

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Bc. Kristýna Ganttnerová

**Sít' aktérů domácího porodu: Mnohočetné
podoby**

Diplomová práce

Praha 2016

Autor práce: **Bc. Kristýna Ganttnerová**

Vedoucí práce: **Mgr. Jakub Grygar, Ph.D.**

Rok obhajoby: **2016**

Bibliografický záznam

GENTTNEROVÁ, Kristýna. *Sít' aktérů domácího porodu: Mnohočetné podoby*. Praha, 2016. 66 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce Mgr. Jakub Grygar, Ph.D.

Abstrakt

Tématem této diplomové práce je výzkum a popis domácího porodu v rámci lékařské antropologie z pohledu teorie sítě aktérů. Zájmem práce tedy není popsat domácí porod z profesního pohledu medicíny jako biologický proces, ani z pohledu rodiček a jejich osobního prožívání domácího porodu, ale popsat domácí porod jak je tvořen sám o sobě v interakcích aktérů sítě. Po představení dvou náhledů na medicínu (disease a illness), prezentování základních principů a návodů ANT (i v rámci symetrické antropologie), prací lidí, kteří z ní vycházejí (Mol - mnohočetnost, De Laet – fluidita, Law) a přehledu současného stavu porodnictví v ČR, se práce zaměřuje na popis všech aktérů, kteří svým jednáním a vzájemnou interakcí zjednávají domácí porod. Tato jednání vyplývají z rozhovorů s rodičkami, doulou a pediatričkou. Popis sítě zahrnuje jak lidi, tak předměty, kterým ANT přisuzuje stejnou míru sociálního jednání. Součástí domácího porodu jsou pak předměty potřebné k porodu - různé pomůcky k jeho podpoře a usnadnění průběhu, dále lidé, kteří se ho zúčastní, místa, kde se odehrává a polohy, ve kterých probíhá. Dále síť obsahuje i dobu před porodem – shánění informací o domácím porodu z knih a od žen, a předchozí zážitky v nemocnici, které určují standard porodu, jak by doma probíhat neměl. V neposlední řadě se práce dotýká i hranic sítě domácího porodu, v jakých situacích se nemůže odehrát. Popisem se neobjevuje porod jeden, ale jeho mnohé podoby, které jsou specifické pro různé domácnosti, různé časy a situace.

Abstract

The topic of this medical anthropology thesis is a description of homebirth seen through the eyes of Actor-Network Theory. The focus of this work is thus not on the professional concept of homebirth as a biological process or soon-to-be-mothers experience and take on homebirth. Focus is on homebirth in itself, how it is enacted via interactions of actors in network. After the presentation of two points of view on medicine (disease and illness), an introduction into the basic principles and innovations of ANT (including anthropology of symmetry), into the works of people, who build their ideas on it (Mol – multiplicity, De Laet – fluidity, Law) and the presentation of the current birthing situation in the Czech Republic, the thesis shifts its focus to the description of the whole actor-network, which enacts homebirth via interaction between the actors in practice. These practices are abstracted from the interviews with mothers, a dula and a paediatrician. The description includes people and objects, because according to ANT, they have the same amount of social agency. Homebirth is then enacted by the objects needed for homebirth – tools to make birth easier and to support its process, by people who partake, venues it takes place in and the birthing positions it brings. Another part of the actor-network can be found before the homebirth happens – the hunt for information on homebirth from books or another human being or the experience of birth in the hospital, which creates a benchmark for how not to give birth. Last but not least, the thesis explores the boundaries of the actor-network of the homebirth, when it can't be enacted. The description reveals not just one reality of homebirth, but multiple versions, which are specific for different households, times and situations.

Klíčová slova

Teorie sítě aktérů, domácí porod, lékařská antropologie, mnohočetné podoby reality

Keywords

Actor-Network Theory, homebirths, medical anthropology, multiple versions of reality

Rozsah práce: 139 486

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 12. 8. 2016

Bc. Kristýna Gentnerová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu své práce za bezmeznou trpělivost a pochopení. Dále všem velmi vstřícným respondentkám a v neposlední řadě mnohokrát své rodině za nepřetržitou podporu v mém studiu.

