazeb a také ke konstruování jakési „*kolektivní zkušenosti mateřství*“, kdy mezi jinak zcela cizími ženami dochází v relativně krátké době k vytvoření vztahu důvěry, k vzájemnému přenosu zkušeností a k fyzické i psychické podpoře. Tímto způsobem může být také alespoň částečně usilováno o kompenzaci jinak převážně neosobních a rutinních interakcí mezi pacientkou/klientkou a zdravotnickým personálem.

4.4.3. Obhajování statusu quo

Strategií, jak se s režimem na oddělení šestinedělí vyrovnat, může být i obhajování statusu quo, které jsem během rozhovorů zaznamenala v určité míře u všech informantek, zejména však u těch, které rodily ve velké porodnici. Je pravděpodobné, že ženy, které si vybíraly porodnice malé, tak činily z osobního přesvědčení a ze snahy vyhnout se „uspěchanému“ režimu velkých porodnic. Od malých porodnic potom očekávaly, že nebudou tolik přeplněné, díky čemuž jim bude věnováno více času a péče. Pokud u takových žen došlo k nenaplnění jejich očekávání, zaujímaly k režimu porodnice spíše negativní postoj, a proto se u nich obhajování stávajícího stavu objevovalo v menší míře.

Obhajování statusu quo zde nechápu jako spokojenost s režimem na oddělení šestinedělí ale jako jeho akceptování a respektování s ohledem na různé materiální překážky, kterým podle mých informantek personál porodnic čelí a s nimiž se musí vyrovnávat. Současný stav na oddělení šestinedělí nejvíce obhajovaly paní Hana a Dana, druhorodičky, které se oproti ostatním informantkám ve větší míře zmiňovaly o tom, že režim porodnice se sice vyznačuje nedostatkem času a personálu, ale že je to něco, s čím by ženy, které sem přicházejí měly počítat:

„Pokud máš trošku selský rozum, tak ti musí docvaknout, když ta sestra musí jít vedle do pokoje, že nemůže být hned u tebe. Že ta sestra, když je po dvanáctce noční, ráno v půl sedmý, tak že třeba může být trochu nepříjemná, jo. Že když ten doktor odbíhá na ten porod, tak je jasný, že nemá čas s tebou diskutovat o jiných věcech. Takže, to jsou všechno takový věci, který si myslím, že by si ty rodičky měly uvědomit, no.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

„Musíš počítat s tím, že se ti tam nebude někdo každý den na sto procent věnovat, protože přeci jenom je tady hrozně moc rodiček a málo personálu na ně celkově.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

Sklon k obhajování porodnice měla ve větší míře i paní Helena, prvorodička, která si taktéž vybrala velkou porodnici. Ta ovšem více než paní Hana nebo Dana připisovala selhání nikoliv standardnímu chodu porodnice, ale spíše velkému množství porodů, které se podle ní v daném termínu v porodnici odehrály:

„Takže si myslím, že vlastně ta péče byla profesionální a dobrá a jenom tam selhalo to, že prostě shodou okolností strašně moc porodů dohromady a že už to samozřejmě bylo znát. Jsou to taky jenom lidi, takže jí trochu ujeli nervy, tak to chápu.“ (Paní Helena, prvorodička, velká porodnice).

Otázkou je, zda skutečně v době, kdy paní Helena rodila, rodil větší počet žen, než je obvyklé, anebo zda tento shon na porodním a poporodním oddělení byl zcela běžný. V každém případě však paní Helena, jak už bylo zmíněno výše, pod vlivem nedostatku času personálu, obdržela kojící kloboučky, jejichž prostřednictvím své dítě v porodnici kojila. Fakt, že jí nebylo věnováno tolik péče, kolik očekávala, ospravedlňovala také předpokladem, že jiné rodičky mohly péči zdravotních sester potřebovat více než ona:

„Ukázali, snažili se, ale opět by tam třeba u mě museli být 20 minut a to nešlo. Málo lidí. Museli lítat s ostatními miminkama a třeba jim pomáhat ještě s něčím jiným a samozřejmě tam mohly být prostě taky maminky, které měly mnohem větší problém než já, třeba záněty a tak dále.“ (Paní Helena, prvorodička, velká porodnice).

4.4.4. Dřívější odchod z porodnice

Strategií, kterou zvolila paní Pavlína, byl dřívější odchod z porodnice, tedy odchod dříve než po uplynutí doporučených 72 hodin. Paní Pavlína strávila v porodnici jednu noc a poté byla po podpisu reversu propuštěna i s dítětem domů. Propuštění však předcházela střet s dětskou zdravotní sestrou, která paní Pavlíně dle jejích slov „vyhrožovala“, že po odchodu z porodnice nebude mít dost mléka a nebude tedy moci své dítě plnohodnotně kojit²⁹. Oproti tomu primář porodnice neměl dle slov paní Pavlíniny s jejím rozhodnutím problém:

„Tak ten primář právě říkal: Jojojo, ambulantní v pohodě a ptal se, jak to chceme. A já jsem říkala, že ráno bych ráda šla. Tak s tím problém nebyl a vlastně ty papíry byly nachystaný.“ (Paní Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

²⁹ Více viz Kapitola 4.3.7. - Propouštění/odchod z porodnice

Rozhodnutí opustit porodnici „předčasně“ a absolvovat tzv. ambulantní porod může být chápáno jako určitý kompromis mezi domácím porodem a porodem v porodnici s následnou hospitalizací. Hašková (2001, s. 51) uvádí, že „*obhájci porodů doma jsou častěji nakloněni ambulantním porodům*“. Paní Pavlína uvedla, že o domácím porodu „hodně přemýšlela“, ovšem nakonec si na něj „netroufla“ z následujících důvodů:

„Úplně nevím, jestli bych si na to troufla, možná jo, možná ne. Ale musela bych k tomu mít asi jako fakt dobré podmínky a podporu svého okolí, což nevím, jestli by šlo. Přeci jenom, někdy ty věci člověk nevyčytá úplně, samozřejmě to těhotenství, když je v pořádku, tak ty rizika jsou docela malý, ale asi pro mě je přijatelnější mít co nejpřirozenější porod, ale jistotu, že kdyby náhodou něco, i třeba kdybych krvácela já po porodu, jo, ten porod může proběhnout dobře, ale můžu pak mít nějaký velký krvácení poporodní, a to prostě nevím, jestli bych doma třeba jenom s asistentkou vyřešila. Možná jo, možná ne. Ale asi taková ta jistota pro mě, že případně ten doktor tam je, že se to může rychle vyřešit, tak to je asi pro mě důležitý taky. Takže asi bych tu (porodnici) volila znova. Pokud se teda do té doby nezmění situace v českém porodnictví.“ (Paní Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

I přes to, že paní Pavlína byla jednou z mých informantek, které k těhotenství, porodu i následné poporodní péči o dítě přistupovaly jako k přirozenému procesu, z její výpovědi je patrné, že zároveň uznávala určitou inherentní rizikovost porodu, kvůli které se nakonec rozhodla absolvovat porod v porodnici. Následná poporodní péče v porodnici už jí ale z jejího pohledu žádné benefity nepřinášela, a proto se rozhodla ji neabsolvovat. Během poporodní péče o dítě paní Pavlína více důvěřovala svému laickému vědění a nekladla již takový důraz na vědění expertní:

„Říkala jsem si, v dnešní době máme telefony, všechno, ve (městě) jsme kdyžtak za chvíli a kdyby bylo něco, tak to snad poznám. Taky sama vím, když mi není dobře nebo když jsem nemocná, tak vím, jaký jsou příznaky toho, že to tělo není v pořádku nebo že něco se děje a věřila jsem, že u toho dítěte, který mám na očích furt v podstatě a na sobě, tak že to musím poznat.“ (Paní Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

Paní Dana naopak zastávala názor, že tato strategie není vhodná a už vůbec ne pro prvorodičky. Důvodem podle ní bylo, že během tří dní v porodnici se žena dozví „zásadní informace“, na které by jinak sama nemusela přijít:

„Jestli už seš třetírodička, tak už asi klidně můžeš podepsat revers a jít domů. Ale určitě bych každý prvorodičce doporučovala, aby tam ty tři dny zůstala, protože se dozví, jak od těch maminek, tak od těch sestřiček zásadní informace. (...) Takže oni tě nenutěj, některý to mají

trochu svéráznějším stylem podaný, ale navedou tě na takový věci, na který ty bys určitě doma nepřišla.“ (Paní Dana, druhoroďička, velká porodnice).

4.4.5. Nedodržování pravidel porodnice

Další ze strategií, o kterých se mé informantky zmiňovaly, bylo nedodržování pravidel porodnice ve smyslu nerespektování praktických doporučení ohledně péče o dítě ze strany zdravotních sester. Je zajímavé, že některé z mých informantek se rozhodly pravidla záměrně nedodržovat, ale už se vůči nim nijak jinak kriticky nevymezovaly a ani nevyslovily myšlenku, že by možná bylo vhodné pravidla nastavit jinak. To naznačuje, jak silně na ženy působí normativní vliv porodnice jakožto instituce³⁰.

Tato strategie je jediná z mnou popsaných, kterou nelze vzhledem k normám a pravidlům porodnice považovat za legitimní. Všechny ostatní strategie, které mé informantky zaujímaly se pohybovaly v rámci pravidel, které daná porodnice uznávala a nastolovala. Ačkoliv se jedná o strategii do určité míry podvratnou, není dle mnou sesbíraných výpovědí jejím cílem pravidla změnit, ale pouze je obejít. Mé informantky měly k porušení nastavených pravidel různé důvody a vždy se ve svém úsudku opíraly o expertní vědění načerpané z jiného zdroje než od zdravotnického personálu. Svou jistotu tyto ženy čerpaly z přesvědčení, že vykonávání či naopak nevykonávání určitých procedur je pro jejich dítě prospěšnější.

Nejvíce tuto strategii využívala paní Monika, objevovala se však i u dalších informantek, ne však v takové míře. Paní Monika se například rozhodla, že své dítě nebude před a po kojení vážit a zapisovat váhu do tabulky. Když si sama pro sebe ověřila, že mléko teče a že její dítě pije, tak si údaje začala vymýšlet, aby dětské lékařky „byly spokojené“:

„Miminko se zvážilo, měla jsem si zapisovat, kolikrát kojím a kolik má počůraných a pokakaných plen. Přiznávám se, že jsem si to spíš vymýšlela, protože jsem nějak jednoduše nebyla schopná to zaznamenávat a když mi řekli, že mám vážit to dítě, tak mě to hrozně obtěžovalo, protože ta váha byla na druhé straně chodby a ona vždycky řvala, když jsem jí jako... Před vážením řvala, protože měla hlad a potom usnula u toho prsa a já bych jí musela

³⁰ Hrešanová (2008, s. 97), která se ve svém výzkumu zabývala organizační kulturou porodnic, zjistila v souvislosti s náplní předporodních kurzů organizovaných porodnicemi, že „veškerá pravidla sdělovaná na předporodních kurzech se však zdají být vztažena přímo či nepřímo k hlavnímu principu, který by dle personálu měla klientela ctít. Ten lze parafrázovat asi takto: během svého pobytu by klienti měli respektovat pravidla dané instituce a brát instituci a její personál jako svrchovanou autoritu.“

budit a zase vážit, takže jsem to vymýšlela. Fungovalo to, oni pak byli spokojený, když tam viděli ty zářezy s těma váhama. (...) Oni se jenom na tý vizitě podívali na ten papír, kde to máme vyplněný a samozřejmě to dítě vážili, takže kdyby ona nepřibírala, tak oni by to zjistili. Ale, já jsem si jenom, jako když jsem si ověřila, že fakt to teče, tak jsem si to vymýšlela.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

Podle paní Moniky totiž bylo průběžné vážení dítěte zdrojem stresu, který mohl laktaci škodit. Touto strategií se rozhodla stresu vyhnout. Ve svém rozhodnutí se opírala o expertní vědění o kojení načerpané na internetových stránkách. Svě tvrzení dále opřela o příklad jiné ženy, s níž se v porodnici potkala:

„Ta chudinka maminka, co jí to nešlo, tak já jsem viděla tu její tabulku. Zatímco já jsem si tam něco načmárala vymyšlenýho, tak ona to měla jako krásně roztříděný a opravdu tam zaznamenávala každý to kojení a já jsem jí viděla, jak po tý chodbě furt chodí sem a tam a furt váží a sama jsem četla na těch podpůrných stránkách, že tohle je hrozný, že pak ten stres z toho naopak brání rozjetí tý laktace, no.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

Stejně přistupovala paní Monika i k instrukcím ohledně koupání, které si sice vyslechla, ovšem neřídila se jimi. Zároveň přiznala, že ani nechtěla, aby na jejím dítěti bylo demonstrováno koupání, což může značit, že si obecně přála, aby zdravotnický personál do péče o její dítě zasahoval co nejméně:

„To nás nahnali, maminky, tam na sesternu a tam chtěli jako na jednom miminku to ukázat. No, a já jsem jako instinktivně věděla, že nechci, aby to ukazovali na mým, tak jsem se nenabídla, jedna maminka se naštěstí nabídla. A na tom miminku to ukázali, jak se myje. A já jsem si jí myla jinak (smích). Nebo, oni jí myli mýdlem a říkali, že máme každý den je mýt a já jsem od narození neviděla mejdlo.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

Neřídít se instrukcemi zdravotních sester se rozhodla i paní Markéta, která se opírala o vědění načerpané od laktační poradkyně, s níž se sešla ještě před porodem kvůli svým obavám z možných problémů s kojením:

„Neřídila jsem se takovým tím: po třech hodinách musíte nakrmit. Když mi to dítě prostě kňouralo, tak jsem si ho dala na ty prsa, protože po osobním kontaktu s laktační poradkyní, která mi řekla, že to je právě i o tom kontaktu nejenom o tom mlíku, ale že to dítě potřebuje tu mámu fyzicky i psychicky, tak jsem jí na tom prsu měla pořád.“ (Paní Markéta, druhorodička, velká porodnice).

Jinou variantou této strategie, která je pravděpodobně mnohem častější, je dodržování pravidel a doporučení pouze v prostředí porodnice a jejich následná úprava v domácím prostředí, kde již tak silně nepůsobí její normativní vliv. O této strategii se zmínila paní Dana:

„Kojte cca po dvou po třech hodinách. A oni ti tohle řeknou, samozřejmě je to pro ně zásada, přes kterou nejede vlak, ale jak si to pak budeš dělat ty doma, to už je tvoje věc.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

4.5. Interakce s personálem – komunikace a informovanost očima žen

V předchozích kapitolách jsem se zabývala režimem na oddělení šestinedělí a strategiemi, které ženy volí, aby se s ním vyrovnaly. V této kapitole se budu věnovat povaze interakcí mezi ženami a zdravotnickým personálem z pohledu žen. Má zjištění korespondují se zjištěním Hrešanové (2014), která uvádí, že kromě chování zdravotnického personálu je to právě nedostatečná komunikace, k níž jsou ženy nejvíce kritické.

4.5.1. Nedostatek informací

Jedním ze zmiňovaných témat mezi mými informantkami byl nedostatek informací, který se často pojil s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte a s instrukcemi ohledně kojení. Nedostatkem informací trpěly spíše prvorodičky, druhorodičky už jej příliš neartikulovaly, neboť namísto informací získaných od personálu, čerpaly z vlastní zkušenosti s prvním dítětem.

Paní Helena, která si záměrně vybrala pokoj se systémem rooming-out, popsala, že ona i další matky, které s ní byly na tomto pokoji, pociťovaly strach v souvislosti s nedostatkem informací o zdravotním stavu dětí. Zároveň však zmínila, že se tento stav po několika dnech zlepšil, když pediatr přestal trpět nedostatkem času:

„Každý den chodili kontrolovat ty poporodní zranění, jinak docházel i pediatr s informacema o miminkách, ale to byl velkej problém, protože zase, on tam byl jeden. Což samozřejmě skončilo tak, že jsme se ho chtěli doptat a třeba jsme se ho kolikrát ani nedočkaly vůbec, takže jsme byly úplně vyklepaný jako, co ty děti, jestli jsou v pořádku. Jako a prostě jsme se třeba nedočkaly nebo opravdu byly ty informace takový jenom jako: Živej, živej,

živej. No ale potom už myslím, že snad během těch dvou dnů se to srovnalo, že asi odešel ten boom, kdy nás tam rodilo fakt strašně moc najednou, takže potom už to bylo dobrý, už vždycky přišel v ten čas, kdy jsme ho mohly čekat a dostaly jsme všechny informace, který jsme chtěly, takže to bylo dobrý.“ (Paní Helena, prvorodička, velká porodnice).

Naopak paní Linda vyzdvihovala slušné jednání personálu a hodnotila kladně, že dostala všechny informace, které potřebovala:

„Jako já beru za pozitivní už to, že to nebylo negativní. Prostě že tam opravdu se mnou jednali slušně a jakoukoliv informaci jsem potřebovala, tak mi řekli. To považuju za pozitivní.“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

O slušnosti se v souvislosti s komunikací zmínila i paní Zuzana:

„Jako rozhodně si myslím, že ten personál v té porodnici byl na vysoký úrovni. I co se nějakýho slušného chování týče. Přijdete tam, podají vám ruku, všechno vám vysvětlej a jednají s váma na úrovni. Není to, že byste se těch informací musela nějak složitě dožadovat. To určitě ne.“ (Paní Zuzana, prvorodička, malá porodnice).

Paní Zuzana a Linda tedy kromě informovanosti samotné vyzdvihovaly také způsob, jakým s nimi bylo jednáno a jednoznačně preferovaly jednání slušné a „na úrovni“, díky němuž považovaly služby porodnice za více profesionální a kvalitní. Dalo by se tedy říci, že samotný dostatek informací nestačí, pokud není formulován vhodným způsobem a pokud jsou například informace podávány v rychlosti či nepříjemným podrážděným způsobem. Důležité je také to, že poskytování informací dávají informantky do souvislosti se slušností, tedy určitou morální kvalitou. Neposkytnutí potřebných informací pak lze v tomto smyslu považovat nejenom za neprofesionalitu ale také za neslušnost. Na personál porodnic je tedy kladen požadavek nejenom odborný, ale také morální.

Neslušnost, kterou ženy v neposkytnutí informací spatřují, tkví pravděpodobně v tom, že jim tímto způsobem personál dává najevo svou mocenskou převahu, což potvrzuje Pešťanská (2016), která uvádí, že neposkytování dostatečného množství informací je projevem „(...) hierarchického dohledu v poskytování zdravotní péče“ (Pešťanská, 2016, s. 57). „Dávkování“ informací tak utužuje hierarchickou pozici zdravotnického personálu, což v ženách může vyvolávat pocit vlastní nedostatečnosti a podřadnosti. Paní Monika se například zmínila o tom, že jí nikdo neřekl, že v prvních dnech života dítěte se jí ještě nemusí tvořit mléko. Nabyla tak dojmu, že je s ní něco špatně, neboť kojení u ní neprobíhá v souladu s předepsanou normou. Rozhodla se proto informace hledat na internetu a svou situaci

vyhodnotila jako „normální“ až ve chvíli, kdy pro ni našla expertní pojmenování „syndrom druhé noci“:

„Měla jsem tam jeden ten krizovej den, jak nám nešlo to kojení, ale to je normální, to mi prostě akorát nikdo neřekl, že je normální, když ten druhý den ještě nic neteče. A že to miminko pláče, že je to taky normální. Dokonce jsem si našla, že se to jmenuje syndrom druhé noci, v angličtině jsem našla nějaký zdroj, že to je i pojmenovaný a že to fakt je úplně normální věc. A to jsem nevěděla, takže jsem pak hystericky volala mámě, že ji nejsem schopná nakrmit.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

Všechny mé informantky si v případě nedostatku informací od personálu našly jiný způsob, jak informace získat, což svědčí o vysoké míře sociálního i kulturního kapitálu těchto žen. Dá se však předpokládat, že ženy s nižším počtem kontaktů či nižším stupněm vzdělání mohou být v takových situacích značně znevýhodněny.

S nedostatkem informací se potýkala i paní Pavlína, která si dle svých slov nepřála, aby za ní rozhodoval lékař, a naopak si přála všechna rozhodnutí dělat sama, neboť pro ni důležitou roli hrála její vlastní zodpovědnost. Cítila ovšem, že pro skutečně zodpovědné rozhodnutí potřebuje mít od lékaře/lékařky co nejvíce informací a vyslovila názor, že tento systém vlastního rozhodování na základě dostatku předložených informací příliš nefunguje, a to nejenom v oblasti porodnictví ale i v jiných medicínských oborech:

„Což bych očekávala od doktora, že pokud teda mi nabízí nějakou péči nebo chce mi navrhnout nějakou péči, tak mi má říct: Hele, je to proto, proto, proto. A jsou takový pozitivní a negativní. Nebo jsou jiné varianty. Ale tohle vlastně moc nefunguje, nefunguje to moc obecně ani u jiných doktorů, se kterými jsem se setkala v jiných oborech.“ (Paní Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

Důraz na vlastní rozhodování, individualitu a minimalizaci vnějších zásahů autorit lze dávat do souvislosti s ideou neoliberalismu, která se v českém zdravotnictví začala naplno prosazovat vlivem post-socialistických reforem. Podle Hrešanové (2014) je pro ženy, které jsou neoliberalními diskurzy více ovlivněny, typické, že v rámci poporodní péče usilují o možnost informované volby. Tyto ženy také častěji přijímají konzumeristické pojetí zdravotnické péče a její poskytování chápou jako službu. Očekávají tudíž, že s nimi bude jednáno jako s rovnocennými a nevidí důvod, proč by jim neměly být poskytnuty všechny informace, které k zodpovědnému rozhodnutí potřebují. Z výpovědi paní Pavlíny je zřejmé, že ačkoliv tlak na komercializaci porodní péče sílí, ne vždy je zcela opuštěn původní paternalistický model poskytování zdravotnické péče.

Jak už bylo zmíněno, druhorodičky nedostatek informací takřka neartikulovaly a když ano, tak spíše se sklonem jej obhajovat či marginalizovat. Tento fakt si lze vysvětlovat jednak tím, že už určité informace mají a jednak také jejich předchozí zkušeností s přístupem zdravotníků a zdravotnic. To potvrzuje i Hašková (2001, s. 26), byť v souvislosti se získáváním informací o porodu, když uvádí: „(...) zkušenost s obtížností získávání kvalitních informací o porodu se promítá do další snahy nebo naopak rezignace žen na dosažení takových informací během jejich dalších těhotenství. Také těmito sociálními mechanismy, tedy přístupem k laické veřejnosti a mírou otevřenosti, ovlivňují postoje matek k současnému stavu porodnictví sami zdravotníci.“

4.5.2. Protichůdné informace

Dalším problematickým aspektem zmiňovaným v souvislosti s komunikací se zdravotnickým personálem bylo podávání protichůdných informací, a to zejména ze strany zdravotních sester, o čemž se zmínily paní Jana, Monika a Tamara, všechny v souvislosti s instrukcemi ohledně správného kojení. Paní Jana a Tamara obdržely od různých zdravotních sester různé instrukce ohledně délky kojení:

„Bylo na prd, že každá sestřička mi to vysvětlovala jinak to kojení. Jedna řekla vleže, jedna takhle. Tak to bylo takový blbý, že nebyly dohodlý. Že prostě jedna směna mi řekla vleže a druhá směna mi řekla lepší vsedě. Pak ti řekli: Deset minut jedno prso, deset minut druhý. Pak přišla na noční směnu jiná a říká: Ne, jenom pět minut. Takže to bylo takový, že nebyly sehraný, že by na to podle mě měly být nějaký pravidla. Aby ta maminka, protože je tam tři dny v tý porodnici, tak aby nebyla pak zmatená, jak to má dělat.“ (Paní Jana, druhorodička, velká porodnice).

„Jedna sestra mi řekla, ať kojím deset minut jedno a deset minut druhý nebo... Ne, šest minut jedno a šest minut druhý a pak přišla jiná a řekla: Ne, to musíte kojit tak minimálně deset patnáct minut jedno a pak druhý.“ (Paní Tamara, prvorodička, velká porodnice).