Institut sociologických studií

Teze diplomové práce

Název: Mnohočetná podoba domácího porodu

Téma:

Ve své diplomové práci se chci zabývat domácím porodem z pohledu teorie sítě aktérů. Pokusím se o popis domácího porodu jako konkrétní praktiky, která z porodu vytváří specifický, materiálně a jednáním situovaný objekt. Domácí porod budu studovat podobně, jako Annemarie Mol zkoumala aterosklerózu ve své knize *The Body Multiple* (kde vychází i z Latouroy teorie sítě aktérů). Nebudu se tedy zabývat sociální konstrukcí porodu a zjišťovat názory matek nebo lékařů na něj, nebo odhalovat odborný, lékařský pohled. Zajímá mě čistě samotný porod a jeho materiálně situované propojení s ostatními aktéry v síti, jejichž provázané vnitřní vztahy a uspořádání vytváří specifickou podobu domácího porodu.

Při analýze domácího porodu výše zmíněným způsobem se také dotknu problému těla a tělesnosti. S těhotenstvím, porodem, nemocemi a zdravím vůbec jsou spojeny různé způsoby tvorby tělesnosti. Obvykle je tvořeno jako něco přirozeného, daného přírodou (tělo prochází různými nemocemi a stavy a samo se s nimi přirozeně vypořádá), nebo jako objekt a pole působnosti expertů, kde tělo ztrácí svou „autonomii“, subjektivitu (monopol na jeho léčení přebírají lékaři-odborníci, samo tělo si s proměnami neporadí). Analogicky můžeme rozlišit i dvě podoby porodu. Zprv je to něco, s čím si tělo poradí samo. Zadruhé lze porod zvládnout jen s pomocí odborníků v nemocnici. Ve své práci se chci věnovat hlavně třetímu způsobu, v jehož rámci je tělo ustavované specifickými sítěmi, které jsou tvořeny propojením materiálních a živých objektů.

Metoda:

Na domácí porod se chci podívat skrze teorii sítě aktérů, bude mě proto zajímat, jak se ve skutečnosti odehrává, co v sobě zahrnuje, jaké předměty, aktéři se s ním pojí a ne, jaký názor na něj zaujímají různí lidé. Co se týče konkrétně porodu, nebudu vycházet z pozorování této události, ale z rozhovorů s matkami, otci, sestrami, porodními asistentkami a lékaři, kteří se tohoto aktu účastní, a z jejich vyprávění sestavím podobu domácího porodu. Výzkumné rozhovory budou zaměřené na samotný porod a věci

s ním související, po kterých budou následovat doplňující otázky. Vycházím z toho, že lidé prostřednictvím vyprávění popisují porod, čímž ustavují prožitou událost jako objekt, který je mým výzkumným cílem. Domácí porod (jako můj výzkumný objekt) však zahrnuje i události, předměty a osoby, které se odehrávají či účastní před a po narození. Tyto prvky budu zkoumat zúčastněným pozorováním například na přípravných kurzech pro budoucí matky a vzdělávacích kurzech pro porodní asistentky.

Cíle:

Cílem mého výzkumu a celé práce bude popsání přímo samotného (řekněme „ideálního typu“) domácího porodu se všemi jeho významovými vrstvami, nalezení dalších aktérů, které jsou s domácím porodem spojeny a určení vztahů mezi těmito aktéry v síti. Charakterizují tedy domácí porod a odliším jej od porodu v nemocnici. Zároveň se tím dotknu i otázky vnímání tělesnosti právě v souvislosti s porodem a jeho formami - jak vnímání tělesnosti ovlivňuje podobu různých verzí porodu.

Orientační seznam literatury:

Armstrong, Elizabeth Mitchell. 2010. „Home Birth Matters For All Women.“ in *Journal of Perinatal Education*, 19 (1): 8-11.

Berer, Marge. 1993. „Population and Family Planning Policies: Women Centred Perspectives.“ In *Reproductive Health Matters*.

Cheyney, Melissa. 2011. „Reinscribing the birthing body: homebirth as ritual performance.“ in *Medical anthropology quarterly*, 25(4): 519-42.

Cheyney, Melissa. 2009. „Narratives of risk: Speaking across the hospital/homebirth divide.“ In *Anthropology News*. Wiley Online Library.

Cosslett, Tess. 1994. *Women Writing Childbirth: Modern Discourses of Motherhood*. Manchester: Manchester University Press.

Craven, Christa. 2007. „A ‘Consumer’s Right to Choose a Midwife: Shifting Meanings for Reproductive Rights Under Neoliberalism.“ *American Anthropologist* 109 (4): 701-712.

Craven, Christa. 2010. *Pushing for Midwives: Homebirth Mothers and the Reproductive Rights Movement*. Philadelphia: Temple University Press.

Davis-Floyd, Robbie, Carolyn Fishel Sargent. 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. University of California Press.

- Davis-Floyd, Robbie, Carolyn Sargent. 1997. „Introduction. The Anthropology of Birth.“ Pp. 1-51 in Robbie Davis-Floyd, Carolyn Sargent (eds.). *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- Davis-Floyd, Robbie. 2000. „Giving Birth the American Way. In Brettel, C.B., Sargent, C.F. *Gender in Cross-Cultural Perspective*.
- Davis-Floyd, Robbie. 2001. „The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth.“ *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 5: S5-S23.
- De Laet, Marianne, Mol, Annemarie. 2000. „The Zimbabwe Bush Pump: Mechanics of a Fluid Technology“ in *Social Studies of Science* 30(2): 225-263.
- Denzin, Norman, Yvonna Lincoln. 2005. „Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research.“ Pp. 1-32 in Norman Denzin, Yvonna Lincoln (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- DeVries, Raymond. 1993. „A Cross-national View of the Status of Midwives.“ Pp. 131-146 in E. Riska Elianne, Katarina Wegar (eds.). *Gender, Work and Medicine*. London: Sage.
- Doležal, Antonín. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Dreifus, C. 1978. *Seizing our bodies: The politics of women's health*. New York: Vintage House.
- Elston, Mary Ann. 2004. „Decline of Medical Autonomy“ . Pp. 178-183 in Jonathan Gabe, Mike Bury, Mary Ann Elston (eds.). *Key Concepts in Medical Sociology*. London: Sage.
- Grbich, Carol. 1999. *Qualitative Research in Health*. London: Sage.
- Hartmann, Betsy. 1995. *Reproductive Rights and Wrongs: the Global Perspective of population control and contraceptive choice*. Harper & Row.
- Hašková, Hana. 2000. „Současná porodní a poporodní praxe v ČR.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 4: 13-15.
- Howell-White, Sandra. 1999. *Birth Alternatives. How Women Select Childbirth Care*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Hrešanová, Ema. 2008. Porod z perspektivy sociálních věd: etnografie dvou českých porodnic se zaměřením na jejich (organizační) kultury. Disertační práce. Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií.

- Jordan, Brigitte. 1993. *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois: Waveland Press.
- Mol, Annemarie. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. USA: Duke University Press.
- Miles, Ágnes. 1991. *Women, Health and Illness*. Buckingham: Open University Press.
- Lupton, Deborah. 1994. *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- Latour, Bruno. 1987. *Science in Action*. Milton Keynes: Open University Press.
- Lewis, Nancy Sherman. 1979. „Home Birth.“ In *Ploughshares*, 5 (1): 68.
- Scheper-Hughes, Nancy. 1987. „The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology.“ in *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1): 6-41.
- Tew, Marjorie. 1998. *A Critical History of Maternity Care*. Free Assn Books.
- Van Hollen, Cecilia. 1994. „Perspectives on the Anthropology of Birth.“ *Culture, Medicine and Psychiatry* 18: 501-512
- Wertz, Dorothy, Richard Wertz. 1989. *Lying-in. A History of Childbirth in America*. New Haven: Yale University Press.