Paní Monika popsala případ nikoliv svůj, ale ženy, která s ní byla na pokoji. Protichůdné informace se v tomto případě taktéž týkaly kojení, ovšem nikoliv jeho délky, ale doporučení ohledně péče o prsa:

„Holka, co byla vedle, tak ta měla problém s prsama, že se jí strašně nalivaly, a to teda každá sestra radila něco jinýho. Že jako jedna jí řekla, že se na to má dávat horký a druhá přišla

a řekla: No to ne, to musíte studený! A úplně absurdně rozdílný a ona nevěděla, co má dělat a komu věřit.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice).

V souvislosti s poslední citací bych ráda poukázala na zmíněný problém, kdy se žena může dostat do situace, kdy „neví, co má dělat a komu má věřit“. Větší množství zdrojů tak nemusí být vždy výhodnější, zvláště pak, pokud si navzájem odporují. Posoudit, komu lze v dané situaci „věřit“, může být obtížné. Lazarus (1994) v souvislosti s porodní péčí uvádí, že neustálé střídání a přesouvání personálu může vést nejen k podávání protichůdných informací, ale také k provádění neopodstatněných testů a kontrol, jejichž výsledky se někdy vlivem všeobecného shonu k ženám ani nedostanou. Ženy potom takový systém hodnotí jako obtížně manipulovatelný a nesouvislost poskytované péče v nich vyvolává frustraci (Lazarus, 1994).

Situace, kdy žena neví, komu má „věřit“ či „jak to má dělat“ souvisí s neprůhledností zdravotnického systému a jeho mechanismů obecně. Pokud už se však žena rozhodne na poskytované informace spoléhat a nekriticky je přijímat, očekává, že informace, které obdrží, budou konzistentní a povedou ke kýženému výsledku neboli k dosažení norem stanovených biomedicínskými standardy. Pokud se tak nestane, vyvolává to pochybnosti o důvěryhodnosti a fungování zavedeného systému a jeho aktérů.

Paní Tamara uvedla, že se řídila pokyny zdravotních sester, ale vzhledem k tomu, že dostávala různé informace ohledně správné délky kojení, nepřibývalo její dítě na váze tolik, kolik by podle zdravotnického personálu mělo, a to nakonec způsobilo, že v porodnici strávila o den déle:

„A ona moc nepřibírala, takže oni nějak třetí den mi řekli, že si mě tam ještě nechaj. No a čtvrtý den ráno taky nějak nepřibírala a oni mi to řekli blbě, že jedna sestra mi řekla, ať kojím deset minut jedno a deset minut druhý nebo... Ne, šest minut jedno a šest minut druhý a pak přišla jiná a řekla: Ne, to musíte kojit tak minimálně deset patnáct minut jedno a pak druhý. A já: Aha. Pak říkali: Tak to bude možná ten háček, že vám nepřibírala. Takže když jsem jí pak nakojila patnáct minut a patnáct minut, tak přibírala a nějak čtvrtý den nás pustili domů.“ (Paní Tamara, prvorodička, velká porodnice).

V konečném důsledku tak řízení se expertními radami vedlo u paní Tamary k nenaplnění očekávaných biomedicínských norem a k delšímu pobytu na oddělení šestinedělí, což je v přímém rozporu s tím, co od naslouchání zdravotnickému personálu mohla očekávat.

4.5.3. Instrukce ohledně péče o matku a o dítě

Mé informantky častěji zmiňovaly, že byly instruovány ohledně péče o dítě než o sebe. To však může být do značné míry dáno tím, že zároveň žádná z mých informantek neuvedla, že by během svého pobytu v porodnici trpěla závažnějšími zdravotními obtížemi.

Poskytování informací o péči o dítě i o matku je pro personál také jednou z rutin, kterou „musí projít“, o čemž se zmínila paní Hana a Markéta. Obě tyto ženy ve svých výpovědích mluvily o tom, že instruktáž s nimi zdravotní sestra prošla i přes to, že byly druhorodičky:

„Já jsem přišla, cítila jsem se výborně, dostala jsem postel, podepsala jsem všechny papíry, co jsou potřeba a tím, že jsem byla druhorodička, tak to vysvětlování už bylo kratší, ale ta sestra to samozřejmě projít musí.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

„Já jsem říkala, že to zvládnou a ona říkala: Já vám to ukážu, buďte v klidu, ještě si to užijete až až. (...) Takže koupání vysvětlili, i když jsem neměla první dítě.“ (Paní Markéta, druhorodička, velká porodnice).

Poskytování určitých informací tak do jisté míry nabírá univerzální, až mechanický charakter, kdy individualita rodičky ustupuje do pozadí. Opět vlivem nedostatku času navíc tato instruktáž může probíhat velice rychle a zpravidla probíhá pouze jednou, což pro druhorodičku nemusí představovat problém, pro prvorodičku nicméně ano, což popsala paní Tamara:

„Tam to teda bylo hustý (...) Oni mě do toho hodili, jednou mi to ukázali, jednou mi ukázali přebalování, jednou mi ukázali koupání a pak už si to dělej sama.“ (Paní Tamara, prvorodička, velká porodnice).

Instrukce ohledně péče o ženu samotnou se dle mých informantek týkaly hlavně vyprazdňování, očištění a obecně dodržování správné hygieny. Paní Tamara uvedla, že byla za tyto informace „ráda“, neboť bez předchozího upozornění by jí její stav „vyděsil“:

„To mi řekli no, že se budu hodně čistit, že ze mě můžou padat třeba kusy. A to fakt byly kusy, je to hnusný, já vím. Ale byla jsem ráda, že mi to řekli, protože jinak bych se fakt vyděsila.“ (Paní Tamara, prvorodička, velká porodnice).

Na tento typ praktických informací klade důraz i Koudelková (2013) ve své publikaci věnované budoucím porodním asistentkám na oddělení šestinedělí. Ačkoliv v žádném případě nelze zpochybňovat důležitost těchto hygienických zásad a jejich dodržování, je

možná škoda, že v této učebnici není jediná samostatná kapitola věnovaná také psychické podpoře žen s pravidelným (fyziologickým) šestinedělím³¹. Redukce poskytovaných informací na informace převážně „provozní“ a technické svědčí o stále převažujícím biomedicinském pojetí těla jakožto mechanického stroje, jehož abnormality jsou vnímány jako patologické a hodné odstranění.

4.6. Kapitál žen při střetu s režimem porodnice

Při střetu žen s režimem porodnice, s jeho personálem a řádem na oddělení šestinedělí existují určité znalosti, dovednosti a schopnosti, které mohou ženám pomoci se s nastalou nevyhovující situací lépe vyrovnat. V následující kapitole se těmito „výhodami“ v rukách žen budu zabývat.

4.6.1. Vlastní zkušenost

Výhodou při vyrovnávání se s režimem porodnice je v první řadě předchozí zkušenost s porodem, pobytem na oddělení šestinedělí a péčí o dítě. V tomto smyslu tedy měly jednoznačně lepší postavení druhoroďičky. Hašková (2001, s. 52) uvádí, že vlastní zkušenost ženy hraje roli už během porodu: „*Argumentace rodičích matek je vnímána jako argumentace podložená zkušeností vlastních reakcí na porod. Pro ženy je tak první porod jakýmsi „zasvěcením“, na něž se lze odvolávat.*“. A nejinak je tomu i následně na oddělení šestinedělí. Paní Dana uvedla, že se jí zdravotní sestra přímo zeptala, zda má první nebo druhé dítě a že v návaznosti na svou předchozí zkušenost odmítla pomoc s kojením:

„Takže sestřička se jenom zeptala, oni vždycky choděj, ptaj se, jestli máme první nebo druhý miminko. Tak já jsem říkala, že druhý, že pomoci ani nepotřebuju a kojení šlo fakt samo. Ty první dva dny se ty prsa tak jako nalejvaj a všechno, třetí den se spustí mlíko a už to jede.“
(Paní Dana, druhoroďička, velká porodnice).

³¹ Koudelková (2013) se ve svém textu věnuje podpoře žen s nepravidelným (patologickým) šestinedělím v případech, že u nich dojde k psychickým změnám či depresím různého stupně. Definuje poporodní blues, poporodní depresi a poporodní psychózu. Pouze v tomto kontextu klade explicitní důraz na vstřícnost a empatii, jinak v jejím textu převažuje důraz na technickou stránku poskytované péče.

Velmi podobná byla i zkušenost paní Simony:

„Tím, že já už mám druhý dítě, tak já jsem řekla, že nepotřebuju. Ale vím, že o ostatní na pokoji, že se o ně starali, masírovali jim prsa, ukazovali jim různé techniky. Oni mi to nabízeli, ale já jsem tak nějak tušila, o co jde, takže jsem to nepotřebovala.“ (Paní Simona, druhorodička, malá porodnice).

Je pravděpodobné, že pro personál porodnice je informace o tom, zda je žena prvorodičkou či vícerodičkou klíčová, a že od ní se také odvíjí postoj, jaký k ženě zaujímá. Vzhledem k časovému presu, jakému podle mých informantek zdravotnický personál čelí, je logické, že dochází k dělení rodiček na ty, které péči potřebují více a na ty, které jí potřebují méně. Předchozí zkušenost je v takovém případě jedním z důležitých kritérií. Na druhé straně však dotyčné druhorodičky z mého výzkumného vzorku shodně uvedly, že to byly ony, které pomoc odmítly.

Pro paní Janu představovala předchozí zkušenost s porodnicí výhodu v tom smyslu, že již znala její chod a cítila se proto „klidnější“:

„Jako u druhýho [dítěte] už jsem byla mnohem klidnější a už jsem i věděla, přece jenom to nebyl takovej rozdíl, byly to dva roky, takže jsem věděla, jak to v tý nemocnici chodí.“ (Paní Jana, druhorodička, velká porodnice).

Naopak pro prvorodičku, paní Alenu, byl nedostatek informací ze strany personálu zdrojem neklidu:

„Jako nebylo to hrozný, ale nic mi neřekl pořádně. Já se teda neumím ani moc ptát jo, že mě to v tu chvíli nenapadne, na co bych se mohla zeptat. Ale já si myslím, že to musí být automatický, aby tu mámu uklidnili.“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

Prostředí porodnice a jeho chod jsou natolik specifické, že předchozí zkušenost s nimi dodává ženě jistotu. Pokud je žena prvorodičkou, může se s některými aspekty hůře vyrovnávat a cítit se nejistá. Nezkoušenost s chodem na poporodním oddělení mohou do určité míry kompenzovat předporodní kurzy organizované porodnicí, na nichž dominují právě prvorodičky (Hrešanová, 2008). Předmětem těchto kurzů jsou totiž kromě obecné osvěty také informace o organizační kultuře dané porodnice, které „(...) odráží potřeby personálu porodnice, jenž se těmito enkulturačními technikami snaží zajistit hladký chod oddělení.“ (Hrešanová, 2008, s. 101).

O tom, že pro ženy je předchozí zkušenost zcela klíčová, vypovídá i důraz na zkušenost nejenom vlastní ale i zdravotnického personálu, a to nikoliv ve smyslu expertním

a profesním, ale ve smyslu žité zkušenosti s porodem. Paní Linda se ve své výpovědi zmínila o lékařkách, s nimiž se v porodnici setkala, přičemž kladla důraz na to, že tyto „mladé“ doktorky ještě samy neměly děti, takže jí nemohly „poradit na základě své zkušenosti“.

„Ale opravdu všichni byli dobře naladěný, usměvavý, ač paradoxně ty mladý doktorky samy kolikrát neměly děti, takže nemohly mi poradit na základě své zkušenosti, ale možná právě proto, že byli všichni takhle mladý, tak byli ještě zapálený pro věc a měli takovej ten entuziasmus.“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

Nárok na zdravotnický personál ve smyslu vlastní žité zkušenosti s porodem a péčí o dítě možná není neoprávněný, je však poněkud paradoxní vzhledem k faktu, že porodnictví bylo ještě donedávna v České republice mužsky dominovaným povoláním a že počet lékařek a lékařů se v rámci tohoto oboru vyrovnává až v posledních letech, kdy do něj vstupuje více žen-lékařek (Slepičková a kol., 2012; Hrešanová, 2008). Tento apel na vlastní zkušenost lékařek, kterou pochopitelně nelze vyžadovat u mužů-lékařů, svědčí o společenském apelu na mateřství žen obecně, které jim přidává na důvěryhodnosti. Vzdělání v oboru porodnictví či pediatrie tak jako by ženám-lékařkám samo o sobě nestačilo k tomu, aby svou práci vykonávaly skutečně „zasvěceně“.