Obsah

PODĚKOVÁNÍ	7
ÚVOD	2
1. TEORETICKÁ ČÁST	4
1.1 <i>Nemoc v lékařské antropologii</i>	4
1.1.1 <i>Disease proti illness</i>	4
1.1.2 <i>Disease jako illness</i>	6
1.2 <i>Teorie sítě aktérů</i>	7
1.2.1 <i>ANT víří vody sociálních věd</i>	7
1.2.2 <i>ANT v symetrické antropologii</i>	9
1.2.3 <i>ANT, multiplicita, fluidita a ontologická politika</i>	10
2. SOUČASNÁ SITUACE PORODŮ A JEJICH ZKOUMÁNÍ V ČR	13
2.1 <i>Kde lze porodit?</i>	13
2.2 <i>Kdo porod vede?</i>	15
2.3 <i>Dvě názorové strany</i>	17
2.4 <i>Výzkumy dotýkající se domácích porodů</i>	19
3. METODOLOGIE	21
3.1 <i>Představení respondentek</i>	23
4. VÝZKUMNÁ ČÁST	25
4.1 <i>Místo</i>	25
4.2 <i>Předměty</i>	30
4.2.1 <i>Předměty v nemocnici – samé umělé urychlovače</i>	33
4.3 <i>Lidé</i>	36
4.3.1 <i>Porodní asistentka</i>	36
4.3.2 <i>Manžel</i>	40
4.3.3 <i>Další děti, kamarádky, rodina, sousedé</i>	42
4.3.4 <i>Gynekoložka, pediatřička</i>	45
4.4 <i>Zážitky v nemocnici</i>	49
4.5 <i>Informace o domácím porodu</i>	53
4.6 <i>Hranice domácího porodu</i>	57
ZÁVĚR	61
POUŽITÁ LITERATURA	65
FILMOGRAFIE	69
SEZNAM PŘÍLOH	70
PŘÍLOHY	71

Úvod

Domácí porody jsou v současné době velmi skloňovaným tématem. Velkou měrou díky médiím, která ostře sledovala nejen kauzu porodní asistentky Ivany Königsmarkové a její soudní spor o zodpovědnost během domácího porodu, při kterém zamřelo novorozeně. V médiích se tato problematika řeší velmi polarizovaně a vyhroceně. Na jedné straně jsou slyšet porodní asistentky a matky, které preferují tuto alternativu před porodem v porodnici. Vyčítají nemocnicím nedostatečnou otevřenost vůči požadavkům rodiček a kritizují zdravotnický a právní systém, který nepočítá s touto možností a systematicky ho nezakotvuje, čímž ženám, které volí domácí porod (i když je jich velmi malý počet), nezajišťuje právo na maximální péči a snížení rizik. Porodním asistentkám zároveň není umožněno vykonávat jejich povolání, na které jsou plně kvalifikované, samostatně a bez zbytečných překážek. Na druhé straně gynekologové a porodníci odsuzují domácí porody jako zbytečné riziko a poněkud tak přehlíží právo těhotné ženy zvolit si alternativu k dosavadní převažující praxi. Média se často uchylují i k stereotypnímu označování domorodiček jako alternativních, lesních žen a na druhé straně se můžeme setkat i s pojmenováním porodníků mocnější (často i mužští) uzurpátoři. Celá situace tak zůstává vyhrocená a neřešená.

Podobné je to i na poli odborném. Ministerstvo zdravotnictví nevydává vyhlášku, která by nastavila jasné standardy a pravidla pro samostatnou činnost porodních asistentek a přestože věřím, že určitá vyjednávání a diskuse mezi oběma stranami na lékařském poli probíhají, na veřejnost zatím žádný slibný kompromis nebo směřování k němu neproniklo. Můžeme si akorát přečíst oficiální vyjádření třeba České gynekologické a porodnické společnosti nebo České konfederace porodních asistentek, ve kterých vyjadřují touhu po zachování statu quo dokud nebudou známy hlubší data a analýzy domácích porodů, respektive po změně a výzvě k diskusi. Považuji proto za velmi důležité (aniž bych sama osobně měla vůči domácím porodům nějak jedním směrem vyhraněný názor), aby se prováděly výzkumy zabývající se domácími porody (kterých bohužel v současné době příliš není) a nabídly data a analýzy, které by se daly použít v následné komunikaci, a které by nesklouzávaly k oné polarizované rétorice, kde se porod stává na jednu stranu stigmatem, na druhou stranu tou správnou cestou, abstraktním objektem, kolem kterého se točí diskuse.

Rozhodla jsem se i z těchto důvodů přistoupit k problematice domácích porodů zcela jiným způsobem. Zaměřit se právě na domácí porod samotný jako na síť aktérů, popsat jeho esenciální prvky, bez kterých by nemohl vzniknout. Ať už to jsou právě lidé, ale hlavně také předměty, které jsou pro něj nezbytné, nebo místa, kde probíhá, všechny elementy, které pod sebou sdružuje a které mu zpětně propůjčují jeho specifické podoby. Určující pro takovýto pohled i popis je teorie sítě aktérů, kterou jsem se ve svém výzkumu inspirovala. Ta staví lidské aktéry na roveň předmětů, které pojmá také jako aktéry, které jsou ve vzájemné interakci zásadní pro tvorbu všech sociálních a přírodních úkazů. Doufám, že se tak alespoň částečně vymaním z polaritu diskursu lékařů na jedné straně a matek na straně druhé, které chtějí porod zažít jinak a hlavně jako svůj, a zaměřím se zcela na popis všech aktérů sítě, která tvoří domácí porod jako takový.

Ve své práci nejdříve představím dva pohledy na antropologické zkoumání medicíny, nemocí, těla a jeho změn (disease versus illness) vůči kterému se vymezují právě pohledem třetím a to zaměřením se na samotný porod, ne na náhledy na něj ze strany doktorů nebo rodiček. Dále se budu věnovat tomuto třetímu způsobu – neboli Teorii sítě aktérů, kterou uvedu historicky a pojmově. Za třetí nebude chybět prezentace současného stavu porodnictví u nás – kde je možné родit, kdo porod vede, prohloubím trochu dvě protichůdná argumentační pole, které jsem nastínila v úvodu a představím několik výzkumů, které se dotkly problematiky domácích porodů. A v neposlední řadě se pokusím popsat aktérskou síť domácího porodu, jak zmíněno v minulém odstavci.

1. Teoretická část

Rozdělení mé práce na teoretickou a empirickou část bude trošku jiné, než by vypadalo u standardní práce tohoto formátu. Je to dáno tím, že jsem se rozhodla vycházet z teorie sítě aktérů Bruno Latoura. Přestože ve svém názvu slovo teorie má, slouží spíše jako metodologický návod, specifický přístup k sociologickému zkoumání světa, hlavní je pro ni empirická praxe a hlásá odklon od velkých teoretických rámců, kterými by se měl výzkum a data vysvětlovat. V teoretické části práce proto nepředkládám velké teorie a kategorie, které by se mohly aplikovat na zkoumání domácího porodu, ale budu se věnovat dvěma základním pohledům na zkoumání těla a nemocí v medicínské antropologii v první části a představení teorie sítě aktérů a její rozvinutí dalšími směry v části druhé.

1.1 *Nemoc v lékařské antropologii*

Má práce spadá do lékařské antropologie, oboru, který se snaží pojímat medicínu, „doménu“ doktorů, biologie a přírody pohledem sociálních věd, jako sociální konstrukt. Rozbíjet představu toho, že tělo a nemoc jsou biologicky zřejmé, jasně dané a jednotné a zkoumat působení a odmítání západní medicíny v jiných kulturách a společnostech a její neslučitelnost s odlišnými pohledy na to, co vůbec „nemoc“ znamená, představuje nebo odráží.

1.1.1 **Disease proti illness**

Co se týče vnímání těla a s ním spojených problémů, nemocí, traumat apod., medicína byla rozdělována na dvě oblasti, které se překrývají s velkými binárními děleními – subjektivní versus objektivní, objektivní jediná pravda a subjektivní pohledy na ní, otázky ontologie a epistemologie nebo kultura oproti přírodě. První oblastí tedy byla odborná sféra lékařů, biologická pravda, kterou lékařští odborníci zkoumají, odhalují a popisují jako daný, přirozený, pevný svět. Zde neměly sociální vědy co zkoumat (přenechaly to odborníkům přírodních věd) a za svůj objekt zájmu si vybraly pacienty, nemocné lidi, a jejich konkrétní prožitky - tedy co pro jednotlivce znamená mít například zlomenou nohu, jak ho to specificky omezuje v jeho každodenním životě. Pro tyto dvě sféry se vžilo dvojí pojmenování nemoci. Ne jedné straně „disease“ jako

fyzická podoba nemoci, která má nějaké příznaky, způsobuje a tvoří ji chemické a biologické pochody a léčí se určitými způsoby. A na druhé straně „illness“, neboli co pro pacienta „disease“ konkrétně představuje, jak si „disease“ interpretuje a jak mu mění život. (Mol, 2002: 9)