4.6.2. Ekonomický kapitál

Pokud je žena v dobré finanční situaci a může si dovolit zaplatit určité nadstandardní služby, představuje to pro ni v prostředí porodnice, stejně jako v dalších oblastech společenského života, určité výhody, neboť tím se pro ni rámec nabízených služeb rozšiřuje a možnosti její volby rostou. Ženy disponující vyšším ekonomickým kapitálem jsou tak v prostředí porodnice ve výhodnějším postavení oproti ženám, které ekonomickým kapitálem v takové míře nedisponují.

Paní Hana se zmínila o tom, že zdravotní sestry materiálně odměňovala, aby vyjádřila obdiv k jejich práci a aby jim vykompenzovala platové ohodnocení, které považovala vzhledem k míře poskytované péče za neadekvátně nízké:

„Vždycky jsem sestřičkám koupila nějaký chlebičky jako důkaz toho, že si vážím jejich práce, protože, co si budeme povídat, ony tam ty dvanáctky dělají za strašně malý peníze (...) a tak jako je to takový milý gesto, že jim vlastně jako můžeš vyjádřit, že se vlastně o tebe a o to tvé dítě starají.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

Svým přispěním tak paní Hana usilovala o alespoň mírnou kompenzaci z jejího pohledu nesprávně nastaveného systému odměňování, přičemž ale zároveň dosahovala lepšího postavení v očích zdravotních sester, které jí potom mohly na oplátku věnovat lepší péči. Je však třeba si uvědomit, že ne každá rodička disponuje dostatečným ekonomickým na to, aby mohla zdravotní sestry odměňovat, byť to nutně neznamená, že není s jejich prací spokojena. Dále by dle mého názoru nemělo být úlohou pacientek/klientek „suplovat“ jakékoliv systémové nedostatky.

Nejčastější formou využití nadstandardních služeb porodnice bylo u mých informantek zaplacení nadstandardního pokoje, který se zpravidla vyznačuje tím, že je na něm pacientka/klientka úplně sama (maximálně ve dvou) a že je lépe vybaven než pokoje standardní. Pro porodnici představují nadstandardní pokoje jednu z možností, jak reagovat na sílící vliv konzumerismu ve zdravotní péči a jak vyjít vstříc požadavkům svých potenciálních klientek. Ne každá žena tuto možnost plánuje využít, nicméně pokud se pro nadstandardní pokoj rozhodne, pak je to podle mých informantek proto, že preferuje větší soukromí, lepší materiální vybavení a větší flexibilitu návštěv.

„V (porodnici) tam jsou jinak čtyři maminky na pokoji, já si to nedovedu představit v noci, když ty miminka střídavě řvou, jak to tam jako funguje, takže jsem byla fakt za ten nadstandard šťastná. I když to nebyl žádný super komfort, ale jenom to, že jsem tam byla sama, bylo skvělé.“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

Objevil se však také případ, kdy žena na nadstandardním pokoji skončila z jiných důvodů. Paní Tamara uvedla, že ji její bývalý partner nakonec zařídil pobyt na nadstandardním pokoji, protože pokoj, který jí byl poskytnut, neumožňoval systém rooming-in. V reakci na nedostatek míst na rooming-in pokojích tak paní Tamara raději využila nadstandardních služeb porodnice:

„A tam na tom pokoji nám každý tři hodiny vozili miminka na kojení. Což jsem nechtěla být na tomhle pokoji, protože jsem chtěla být s malou hned od začátku. Ale bohužel to nešlo, takže jsem tam byla pár hodin, ale pak ex zařídil, že jsem byla na nadstandardu a tam jsem byla úplně sama s malou.“ (Paní Tamara, prvorodička, velká porodnice).

Je zřejmé, že pokud by paní Tamara či některý z jejich blízkých nedisponovali potřebnými finančními prostředky, byla by odkázána na v tu chvíli dostupné služby dané porodnice a byla by tedy na pokoji bez svého dítěte, což bylo v přímém rozporu s jejími požadavky.

Aktuální kapacitě pokojů se musela během svého pobytu na oddělení šestinedělí přizpůsobit i paní Simona:

„Já jsem chtěla nadstandard hned, jak jsem porodila, ale byl plnej, takže to nešlo...“ (Paní Simona, druhorodička, malá porodnice).

Její případ ukazuje, že ačkoliv je možné prostřednictvím ekonomického kapitálu dosáhnout lepší úrovně poskytovaných služeb, vždy platí, že v konečném důsledku jsou ženiny volby podmíněny tím, co vybrané zdravotnické zařízení může v danou chvíli nabídnout.

Další formou využití vlastních finančních prostředků, o níž se některé mé informantky zmínily, je využití služeb soukromé laktační poradkyně. Laktační poradenství dnes už zpravidla poskytuje i samotná porodnice, je ovšem otázkou, nakolik má dětská sestra s certifikátem laktační poradkyně skutečně prostor se věnovat pouze laktačnímu poradenství a nakolik se musí věnovat jiným povinnostem. Dále je otázka, zda mají skutečně všechny porodnice tolik laktačních poradkyň, kolik jich na počet pacientek/klientek potřebují. V každém případě se dvě z mých informantek (Paní Zuzana a Markéta) zmínily o tom, že využily služeb soukromých laktačních poradkyň, které si pozvaly k sobě domů.

Paní Zuzana kvůli nesprávně nastavené poloze při kojení trpěla bolestivými ragádami na bradavkách, což se nejdříve snažila vyřešit nákupem laktačních pomůcek, později pozváním laktační poradkyně:

„Oni se mě asi jako zeptali, zas úplně nechci házet vinu na tu porodnici, protože se mě asi jako ptali, jestli se přisaje a já jsem jim řekla, že jo. Ale nikdo mě nezkontroloval, jestli ho držím dobře. No a pak to teda vedlo k tragickým následujícím pěti týdnům bradavek do krve a úplně... Laktační poradkyni jsme tady měli a já při každém kojení brečela bolestí a trvalo to pět týdnů, než jsem začala zvládat kojit bez nějaký velký bolesti. To bylo fakt peklo. (...) Já jsem utratila asi 4 tisíce za různý laktační pomůcky, jakože jsem si koupila odsávačku elektrickou a pak všemožný různý kloboučky a chrániče bradavek... Takže jsem utratila strašných peněz za různý laktační pomůcky na ty prsa a všechno to bylo úplně k ničemu a vlastně až potom, co jsem všechno tohle koupila, přišla laktační poradkyně, aby mi řekla, že všechno, co jsem koupila bylo zbytečný.“ (Paní Zuzana, prvorodička, malá porodnice).

O důležitosti nastavení správné techniky kojení se zmiňuje i Koudelková (2013) ve své publikaci věnované budoucím porodním asistentkám na oddělení šestinedělí. Autorka v souvislosti s ošetrovatelskou diagnózou 00104 s názvem „Neefektivní kojení v souvislosti s nezkušeností matky projevující se nezalostí techniky kojení, bolestivostí při kojení, nespokojeností matky a novorozence“ explicitně zmiňuje důležitost „(...) správné techniky kojení“, která má vést k minimalizaci bolestivosti a kterou má šestinedělce ukázat porodní asistentka na oddělení šestinedělí (Koudelková, 2013, s. 42). Z hlediska tohoto textu by tedy

mělo být úlohou zdravotnického personálu v porodnici pomoci matce s nastavením správné polohy při kojení. Patrně však ne vždy mají na toto zdravotní sestry na oddělení šestinedělí čas a prostor. Sama paní Zuzana toto téma uzavřela s tím, že by bylo „skvělé“ porodnice více podporovat, aby byly ohledně instruktáže kojení iniciativnější a důslednější:

„Ono jako intuitivně vezmete dítě a dáte si ho k prsu, že jo. Ale on tam byl nějak problém v tom, jak on tu pusinku, jak tou pusinkou si tu bradavku vzal a ono mu to nebránilo v tom, aby papal, takže tam ta nuance toho, že se vám ta bradavka zničí a toho přísátí je strašně malá. A nevím, jestli tenkrát tam to šlo podchytit, že by mi řekli: Děláte to blbě, těžko říct. Jako určitě si myslím, že tam bylo víc prostoru pro to, aby se tomu zavěnovali trošku, na druhou stranu já jsem si o to úplně neřekla, protože jsem nevěděla. Je to takový dvojsečný. Jako určitě by bylo skvělý v tomhle ohledu ty nemocnice podporovat v tom, aby to těm prvorodičkám víc cpali.“ (Paní Zuzana, prvorodička, malá porodnice).

Pokud tedy žena chce kojít a má s kojením obtíže, nedisponuje vlastní zkušeností a zdravotnický personál jí z různých důvodů nedokáže, nemůže či nechce pomoci, pak je soukromé laktační poradenství jednou z možností, kam se obrátit o pomoc. Opět nicméně platí, že se jedná o službu nadstandardní, poskytovanou mimo rámec porodnice, která je zpoplatněná, a tudíž nestejně dostupná.

4.6.3. Sociální kapitál

V prostředí porodnice může žena také využít sociálního kapitálu, díky němuž lze dosáhnout lepší vyjednávací pozice při prosazování vlastních zájmů. Sociální kapitál³² je však ve společnosti distribuován nerovnoměrně a že tím pádem mohou být ženy s nižším počtem sociálních kontaktů znevýhodněny, neboť aktuální nastavení systému jim samo o sobě negarantuje rovné postavení vůči zdravotnickému personálu, který je oproti nim v hierarchicky vyšším postavení.

Paní Alena díky kontaktům svého otce dosáhla lepšího zacházení ze strany dětského lékaře a lepší informovanosti o zdravotním stavu svého dítěte:

„No tak táta zavolal tomu řediteli, najednou si se mnou povídal a ptal se, jak se mám. Dobrý den maminko, jak se máme a úplně jel jinak. Jako nebylo to hrozný, ale nic mi neřekl

³² Sociální kapitál zde pojímám tak, jak jej definoval Pierre Bourdieu (1986), tj. jako souhrn zdrojů navázaných na síť více či méně institucionalizovaných mezilidských vztahů, které může jedinec v rámci sociální interakce využít ve svůj vlastní prospěch.

pořádně. Já se teda neumím ani moc ptát jo, že mě to v tu chvíli nenapadne, na co bych se mohla zeptat. Ale já si myslím, že to musí být automatický, aby tu mámu uklidnili, víš jako. Říct tohle tohle, všechno hezky říct, jestli je to nebaví, tak ať to nedělaj. Bůh ví, kde bych bez známých byla.“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

Pro paní Alenu představovala forma komunikace dětského lékaře zklamání, neboť očekávala, že slušné jednání a dostatek informací bude „automatickou“ součástí péče. Část zodpovědnosti nicméně přenášela také na sebe, když si dávala za vinu, že se „neumí moc ptát“.

Během porodu je často pro matky značnou podporou přítomnost otce dítěte, který často může fungovat jako emocionální podpora i jako „obhájce“ ženy před zdravotnickým personálem (Kapr, Koukola, 1998). Předpokládala jsem, že osoba otce či jiné blízké osoby by mohla ženám pomáhat také během pobytu na oddělení šestinedělí, v tom smyslu, že by mohla pomoci s vyjednáváním ohledně poskytované péče tam, kde by sama žena selhávala. Tento můj předpoklad se však nepotvrdil, neboť žádná z mých informantek se nezmínila o tom, že by využila vlivu některého ze svých známých či členů rodiny bezprostředně v prostředí porodnice.