Byron Good a Mary-Jo Del Vecchio Good (1994) se se svými kolegy například zaměřovali na rozklad každodenní žité skutečnosti u lidí s chronickou bolestí, subjektivní prožívání nemoci („illness“) oproti objektivnímu pojetí nemoci, které je dáno „objektivními důkazy“. Ve fenomenologické případové studii člověk trpící bolestmi, pro které medicína neměla vysvětlení, popisoval své každodenní zážitky. Bolest pro něj představovala zhroucení časové perspektivy (hlava bolí tak, že v takovém stavu vůbec nevnímá plynutí času), zároveň je neustále tlumen léky, což ústí ve zpochybnění bdělého stavu, když konečně začne vnímat čas a dále ve vyloučení ze společnosti – neschopnost fungování mezi lidmi a neschopnost intencionálního jednání vůbec. Chronická bolest jako „disease“ by vypadala jen jako určení intenzity bolesti a předepsání tomu odpovídajících léků. Zároveň medicína nedokázala odhalit příčinu bolesti – ony objektivní důkazy a musela vycházet jen z popisu intenzity a trvání bolesti pacientem, což vedlo i ke zpochybnění pravdomluvnosti pacienta (ale rozhodně ne medicíny). Pacient si ve svém vyprávění konstruoval příčinu bolesti sám – jako dítě strávil měsíce v dětském domově, protože mu zemřela matka a otec se o něj nedokázal postarat - a poté začaly bolesti hlavy. Subjektivní prožívání nemoci doktorům prostě nemůže dodat objektivní důkazy, které potřebují ke své diagnóze.

Občasná neschopnost (západní) medicíny pomoci pacientům (nebo s nimi vůbec spolupracovat na rovnocenné úrovni) a nedostatečnost jejího pojetí nemoci vychází také na povrch při zkoumání nezápadních společností a nemocí v odlišných kulturách. Západní medicína operuje v technickém diskursu, odpovídá na otázku, jak člověk onemocněl a jak se může uzdravit (používá technický a odborný jazyk vhodný spíše pro doktory, který popíše nemoc, ale nepodá žádné vysvětlení). Tradiční medicína se ale pohybuje v morálním diskursu a dokáže odpovědět na otázku proč (neodděluje uzdravovací a morální systém – nemoc je chápána jako trest za společenské provinění a uzdravení je jasně definováno jako odměna za urovnání všech křivd). Západní způsob léčby v takovém případě není vítán (není uspokojivý nebo důvěryhodný), protože jeho „objektivní příčiny“ vytváří najednou jinou nemoc, než příčiny tradiční medicíny, na

kteří je pacient zvyklý. Jak shrnuje Romanucci-Ross (1977) ve svém výzkumu hierarchie medicínských praktik, západní medicína popisuje a tradiční vysvětluje. Definice nemocí a těla vůbec západní medicínou se jednoduše neshoduje nejen s chápáním a prožíváním pacientů v západní společnosti ale i s jinými lékařskými systémy napříč různými kulturami.

1.1.2 Disease jako illness

Jediná biologická podoba nemoci jak nabízena západní medicínou se tudíž ukazuje jako úplně stejný konstrukt jako „illness“, v tomto případě vyráběný řadami doktorů, kteří skutečnost neodráží, ale vytváří. Nepřijímání západní konstrukce „disease“ (nejen nezápadními společnostmi) je jedním z hlavních témat lékařské antropologie (Farmer 1990, Leslie 1977, Logan 1977, atd.). Byron Good (1994) se zaměřil přímo na to, jak jsou konstruovány tělo a nemoc jako objekty medicíny a to už mezi studenty medicíny na Harvardu. Aby byli studenti schopni provádět operace a vůbec fungovat v západním lékařském diskursu, museli se naučit vnímat tělo jako objekt zbavený emoční stránky. Obrázky v učebnicích, tkáň pod mikroskopy, hodiny anatomie apod. konstruují lékařské tělo, které se liší od těla „lidského“. Učí se psát zprávy s jasně danými pravidly a v odborném jazyce, které popisují a analyzují části těla jako předmět. Pacient a jeho živé tělo z těchto zpráv, učebnic a pitev zcela vypadává a děje se tak pak i během pozdější komunikace s živými pacienty na vyšetřovnách, v nemocnici apod. Tělo jako objekt a v něm uzavřená nemoc je pak důležitější než tělo jako živý člověk, který nemoc nějak prožívá a to nejen prostřednictvím příznaků uvnitř svého těla.

Dělení „illness“ a „disease“ se tedy nemusí vztahovat jen na označení různého přístupu k nemoci, ale analogicky také na pojetí těla (na konstrukci těla jako zaprvé lékařského předmětu a zadruhé žitého, živého, subjektivního těla) a jeho procesů a změn, kterými prochází, tedy i na porod, kterým se zabývám ve své diplomové práci. Na jednu stranu si tělo samo se změnami poradit nedokáže, je to v podstatě jen onen objekt, který potřebuje být během změn veden a kterému je potřeba pomáhat. V tomto pojetí tedy i porod musí být doktorem alespoň kontrolován. Na stranu druhou si tělo se změnami dokáže poradit samo a tedy i při porodu matka nejlépe ví, co dělat, co se děje a zda potřebuje zásahy zvenčí. Svě tělo zažívá každý den a zná jeho možnosti. Také

dosavadní výzkumy domácího porodu, se kterými jsem se v ČR setkala v posledních letech, se věnovaly převážně porodu z pohledu matek. Ať už to bylo zkoumání názorů matek na domácí porod a jeho prožívání (Krejčová, 2013), nebo odhalování důvodů rozhodnutí matek k domácímu porodu (Richterová, 2014) nebo zaměření se na konstruované zkušenosti žen (Haken, 2014).

Ve své práci se nesoustředím ani na jeden z těchto dvou popsaných přístupů, ale snažím se na tělo a domácí porod podívat třetím způsobem (a pokusit se tak rozčísnout dvě hádající se strany). Využívám k tomu Latourovu teorii sítě aktérů, která se odvrací jak od úhlů pohledu lékař versus pacient (perspektivismus), od dělení „disease“ a „illness“ a sociálního konstruktivismu a taky od lidí, kteří toto nahlížení dělají a zaměřuje se přímo na zkoumaný objekt a jeho vznik (zjednávaní) v interakcích mezi materií - nejen lidmi. Tento přístup je třetím krokem sociálních věd v medicíně. Po prvním kroku zavedení pojmu „illness“ (pacientské perspektivy), druhém kroku, neboli vyjasnění „disease“ jako perspektivy lékařů, přichází krok třetí – zaměření se na materii, praktické jednání a události. Takovýto krok podstoupila Annemarie Mol (2002) při zkoumání aterosklerózy v nemocnici, představení jejího přístupu se budu věnovat později, nejdříve popořadě začnu s ANT.

1.2 Teorie sítě aktérů

1.2.1 ANT víří vody sociálních věd

S pojmem síť aktérů (actor-network) přichází Michel Callon kolem roku 1982, ale její ucelování a nabírání podoby probíhá celá 80. léta, kdy staví na několika myšlenkových podhoubích, aby se až v 90. letech stala „tou známou ANT“. Její formování se tedy dělo prostřednictvím následujících lidí. Callon (1980) se zabýval tím, jak popsat sociálně a materiálně heterogenní systémy (lidé a technologie fungující společně). Latour si v laboratoři (v jedné z mnoha případových studií, které jsou obecně pro ANT klíčové) všiml, jak vzniká vědění o skutečnosti – jak je proces vědeckého experimentování se všemi ad hoc vzniklými a heterogenními vztahy pro potřeby výsledného textu o nové přírodní pravdě účelně očišťován právě od všeho sociálního, aby na konci zbyly dvě striktně oddělené domény – realita a její poznávání. Věda tak zachází s ontologicky očištěnými objekty a ne s hybridní realitou, kterou žijeme

(Latour, 2003). Michel Serres a jeho pojem překladu (dávání slov, termínů, lidí, věcí na stejnou úroveň) je využit v Callonově (1986) případové studii mušlí, kdy proces překladu vytvoří křehkou symbiózu a vztahy mezi vědci, mušlemi a rybáři, aby se dosáhlo dočasného řádu. A konečně Law (2007: 6) pojímá ANT jako empirickou verzi post-strukturalismu – určitou podobnost lze vidět mezi Latourovým actor-network a agencement (assemblage) Gilles Deleuze – oba pojmy odkazují k dočasnému uskupení produktivních, heterogenních a velmi omezených forem řádu v jinak zcela neexistujícím celkovém řádu.