4.6.4. Kulturní kapitál

V prostředí porodnice, kde se střetávají různé formy vědění a kde může docházet k získávání protichůdných informací, představuje pro ženu výhodu také kulturní kapitál³³, zejména pak schopnost vyhledávat alternativní zdroje informací a ty aplikovat v praxi. Kulturní kapitál může ženám v tomto smyslu sloužit jako zdroj sebevědomí ohledně vlastních kompetencí a utvrzovat je ve vlastním přesvědčení „dělat věci jinak“. Z hlediska vlastní informovanosti a snahy prosazovat „alternativní“ postupy (ve smyslu alternativy k dominantnímu medicínskému modelu péče) lze identifikovat tři dominantní přístupy žen k poskytované péči, které se navzájem liší mírou informovanosti a mírou rezistence vůči medicínským autoritám.

První přístup se vyznačuje vysokou mírou informovanosti a zároveň také vysokou mírou rezistence vůči autoritám, což byl případ paní Pavlínky, které v prosazování jejích

³³ Kulturní kapitál je v sociologii obecně pojímán jako „zvláštní forma získaných předpokladů jedince nebo skupiny k dosažení určitého sociálního statusu, která je vázána na charakter a úroveň enkulturace“ (Hubáček, 1996, s. 474). Pro účely této práce jej pojímám především jako souhrn mentálních schopností a možností žen samostatně vyhledávat informace a orientovat se v organizační struktuře porodnice.

vlastních cílů a předsevzetí ohledně péče o dítě významně pomohlo, že porodnici opustila den po porodu. Paní Pavlína patřila k nejvíce informovaným ženám, měla ukončené vysokoškolské vzdělání a během rozhovoru několikrát zdůraznila, že se na porod připravovala mimo jiné četbou odborných článků a studií. O její vysoké míře rezistence vůči autoritám svědčí mimo jiné fakt, že při propouštění jí bylo vyhrožováno, že ohrožuje své dítě na životě, nicméně ani to jí nepřimělo změnit názor.

„Já jsem prostě byla vnitřně přesvědčená, že to takhle chci a že to tak je správně a říkala jsem si, v dnešní době máme telefony, všechno, ve (městě) jsme kdyžtak za chvíli a kdyby bylo něco, tak to snad poznám. Taky sama vím, když mi není dobře nebo když jsem nemocná, tak vím, jaký jsou příznaky toho, že to tělo není v pořádku nebo že něco se děje a věřila jsem, že u toho dítěte, který mám na očích furt v podstatě a na sobě, tak že to musím poznat. Takže nepochybovala jsem vůbec.“ (Paní Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

Paní Pavlíně se dle jejích slov podařilo dostat svým předsevzetím ve všech případech. Když řešila se zdravotní sestrou otázku koupání dítěte, taktéž trvala na svém přesvědčení, přičemž svůj úsudek opět opírala o načerpané expertní informace. Ani když se zdravotní sestra odkazovala na možná hygienická rizika, paní Pavlína se nenechala přesvědčit:

„Byla hrozně překvapená: No, vy to nechcete umejt a co hygiena a támhleto. A já jsem říkala: Ne, my jí mejt nechceme, nepovažuju to za důležitý a až bude potřeba, tak si jí umejeme sami. Chceme si to udělat sami. Zároveň pro mě třeba bylo přínosný zachovat ten mázek poporodní nějakou chvíli. Zase četla jsem, že jo, nějaký články, studie, že je to přínos pro to dítě a poznala jsem, že to asi je v pořádku.“ (Paní Pavlína, prvorodička, malá porodnice).

Další ženou, kterou lze zahrnout do této skupiny byla paní Monika, která stejně jako paní Pavlína měla ukončené vysokoškolské vzdělání a během rozhovoru uvedla, že si pročítala tuzemské i zahraniční texty týkající se péče o dítě. Paní Monika nad ostatními „vynikala“ ve využívání různých strategií pro vyrovnání se s režimem na oddělení šestinedělí: vymýšlela si údaje, které měla zapisovat do tabulky o vážení a kojení; v noci spala s dítětem v posteli, přičemž jej odpojovala od monitoru dechu a nedbala doporučení zdravotních sester ohledně koupání a používání dudlíku.

„Třeba mi i doporučili dudlík a já jsem četla, že do šesti týdnů by se dudlík dávat neměl, že ty děti se teprve učí sát a ten dudlík jim to kazí.“ (Paní Monika, prvorodička, malá porodnice)

I přes své silné přesvědčení však v jenom již výše zmíněném případě paní Monika nedokázala dostat svým předsevzetím, když lékařka odstranila pupeční pahýl jejího dítěte,

aniž by to s ní předem „projednala“³⁴. Podle vyprávění paní Moniky se vše seběhlo rychle, takže se ani nestihla k celé věci vyjádřit, což si zpětně vyčítala. Je tedy evidentní, že některé požadavky je v prostředí porodnice velmi těžké prosadit, neboť v porodnictví je silně zakořeněn diskurz rizikovosti a s ním spojená rutinní „bezpečnostní“ opatření, proti nimž se ženy velmi obtížně brání. Tato opatření mohou být leckdy prováděna bez vyžádání souhlasu matky a konečné slovo má ohledně jejich provedení vždy lékař/ka.

Podobně na tom byla i paní Zuzana, kterou taktéž řadím k prvnímu přístupu. Paní Zuzana měla dokončené vysokoškolské vzdělání a taktéž během rozhovoru zdůraznila, že si ještě před porodem sháněla informace. Jako jediná si také zaplatila dulu.

„Já jsem se o všechno hodně zajímala i tím, že jsem měla tu dulu. Rozhodně to nebylo tak, že: Hm, jsem těhotná, nějak odrodím, dobrý, ono to nějak půjde samo. Fakt jsem měla snahu si to všechno dost nastudovat.“ (Paní Zuzana, prvorodička, malá porodnice).

Paní Zuzana popsala své vyjednávání ohledně koupání dítěte, kdy za ní druhý den po porodu přišla zaměstnankyně porodnice s nabídkou, že jí dítě umyje. Až si zpětně uvědomila, že v dané chvíli ani nevěděla, jakou pozici tato žena v rámci porodnice zastává, nicméně nakonec se řídila její radou a své dítě nechala umýt:

„Ten první den byl neumytej a druhý den, ona přišla nějaká, ani nevím, to snad nebyla ani sestřička pořádně, to byla tam nějaká paní, nevím, jaký typ personálu to byl. A ona se ptala, jestli už budeme chtít koupat a já jsem... Když už to bylo ten druhý den, tak já jsem říkala, že nevím a co si ona o tom myslí. No a ona evidentně, což jsem si pak zpětně uvědomila, absolutně neměla ánunk o tom, že by to mohlo bejt zdravý. Protože mi tam začala vykládat: No já bych ho určitě už rovnou umyla, ať ho máte voňavoučkýho a víte co, ono může mít ty bakterie v těch vláscích... A já jsem nějak, jak jsem měla pocit, že jsem odolala ten první den, že jsem si za tím stála, tak pak ta míra toho odhodlání postupně klesala a už jsem si tím nebyla tak jistá. A teď když vám tam někdo řekne: A víte co, ty bakterie... No tak jsem řekla: No tak jo, no tak ho umejem.“ (Paní Zuzana, prvorodička, malá porodnice).

Stejně jako u paní Moniky je patrné, že prosazování vlastních postojů a načerpaných informací může být v prostředí porodnice obtížné, a to navzdory tomu, jak důkladně se žena na porod a následnou péči o dítě předem připraví. Autorita medicínského vědění navíc, jak vidno, přechází i na nelékařský personál porodnice.

Všechny ženy, které jsem zmínila výše, vykazovaly nicméně snahu dělat určité věci „po svém“, což se jim do různé míry dařilo. Všechny tyto ženy během rozhovoru samy

³⁴ Více viz Kapitola 4.3.1. – Běžný chod oddělení aneb vážení, přebalování, kojení a koupání

zmínily, že si před porodem zjišťovaly z různých zdrojů informace, všem bylo společné to, že měly dokončené vysokoškolské vzdělání a všechny se během své přípravy na porod vědomě rozhodly, že budou rodit v malé porodnici, od níž si slibovaly menší množství rutinních zásahů během porodu. Všechny tyto ženy byly prvorodičky. Vyšší míra informovanosti a rezistence vůči medicínským autoritám také u těchto žen vedla k vyšší míře kritiky vůči poskytované péči.

Druhý přístup k poskytované péči se vyznačuje vyšší mírou informovanosti, avšak nižší mírou rezistence vůči autoritám a často také nekritickým přijímáním medicínského vědění a nemocničních rutin a opatření. Do této skupiny patřila paní Hana, Linda, Markéta a Dana, které měly všechny dokončené středoškolské vzdělání s maturitou, paní Linda měla navíc dokončené vysokoškolské vzdělání. Jednalo se o druhorodičky i prvorodičky. Všechny tyto ženy během rozhovorů deklarovaly, že si předem zjišťovaly informace, avšak jejich zdroje byly často jiné než zdroje žen z první skupiny. Paní Hana například konzultovala porod a péči s ním spojenou se svou gynekoložkou, paní Linda navštěvovala předporodní kurzy v porodnici:

„Já jsem si nějaký věci přečetla, jako z lékařského hlediska, diskutovala jsem to s lékařkou, ta mi to velmi logicky a polopaticky vysvětlila. Prostě řekla mi, takhle to funguje, takový jsou možnosti.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

„Absolvovala jsem tam takový předporodní kurzy, to byla trojice myslím tři sezení, každý bylo na nějaký téma, takže to jsem tam absolvovala. (...) a to bylo právě skvělý, že nás opravdu vzali na ty porodní pokoje a že nám ty prostory ukázali, to jsem ocenila.“ (Paní Linda, prvorodička, malá porodnice).

Paní Hana akceptovala ve velké míře chod porodnice a velmi jej obhajovala v tom smyslu, že dohled a kontrolu považovala za její nedílnou součást. Dle svých výpovědí se spíše ona snažila „vyjít vstříc“ personálu, než že by očekávala, že to bude naopak. Konzumeristické postoje se u ní objevovaly ve vztahu k materiálnímu vybavení porodnice, nikoliv však ve vztahu k poskytovaným službám.

„Mě tam nic nescházelo, no, tak chceš domů, to je jasný, chceš jít do domácího prostředí, ale uvědomuješ si to, že je potřeba to vyšetření udělat.“ (Paní Hana, druhorodička, velká porodnice).

Paní Dana deklarovala, že si pročítala recenze na internetu, přičemž však primárně na péči v porodnici nahlížela optikou medicínského diskurzu, s nímž se ztotožňovala.

Negativní informace, které se v recenzích dočetla, kladla na vrub spíše systémovým nedostatkům a rodičkám samotným:

„Ale hodně jsem si toho přečetla, přečetla jsem si recenze na internetu od různých maminek, jak se to tam mění nebo jaký ony mají postřehy. A tam teda je hodně negativních recenzí, ale tam je třeba spoustu věcí... Oni třeba nemají problém s nějakým porodním plánem, když si tam člověk donese, oni se snažej ho dodržet, pokavaď je to v rámci zdraví dítěte a matky, tak jsou s tím v pohodě. Ale samozřejmě, když tam přijde prvorodička s třímetrovým porodním plánem, jak by si představovala svůj první porod a vlastně ani neví, jak porod probíhá, tak určitě jsou tam doktoři, který na to budou koukat lehce arogantně, že jo, kdo by ale asi nekoukal... Ale myslím si, že všude je to asi stejný. Já když jsem to pročetla ty recenze těch porodnic, tak si myslím, že když seš v tý (porodnici), tak musíš počítat s tím, že se ti tam nebude někdo každý den na sto procent věnovat, protože přeci jenom je tady hrozně moc rodiček a málo personálu na ně celkově.“ (Paní Dana, druhorodička, velká porodnice).

Třetí přístup se vyznačuje nízkou mírou informovanosti, nízkou mírou rezistence vůči autoritám a zpravidla také nízkou mírou kritiky vůči poskytované péči. Sem patřila paní Alena, Tamara, Simona, Jana a Helena. Všechny tyto informantky plánovaly родit ve velké porodnici a všechny tak také kromě paní Simony učinily (paní Simoně se to nepodařilo, jelikož byla kvůli překotnému porodu odvezena do nejbližší možné malé porodnice). Ženy z této skupiny měly obecně nižší dosažené vzdělání, i když paní Alena byla vysokoškolačka. Jednalo se o prvorodičky i druhorodičky. Její nízká míra informovanosti pramenila podle jejích vlastních slov z faktu, že porodila předčasně a nestihla se proto na porod připravit do té míry, do jaké plánovala. Je tak v této skupině určitou výjimkou, nicméně platí, že její míra rezistence vůči autoritě byla velmi nízká, zejména proto, že trpěla velkým strachem o své předčasně narozené dítě.

„To já jsem nestihla, ne [chodit na předporodní kurzy]. Ani jsem to neměla v plánu. Myslela jsem si, že budu chodit a myslím si, že je to i docela dobrý, protože potom když na mě šel porod, tak jsem zjistila, že neumím dýchat. Nebo mi to nešlo, myslela jsem si, že to přijde nějak samo a nepřišlo, takže ty kurzy na tohle asi jsou dobrý. Naučit se rozdýchávat tu bolest nebo nevím... Ale ono to bylo, já jsem celkově byla strašně vystrašená, že to přišlo takhle brzo, takže jsem nevěděla, o co jde.“ (Paní Alena, prvorodička, velká porodnice).

Zbylé ženy z této skupiny pak typicky nevěnovaly získávání informací zvýšenou pozornost a plně se v tomto ohledu spoléhaly na personál porodnice. Paní Simona uvedla, že si předem nezjišťovala žádné informace, neboť to nepovažovala za důležité. Sebevědomí čerpala ze své předchozí zkušenosti:

„Nijak jsem se nepřipravovala. Já už jsem věděla, do čeho jdu, takže mi to nepřišlo potřeba.“
(Paní Simona, druhorodička, malá porodnice).

Paní Jana se řídila instrukcemi personálu ohledně koupání, přičemž nižší míra informovanosti se u ní projevovala i ve způsobu, jakým určité věci formulovala. Zatímco ženy s vyšší mírou informovanosti většinou přejímaly expertní termíny, paní Jana se o novorozeneckém mázku vyjádřila jako o „slizu“:

„Řekli mi, že je to na mě, že ho koupat nemusím, že spousta maminek, který první třeba týden čtrnáct dní nekoupe, že chce, aby se jim vstřebalo to... Prostě ten sliz a tohleto, v čem to miminko je celou dobu, a jak prošlo těma porodníma cestama, takže chtějí samy. A já jsem (druhou dceru) vlastně první den nekoupala, až druhý den a jediný, co mi řekli, tak že nedoporučují koupat každý den, že je lepší u těch miminek obden, že se jim pak zbytečně vysušuje pokožka. To bylo jediný, čím mě jako poučili.“ (Paní Jana, druhorodička, velká porodnice).

Z výše uvedeného plyne, že různé ženy přistupují k poporodní péči různým způsobem a že jim v prosazování vlastních zájmů různou měrou slouží jejich kulturní kapitál, zejména pak míra informovanosti o „alternativních“ postupech. Schopnost prosadit své vlastní názory je však v prostředí porodnice do značné míry omezená, neboť se jedná o instituci s vlastními pravidly, které je velmi obtížné nedodržovat.

V ženách, které přichází s vyšší mírou informovanosti a s odhodláním prosazovat své vlastní postoje, může pak střet s režimem porodnice vyvolat negativní pocity, neboť jim neumožní dostát svým předsevzetím a poskytnout jejich vlastnímu dítěti takovou formu péče, jakou si samy přejí. Větší míra informovanosti tak v konci může vyvolávat větší míru nespokojenosti s poskytovanou péčí.

Výše uvedené rozdělení je modelovým dělením a nelze jej samozřejmě považovat za zcela vyčerpávající a pevně dané. Za zmínku nicméně stojí nápadná koherence první skupiny žen, které vynikaly svou mírou informovanosti a rezistence vůči autoritám. Tyto ženy byly všechny prvorodičky, vysokoškolsky vzdělané a pro svůj porod si zvolily malou porodnici. Je pravděpodobné, že jako prvorodičky s vyšším stupněm dosaženého formálního vzdělání považovaly za důležité se na svůj první porod dobře připravit a že sdílely také podobné pojetí porodu jakožto přirozeného procesu. Tyto ženy si přály, aby během porodu docházelo k co nejmenšímu počtu rutinních zásahů a stejný přístup uplatňovaly také na péči na oddělení šestinedělí. K poporodní péči přistupovaly jako ke službě, od níž očekávaly, že se co nejvíce přizpůsobí jejich požadavkům.

Druhé dvě skupiny žen už příliš nesdílely konzumeristické pojetí zdravotní péče a spíše akceptovaly její současnou podobu, byť si (v případě druhé skupiny) určité informace předem zjišťovaly. Jejich společným rysem byla internalizace medicínského diskurzu a s ní související nižší míra rezistence vůči medicínským autoritám.

4.7. Shrnutí analýzy rozhovorů

Očekávání žen ohledně poporodní péče jsou různá a jejich povaha je do značné míry dána tím, zda mají ženy předchozí zkušenost s porodem a pobytem v porodnici, jak přistupují k těhotenství a k porodu a v jaké míře se předem informují o různých aspektech poporodní péče a péče o dítě. Očekávání žen jsou také různou měrou ovlivněna ideou konzumerismu, která činí ze zdravotnické péče předmět spotřeby, jež by se měl přizpůsobovat požadavkům svých klientek.

Mezi mými informantkami jsem identifikovala dvě protichůdná pojetí porodu, která zároveň ovlivňovala jejich přístup k poporodní péči. Na jedné straně to bylo *pojetí porodu jako přirozeného procesu*, tj. neuspěchaného, bez medikace, s minimem rutinních zásahů a „vedeného“ někým, komu žena důvěřuje. Na straně druhé to bylo *technokratické pojetí porodu*, tj. porod co nejrychlejší, s medikací a využitím veškerých dostupných technologií a pod dohledem a aktivním vedením lékaře/lékařky. Ženy, které chápaly těhotenství a porod jako přirozené, a ne nutně patologické procesy, často aplikovaly stejný pohled i na poporodní péči. Dávaly přednost menší míře zásahů zdravotnického personálu do péče o své dítě, a naopak větší důraz kladly na svou vlastní zodpovědnost. Tyto ženy zároveň vykazovaly větší míru informovanosti, o níž se opíraly v případě střetů se zdravotnickým personálem.

Mé informantky narážely v prostředí porodnice různou měrou na to, že jejich očekávání nebyla naplněna. Druhorodičky byly v tomto ohledu ve „výhodě“, neboť režim porodnice pro ně už nebyl zcela nový a byly na něj připravené. *Ženy narážely na systémové nedostatky v organizaci poporodní péče, zejména pak na nedostatek personálu, času a míst na oddělení šestinedělí.* Jejich konzumeristické postoje se nejvýrazněji projevovaly ve vztahu k hmotnému zajištění, avšak už ne tolik ve vztahu k poskytované ne-materiální péči.

Prostředí porodnice je silně hierarchizované a medikalizované a pacientka/klientka je v něm jakožto zástupkyně ne-expertního vědění v podřízeném postavení. To se projevuje neustálou tělesnou i sociální kontrolou ženy a v některých případech také podryváním jejích mateřských kompetencí zdravotnickým personálem za účelem udržení vlastního

nadřazeného postavení. Tělesná kontrola se projevuje především překračováním tělesných i prostorových hranic, nerespektováním intimity žen a zasahováním do jejich tělesné integrity, přičemž všechny tyto zásahy jsou ospravedlňovány diskurzem rizika a snahou o kontrolu ženina zdravotního stavu. Podle mých informantek je pobyt na oddělení šestinedělí neustálým koloběhem kontrol a rutin, jejichž provádění zdravotnický personál vyžaduje za účelem sociální kontroly žen, kdy je kontrolována jejich schopnost se o dítě „správně“ a v dostatečné míře postarat. Většina rutin však má v konečném důsledku dopad spíše opačný, neboť společné sžívání s dítětem a péči o něj naopak ztěžuje.

Neustálý dohled a požadavek na provádění periodicky se opakujících rutinních úkonů vyvolává stres a také pochyby o tom, jaká je ve skutečnosti v prostředí porodnice úloha matky. Domněle přirozená schopnost žen pečovat o jejich dítě je totiž v prostředí porodnice nabourávána systematickým snižováním ženinych kompetencí a omezováním jejich práv ve vztahu k dítěti. Vzniká *paradox konstruování přirozeného mateřství*, kdy jsou ženy na jedné straně přesvědčovány o své vrozené schopnosti pečovat, na straně druhé však ze strany zdravotnického personálu narážejí na kritiku, a to zejména pokud se jedná o prvoroďičky, které nemají předchozí zkušenost s péčí o dítě.

Pokud se ženy rozhodnou zpochybnit předepsaný režim či postupy, jsou personálem porodnic disciplinovány a odkazovány na diskurz rizika. Většina z nich tomuto argumentu podlehnou, a nakonec předepsaná pravidla uposlechnou ze strachu z možného ohrožení zdraví dítěte. Jen málokterá věří svému úsudku a vlastním načerpaným informacím natolik, že se rozhodne pravidla porodnice nerespektovat, a i v případě, že k tomu skutečně dojde, je prosazování vlastních postupů nesmírně obtížné. Ženám je znemožňován tělesný kontakt s dítětem během noci, kdy je za účelem „minimalizace rizika“ dítě připojeno na monitor dechu. Většina úkonů probíhá (minimálně při jejich prvním provádění) pod dohledem zdravotní sestry. Během pravidelných vizit je dítě kontrolováno a konečné slovo má v provádění zásahů a vyšetření vždy lékař/ka. *Odpovědnost za dítě je v prostředí porodnice nejasně definovaná a roztříštěná.*

Komunikace se zdravotnickým personálem je ovlivněna jednak systémovými nedostatky a jednak snahou personálu udržet si své mocenské postavení. Mé informantky narážely v prostředí porodnice na nedostatek informací, který byl dán jednak značnou vyčerpávaností zdravotních sester a lékařů/lékařek a jednak povahou vzájemného vztahu mezi klientkou a zdravotnickým personálem, který je i přes narůstající tlak konzumerismu v určitých případech stále paternalistický. Pokud ženy neměly dostatek informací, cítily, že se nemohou skutečně zodpovědně rozhodnout ve věci péče o své dítě, což bylo zdrojem

nespokojenosti. Nedostatek informací tak měl přímý vliv na hodnocení kvality poskytované péče a byl dáván do souvislosti s neslušností a neprofesionalitou personálu, neboť ženy cítily, že k nim ve vzájemné interakci není přistupováno jako k rovnocenným partnerkám.

Dalším problematickým aspektem vzájemné komunikace bylo podávání protichůdných informací, které ženy mátl a v jednom případě dokonce vedlo k nenaplnění očekávaných biomedicínských norem a prodloužení pobytu v porodnici. Podávání protichůdných informací přispívá k neprůhlednosti systému poskytované péče. Pokud už nějaké informace byly ženě poskytnuty, pak se většinou jednalo o informace technického a „provozního“ charakteru, což svědčí o přetrvávajícím pojmání těla jakožto odděleného od duše a jakožto stroje, u něž je třeba správnou údržbou usilovat o správné fungování a předcházení abnormalitám.

Prostředí porodnice tedy má jasně vymezená pravidla a disponuje mechanismy, jejichž prostřednictvím si vymáhá jejich dodržování. *Neustálým zdůrazňováním možných rizik tato instituce a její zástupci sebepotvrzují svou vlastní nezastupitelnost v procesu poporodní péče o matku a dítě.* Důležitou roli hraje v tomto procesu medicínský diskurz, ale také míra jeho internalizace jednotlivými aktéry. Mezi dominantním diskurzem a konkrétními praktikami v jeho rámci totiž vždy existují určité rozdíly. Ty se navenek projevují tím, že ne vždy zaměstnanci dané porodnice reflektují a akceptují postupy, kterými se porodnice prezentuje například na webových stránkách.

Pokud ženy zjistí, že režim na oddělení šestinedělí neodpovídá jejich očekáváním, volí různé strategie, aby se s ním vyrovnaly. Mezi ženami v porodnici dochází k vzájemné podpoře a ke vzniku úzkých sociálních vazeb. Ženy si navzájem pomáhají v situacích, kde jim režim či organizační uspořádání na oddělení šestinedělí neposkytuje dostatečnou oporu, vzájemně se podporují, sdílejí svá příkoří, delegují na sebe vzájemně odpovědnost za děti, když si je například vzájemně hlídají. Setkání žen ve specifickém prostředí porodnice, které v tu chvíli spojuje velice intimní zkušenost, může vést až k vytvoření *kolektivní zkušenosti mateřství*, kdy mezi jinak zcela cizími ženami dochází v relativně krátké době k vytvoření vztahu důvěry, k vzájemnému přenosu zkušeností a k fyzické i psychické podpoře.

Další možnou strategií je nedodržování pravidel porodnice, které je však kvůli všudypřítomným mechanismům kontroly poměrně obtížné. Některé mé informantky sice uvedly, že se v určitých ohledech pravidly porodnice neřídily, žádná z nich však tato pravidla přímo nezpochybňovala, což ukazuje na silný normativní vliv porodnice. Pokud některé z žen určitá opatření nevyhovovala, chápala to zpravidla jako své vlastní specifikum, a nikoliv jako špatné nastavení pravidel obecně. Z mnou oslovených dvanácti žen pouze

jedna označila režim porodnice za „nevyhovující“ (nikoliv vyloženě špatný) a rozhodla se porodnici opustit předčasně a vyhnout se tak jejímu normativnímu vlivu. Zbýlých jedenáct žen režim porodnice buďto s určitou mírou kritiky přijímalo nebo současný stav obhajovalo jako jediný možný vzhledem k nastaveným podmínkám.

Obhajování statusu quo bylo další z možných a velice častých strategií, jak se s režimem porodnice vyrovnat. Tato strategie nesignalizuje spokojenost s aktuálním řádem, ale spíše jakési „smíření“ a akceptování medicínského modelu poskytování péče. Fakt, že si mé informantky často ani neuměly představit, jak jinak by mohla být péče organizována, signalizuje, že do značné míry přejímaly medicínské pojetí porodu a poporodní péče a chápaly je jako jediné možné, byť v určitých ohledech nevyhovující. Zde zřetelně narážíme na fakt, že volba ohledně místa porodu a poporodní péče prakticky neexistuje, neboť k porodnici nenalezneme legitimní alternativu a v jejím rámci pak není příliš prostoru pro individuální přístup a proměnu režimu s ohledem na konkrétní klientku.

Ačkoliv jsou ženy v podřízeném postavení a musí se vždy v určitém směru režimu porodnice podřídít, existují určité formy kapitálu, které jim mohou pomoci vylepšit vlastní pozici. Jedná se v první řadě o *kapitál ekonomický*, jehož prostřednictvím si žena může zajistit lepší materiální podmínky a lepší úroveň poskytované péče, ovšem pouze za předpokladu, že disponuje dostatečnými finančními prostředky. Dále lze využít *kapitál sociální*, jehož prostřednictvím lze zlepšit svou pozici vůči zdravotnickému personálu. V prostředí porodnice hraje také roli *vlastní zkušenost*.

V neposlední řadě se žena může opřít o svůj *kulturní kapitál*, zejména pak schopnost vyhledávat alternativní zdroje informací a ty aplikovat v praxi. Z hlediska míry informovanosti a míry rezistence vůči medicínským autoritám pak lze rozlišit tři modelové přístupy k poskytované zdravotní péči. *První přístup se vyznačuje vysokou mírou informovanosti a také vysokou mírou rezistence*, přičemž z mnou oslovených žen jej zastávaly výhradně prvorodičky, vysokoškolsky vzdělané, jež si vybraly malou porodnici. Tyto ženy přistupovaly k poskytované péči jako ke službě, od níž očekávaly, že bude vyhovovat jejich požadavkům. Pokud se tak nestalo, byly tyto ženy k poskytované péči kritické a přicházely s vlastními „alternativními“ postupy, které se jim do větší či menší míry podařilo aplikovat v praxi. Tyto ženy představovaly prototyp konzumeristických klientek porodnic.

Druhý přístup se vyznačuje vysokou mírou informovanosti, avšak nižší mírou rezistence vůči medicínským autoritám. Sem patřily ženy, které si taktéž zjišťovaly informace, zpravidla však z jiných zdrojů než ženy z první skupiny. Jejich míra rezistence

byla nižší, neboť ve větší míře akceptovaly současnou podobu českých porodnic. Tyto ženy představovaly prototyp disciplinovaných klientek.

Třetí přístup se vyznačuje nízkou mírou informovanosti a také nízkou mírou informovanosti a také nízkou mírou rezistence vůči autoritám. Sem patřily většinou ženy s nižším stupněm dosaženého vzdělání, ženy, které rodily ve velkých porodnicích a ženy, které zastávaly technokratické pojetí porodu. Tyto ženy přistupovaly k poporodní péči nejméně kriticky a zároveň s ní byly nejméně nespokojené. Jedná se o prototyp „tradičních“ pacientek tak, jak o nich uvažoval předchozí paternalistický model poskytování zdravotnické péče.

5. ZÁVĚR

V rámci svého výzkumu jsem dospěla k závěru, že i přes silící vliv konzumerismu se v prostředí českých porodnic na oddělení šestinedělí stále projevují určité nedostatky v poskytování zdravotnické péče. Režim porodnice se vyznačuje pevně danými pravidly a opatřeními, jejichž dodržování může některým ženám připadat obtížné a v konečném důsledku může také působit rušivě v procesu sžívání se s dítětem a novou rolí matky. Některé kompetence žen jsou v prostředí oddělení šestinedělí takřka systematicky podryvány a dochází k roztržitému odpovědnosti za dítě. Ženy vnímají komunikaci a informovanost ze strany personálu jako nedostatečnou, neboť leckdy jsou podávány informace nekonzistentní či kusé a personál obecně nemá na své klientky tolik času, kolik by bylo potřeba.

Ženy si proto v prostředí porodnice na oddělení šestinedělí volí různé strategie, jak se s režimem vyrovnat (viz Kapitola 4.4. - Strategie žen pro vyrovnání se s režimem na oddělení šestinedělí). Pro všechny tyto strategie nicméně platí, že fungují v rámci definovaném porodnicí, maximálně jej drobně obcházejí. Žádná z mnou identifikovaných strategií neměla výrazně podvrtný charakter. Těžištěm mého výzkumu je kapitola věnovaná různým druhům kapitálů, jež mohou ženy v prostředí porodnice uplatnit a jež jim mohou pomoci v prosazování vlastních zájmů (viz Kapitola 4.6. - Kapitál žen při střetu s režimem porodnice). Z výzkumu nicméně vyplývá, že jakékoliv „alternativní“ formy vědění je v prostředí porodnice velmi obtížné prosazovat, neboť dominantní mocenské postavení zde zaujímá medicínské vědění a diskurz rizika, které silně ovlivňují běžný chod oddělení i rutinní postupy, které jsou během pobytu v porodnici uplatňovány a vyžadovány.

České ženy však nemají ohledně místa porodu příliš na výběr, neboť v praxi se rozhodují pouze mezi malou a velkou porodnicí, z nichž každá poskytuje jiný, ovšem do značné míry fixně daný „balíček“ služeb³⁵. Takové rozhodování mezi dvěma protikladnými póly ovšem není volbou v pravém slova smyslu, neboť vždy znamená dělání kompromisů. Mé informantky se navíc dle svých výpovědí soustředily především na úroveň poskytované porodní péče, ale už ne tolik na úroveň péče poporodní. Pokud tedy žena měla určité preference, směřovala je do jediného bodu a tím byl porod. O to, co přijde po něm, se žádná z mých informantek dopředu příliš nezajímala (nanejvýše v tom smyslu, že si rozmýšlela, zda využije či nevyžije nadstandardní pokoj).

³⁵ Hrešanová (2011) se v tomto smyslu zmiňuje o výběru mezi různými „menu služeb“, které porodnice nabízí v souvislosti s porodní péčí a mezi nimiž si ženy vybírají.

Konzumerismus se tedy, zdá se, projevuje ve vztahu k jednotlivým odvětvím poskytované péče postupně a je nyní nejsilněji namířen na poskytování porodní péče. O tom svědčí i zjištění Hrešanové a Hasmanové Marhánkové (2008), že porodnice, kde došlo k rekonstrukci porodních pokojů, přilákala více klientek než porodnice, kde došlo k rekonstrukci pokojů šestinedělí. Orientace na porod jakožto vyvrcholení procesu těhotenství je velmi silná a vzhledem k tomu, že se jedná o obávanou a často diskutovanou záležitost, dochází ze strany žen k opomíjení toho, co přijde bezprostředně po něm. Dnes již nalezneme na internetu statistiky o provádění různých zásahů během porodu, které mohou být vnímány ze strany žen jako nežádoucí. Mnohem méně pozornosti je však v českém prostředí věnováno charakteru poskytované poporodní péče, který se dle mých informantek v malých a velkých porodnicích příliš neliší. O to větší proto může být šok žen z konfrontace jejich očekávání s reálně poskytovanou zdravotní péčí na oddělení šestinedělí.

Záměrem tohoto textu je ukázat, že poporodní péče představuje neméně důležité téma výzkumu a že zasluhuje stejnou pozornost jako péče porodní, neboť má na ženy značný vliv. Tato práce také přináší odpověď na otázku, proč může být pro ženy těžké z porodnice odejít, i když s některými aspekty poskytované péče nejsou spokojené.

LITERATURA

BOURDIEU, Pierre. The forms of capital. In: RICHARDSON, John. *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Westport, CT: Greenwood Press, 1986, pp. 241-258. ISBN 978-0313235290.

COSSLETT, Tess. *Women writing childbirth: modern discourses of motherhood*. New York: Manchester University Press, 1994. ISBN 978-0719043246.

ČESKO. § 858 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 18. 5. 2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#p858-1>

ČESKO. fragment #f4594260 vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 3. 6. 2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92#f4594260>

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Postup zdravotnického zařízení při propouštění novorozenců do domácí péče. In: *Věstník MZČR*, 2005, částka 7, s. 14. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3575_1771_11.html

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Postup poskytovatelů zdravotních služeb při propouštění novorozenců do vlastního sociálního prostředí. In: *Věstník MZČR*, 2013, částka 8, s. 2. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2013_8527_2793_11.html

DAVIS-FLOYD, Robbie E. The technocratic model of birth. TOWER HOLLIS, Susan, Linda PERSHING a M. Jane YOUNG, ed. *Feminist theory and the study of folklore*. Urbana: University of Illinois Press, 1993, pp. 297-326. ISBN 978-0252063138.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 978-80-246-0139-7.

DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6.

FALTOVÁ, Šárka a kol. *Průvodce zákony pro rodiče*. Praha: Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství, 2019. ISBN 978-80-907136-3-5.

- GUBA, Egon E. a Yvonna S LINCOLN. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994, pp. 105-117. ISBN 0803946791.
- HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. Těhotenství v perspektivě sociálních věd. *Sociální studia/Social Studies*. 2009, 6(4), pp. 55-71.
- HAŠKOVÁ, Hana. *Sociální aspekty porodu*. Praha, 2001. Zpráva z výzkumu. STEM, Aperio.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.
- HREŠANOVÁ, Ema. *Porod z perspektivy sociálních věd: etnografie dvou českých porodnic se zaměřením na jejich (organizační) kultury*. Brno, 2008. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociologie.
- HREŠANOVÁ, Ema. Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 2011, 12(2), pp. 63-74.
- HREŠANOVÁ, Ema. Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů. *AntropoWebzin*. 2012, 8(3), pp. 177-190.
- HREŠANOVÁ, Ema. 'Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You': Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women's Childbirth Narratives. *Czech Sociological Review*. 2014, 50(6), pp. 961-985.
- HREŠANOVÁ, Ema a Jaroslava HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2008, 44(1), pp. 83-112.
- HUBÁČEK, Ondřej. Kapitál kulturní. In: PETRUSEK, Miloslav, Alena VODÁKOVÁ, Hana MAŘÍKOVÁ a kol. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996, s. 474. ISBN 80-7184-164-1.
- CHALMERS, Beverley, Janusz KACZOROWSKI, Cheryl LEVITT, Susie DZAKPASU, Beverley O'BRIEN, Lily LEE, Madeline BOSCOE a David YOUNG. Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth: Findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*. 2009, 36(1), pp. 13-25.

ILLICH, Ivan. *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York: Pantheon Books, 1976. ISBN 03-947-1245-5.

JEROLMACK, Colin a Shamus KHAN. Talk Is Cheap. *Sociological Methods & Research*. 2014, 43(2), pp. 1-32.

JOHNSTON, Deirdre D. a Debra H. SWANSON. Undermining Mothers: A Content Analysis of the Representation of Mothers in Magazines. *Mass Communication and Society*. 2003, 6(3), pp. 243-265.

JORDAN, Brigitte. Authoritative knowledge and its construction. *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997, pp. 55-79. ISBN 978-0520207851.

KAPR, Jaroslav a Bohumil KOUKOLA. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. ISBN 80-858-5049-4.

KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-624-1.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. ISBN 80-864-2957-1.

LAZARUS, Ellen S. What Do Women Want?: Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*. 1994, 8(1), pp. 25-46.

LUPTON, Deborah. Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter. *Social Science and Medicine*. 1997, 45 (3), pp. 373–381.

LYERLY, Anne Drapkin, Lisa M. MITCHELL, Elizabeth MITCHELL ARMSTRONG, Lisa H. HARRIS, Rebecca KUKLA, Miriam KUPPERMANN a Margaret O. LITTLE. Risk and the Pregnant Body. *Hastings Center Report*. 2009, 39(6), pp. 34-42. DOI: 10.1353/hcr.0.0211

MARSHALL, Harriette a Anne WOOLLETT. Fit to Reproduce? The Regulative Role of Pregnancy Texts. *Feminism & Psychology*. 2000, 10(3), pp. 351-366.

MARTIN, Karin A. Giving Birth Like A Girl. *Gender & Society*. 2003, 17(1), pp. 54-72. DOI: 10.1177/0891243202238978.

Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*. Ženeva: World Health Organization, 1998.

MILLER, Tina. "Is This What Motherhood is All About?": Weaving experiences and Discourse through Transition to First-Time Motherhood. *Gender & Society*. 2007, 21(3), pp. 337-358. DOI: 10.1177/0891243207300561.

PEŠŤANSKÁ, Zuzana „Tabuľkové tehotenstvo“ a riziko: naratívy žien o tehotenstve. *Gender, rovné príležitosti, výzkum*, 2016, 17(1), pp. 53-62.

Quest (gaming). In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2018 [cit. 2019-04-28]. Dostupné z: [https://en.wikipedia.org/wiki/Quest_\(gaming\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Quest_(gaming))

REIGER, Kerreen a Rhea DEMPSEY. Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity. *Health Sociology Review*. 2006, 15(4), pp. 364-373.

REINHARZ, Shulamit. *Feminist methods in social research*. New York: Oxford University Press, 1992. ISBN 978-019-5073-867.

RICH, Adrienne. *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. New York: W. W. Norton Company, 1995. ISBN 978-0393312843.

Rodička a novorozenec 2014–2015. 2017. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-160-1.

SLEPIČKOVÁ, Lenka, Eva ŠLESINGEROVÁ a Iva ŠMÍDOVÁ. Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*. 2012, 48(1), pp. 85-106.

SLEPIČKOVÁ, Lenka a Iva ŠMÍDOVÁ. Postoje českých lékařů k medicíně a ke změnám v praxi reprodukční medicíny. *Data a výzkum*. Sociologický ústav AV ČR, 2014, 8(1), pp. 63-95.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-858-3460-X.

ŠTEMBERA, Zdeněk. *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-734-5021-6.

TAKÁCS, Lea, Jitka SEIDLEROVÁ a kol. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2012. ISBN 978-80-7308-431-8.

TELEC, Ivo. Porody ve vlastním sociálním prostředí podle práva. In: *Zdravotnické právo a bioetika* [online]. Ústav státu a práva, 2018 [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/porody-ve-vlastnim-socialnim-prostredi-podle-prava/>

TINKOVÁ, Daniela. Biomoc a "medikalizace" společnosti jako rysy "modernity". *AntropoWebzin*. 2014, 3-4, pp. 107-118.

VAN TEIJLINGEN, Edwin. A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. *Sociological Research Online*. 2005, 10(2), pp. 1-15. DOI: 10.5153/sro.1034. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.5153/sro.1034>

WALDENSTRÖM, Ulla. Why do some women change their opinion about childbirth over time?. *Birth*, 2004, 31(2), pp. 102-107.

WALL, Glenda. Moral constructions of motherhood in breastfeeding discourse. *Gender & society*. 2001, 15(4), pp. 592-610. DOI: 10.1177/089124301015004006. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089124301015004006>

WOOLRIDGE, Michael W. The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery*. 1986, 2(4), pp. 164-171. DOI: 10.1016/S0266-6138(86)80041-9. ISSN 02666138. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613886800419>

World Health Organization/UNICEF. *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services*. Geneva, WHO, 1989.

World Health Organization. *Basic Documents: Forty-eighth edition*. WHO. 2014. ISBN 978-92-4-165048-9

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Byla jste kontaktována k rozhovoru za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k diplomové práci Bc. Karolíny Vernerové. Výzkum probíhá v rámci magisterského studia na Fakultě humanitních studií Karlovy Univerzity v Praze. Tématem výzkumu je zkušenost žen s porodní a poporodní péčí v porodnicích v České republice.

Vaše účast ve výzkumu je dobrovolná a spočívá v uskutečnění rozhovoru, který potrvá zhruba 1 – 1,5 hodiny. Rozhovor bude pro účely výzkumu nahráván na audio zařízení, přičemž nahrávka bude sloužit pouze pro potřeby tohoto výzkumného projektu.

Veškeré Vaše osobní údaje budou během následného zpracování dat anonymizovány. Získané výpovědi mohou být v textu práce citovány, ovšem vždy anonymně bez vazby na Vaši konkrétní osobu. Na kteroukoliv otázku můžete odmítnout odpovědět a kdykoliv v průběhu rozhovoru můžete rozhovor ukončit. Ukončení rozhovoru a vystoupení z projektu pro Vás nebude mít žádné negativní důsledky.

V případě dotazů týkajících se tohoto projektu se můžete obrátit na jeho hlavní řešitelku, Bc. Karolínu Vernerovou (e-mail: kajaver@centrum.cz), nebo na školitelku, PhDr. Jaroslavu Hasmanovou Marhánkovou, Ph.D. (e-mail: j.marhankova@fhs.cuni.cz), která projekt zaštiťuje.

Svým podpisem souhlasíte se svou účastí na tomto výzkumném projektu za výše uvedených podmínek. Souhlas je vyhotoven ve 2 kopiích, z nichž jedna náleží účastníci výzkumu a jedna jeho řešitelce.

Jméno účastnice výzkumu: _____

Podpis: _____

Jméno řešitelky projektu: Bc. Karolína Vernerová

Podpis: _____

Příloha č. 2: Tematické okruhy rozhovoru

(Otázky uvedené kurzívou v závorkách jsou modelové a jejich přesná formulace i pořadí se vždy lišily v závislosti od charakteru každého rozhovoru. Některé z nich nemusely být vůbec položeny.)

1. **Úvod** (*představení výzkumu, mé osoby a předložení informovaného souhlasu*)
2. **Období předcházející porodu** (*Začneme obdobím před porodem. Připravovala jste se na porod nějak? Co pro Vás bylo důležité při výběru porodnice? Jaká byla Vaše očekávání?*)
 - Očekávání případně příprava na porod např. formou navštěvování předporodního kurzu či čtení odborných knih/článků
 - Priority ohledně porodnice, kritéria jejího výběru a očekávání ohledně porodní a poporodní péče
3. **Porod samotný, jeho průběh a období těsně po porodu** (*Jak si vybavujete průběh porodu? Bylo něco, co Vás opravdu mile či naopak nemile překvapilo? Respektoval lékařský personál Vaše přání/potřeby?*)
 - Informovanost, ne/dostatek informací o průběhu porodu
 - Přístup zdravotnického personálu k rodící ženě a případně i k jejímu doprovodu
 - Nevyžádané/rodičkou neschválené zákroky, medikace během porodu
 - Kontakt s dítětem bezprostředně po porodu
4. **Období poporodní nemocniční péče a šestinedělí** (*Jak jste vnímala péči na poporodním oddělení? Vyhovoval Vám přístup lékařského personálu a chod porodnice? Odpovídal Vaším očekáváním/potřebám? Jaké momenty pro Vás byly ne/příjemné?*)
 - Psychické a fyzické změny po porodu
 - Vnímání vlastního těla po porodu, sžívání se s rolí matky, budování vztahu s dítětem
 - Pocity po porodu, budování vztahu s dítětem, vnímání vlastního těla, sžívání se s rolí matky
 - Informovanost, podíl na rozhodování o tom, co se rodičkou a jejím dítětem bude dítě, rady personálu ohledně péče o dítě, kojení
 - Chování personálu (lékaři/lékařky vs. zdravotní sestry/bratři) k otci dítěte, případně k dalším členům rodiny či k návštěvám
 - Rituály/rutiny“ zdravotnického personálu – potřeby rodičky vs. potřeby/zvyky personálu, vyjednávání pozic
 - Na základě čeho bylo rozhodnuto o propuštění, jak propuštění z porodnice probíhalo
5. **Otázky ohledně věku, dosaženého vzdělání a počtu a věku dětí**

Příloha č. 3: Seznam použitých kódů

- **kritéria volby porodnice**
 - zdravotní péče a technické vybavení
 - dojezdová vzdálenost
 - doporučení známých/rodiny
 - fyzický vzhled a vybavení
 - rooming-in
 - internetové diskuze
 - vlastní zkušenost
 - volné místo
 - doporučení lékaře/ky
 - velikost porodnice
 - televize
- **pojetí porodu**
 - technokratické pojetí porodu
 - porod jako přirozený proces
 - "alternativní" porod
- **řád/režim porodnice**
 - běžný chod oddělení
 - dohled a kontrola
 - ne/dostatek času
 - nedostatek míst
 - rigidita, rutina
 - papírování/administrativa po porodu
 - návštěvy
 - "továrna"
 - nedostatek personálu
 - vizity
 - propouštění/odchod z nemocnice
- **hmotné zajištění**
 - jídlo
 - vybavení pro matku
 - vybavení pro dítě
 - fyzické vybavení pokojů šestinedělí
 - čistota pokoje
 - konzumerismus

- **kojení**
 - výživa matky
 - odsávačka
 - ne/pravidelnost
 - podpora kojení
 - darování mateřského mléka
 - kojící kloboučky
 - spouštění mléka
 - vlastní metoda
 - poloha při kojení
 - psychika
 - kojení jako naučená dovednost
 - fyzický kontakt s dítětem
 - povaha dítěte
 - bolest prsou
 - konstruování mateřství
- **strategie pro vyrovnání se s režimem porodnice**
 - příjezd do porodnice "ve správnou chvíli"
 - vzájemná podpora s dalšími ženami na pokoji
 - obhajování statusu quo
 - dřívější odchod z porodnice
 - nedodržování pravidel porodnice
- **kapitál rodičky**
 - vlastní nezkušenost (prvorodička)
 - vlastní zkušenost (druhorodička)
 - ekonomický kapitál
 - sociální kapitál
 - kulturní kapitál
 - prospívání dítěte
 - ne/akceptování lékařských vyšetření
 - spoléhání se na vlastní intuici
- **komunikace/informovanost**
 - ne/dostatek informací
 - protichůdné informace
 - poskytování informací o zdravotním stavu dítěte
 - instrukce ohledně péče o dítě

- instrukce ohledně péče o matku
- instrukce ohledně kojení
- provozní informace
- vyhrožování
- **intervenující podmínky**
 - pocity po porodu
 - pocity strachu
 - hormony
 - zdravotní komplikace po porodu
- **následky**
 - nedostatek soukromí
 - pocit selhání
 - stesk po prvním dítěti
 - zpětná vazba matky směrem k porodnici
 - touha odejít domů
- **kontext**
 - převoz/přechod na oddělení šestinedělí
 - krmení sondou do břicha
 - žloutenka
 - klokánkování
 - inkubátor