Jak shrnout zásadní změny/body, které ANT (nejen) do sociálních věd přináší? Snad nejvýraznější změnu, kterou ANT představuje, je rozšíření přisuzování sociálního aktérství pouze lidem na všechny materie, předměty. Náš svět není řízen a formován jen lidmi, které předmětům přisuzují nějaké významy a ukládají do nich svou moc, ale i samy předměty, ne-lidské (non-human) objekty aktivně produkují a dávají konkrétní podobu světu kolem nás tím, jak se společně sdružují do konkrétních vzorců v sítích. Například Law (1986) ve své studii toho, jak se Portugalcům podařila dobýt půlka světa, nezůstává u velkých mořeplavců, schopných panovníků a vizionářských stavitelů lodí, ale zaměřuje se na samotné lodě a všechny jejich charakteristiky, které je právě dělaly inovativními, ať už to byl třeba specifický navigační systém nebo posádka. Ve studii spojil doposud oddělovaná vysvětlení (vyspělá technologie lodí a silná ekonomika a politika) a vytvořil síť všech entit (aktérů), kteří společně úspěch vytvořili.

Tím se dostávám k centrálnímu bodu definice ANT, která vychází přímo z jejího názvu (actor-network) a to „společnost se ustanovuje a rekonstruuje v heterogenních interakcích osob, organizací, technologií, architektur a materialit“ (Pecka 2015: 168). Heterogenní jsou, jak již bylo řečeno, neboť zahrnují jak lidi, tak věci a zároveň je a priori neřadí do nějakých hierarchických struktur a vztahů. Vše v sociálním a přírodním světě je tedy tvořeno relačními sítěmi aktérů - konkrétní vztahy v síti jsou důležité vždy v určité chvíli nebo situaci, protože tito konkrétní aktéři vytváří („enact“ - zjednávají¹) specifický relační efekt, který vypadá zvenčí zdánlivě jako jednotka, samostatný předmět, člověk, událost, kategorie apod. Tato proměna sítě v aktéra se nazývá překladem („translation“) (Law 1992: 386). ANT také klade důraz na procesualitu - síť

se mění, vyvíjí, nejsou dané předem, ani konečné, a aktéři do určité sítě patří, jen pokud způsobují změnu ve výsledném efektu sítě. Teorie sítě aktérů i přes svůj název není teorií, ale návodem, jak zkoumat svět. Hledá a popisuje jednotlivé sítě, jak se v nich udržují vztahy mezi aktéry a jaký mají vzorce vztahů vliv na výsledný efekt, například v podobě organizace, moci nebo nerovnosti.

1.2.2 ANT v symetrické antropologii

V čele ANT stojí převážně případové studie a s nimi i specifický návod, jak k a při výzkumu postupovat. Konec konců, jak bylo řečeno, ANT není teorií, neposkytuje teoretický rámec pro vysvětlení získaných dat, ale tvrdí, že hlavním nástrojem výzkumu je popis. Výzkumník ani nepotřebuje koncepty a rámce, ale úplně stačí, když dobře rozvine a popíše zkoumaný obsah, kterému aktéři sami teoretické a vysvětlovací rámce propůjčují (Latour 2004: 6). Výzkumník věrný ANT má tudíž přistupovat k jakékoli zkoumané skutečnosti se zcela čistým štítem, jako nepopsaný list papíru. Má zapomenout na velké dualismy jako mikro/makro, příroda/kultura, malý/velký a také na popisné rámce a kategorie, jako je například marxistická teorie, kapitalismus nebo národ. Tyto kategorie mají být naopak popsány a vysvětleny jako efekt sítě a nemůžou být použity k umělému zaškatulkování získaného materiálu. Jsou dočasné, vztahové a nahodilé. Výzkumník se v popisu nesmí bát zastavit před „jinou úrovní“ a pohybovat se napříč zdánlivými doménami neslučitelných kategorií. Například dělení na mikro a makro je umělé - malé skutečnosti tvoří velké struktury a velké struktury se dají rozebrat na malinké částičky a tudíž při vysvětlování jednoho není moudré pominout, uzávorkovat druhý „stupeň“ (Brož, Stöckelová 2015: 24).

Zmíněné metodologické postupy jsou vlastní symetrické antropologii, která sehrála významnou roli na poli STS – studia vědy a technologií, kde se primárně skloňuje také ANT. S jejím konceptem přichází v STS David Bloor (1999), který zpochybňuje zvyklost zkoumat teorie, které se ve vědě ukázaly jako nepravdivé, a tudíž chybné, sociologickými kategoriemi. A teorie ostatní, tedy ty, které se berou jako pravdivé, pojímat bez nutnosti sociologicky je zkoumat, protože se vysvětlují samy sebou – jsou to přece právě vědecké pravdy. Chce zkoumat všechny symetricky,

¹ Při překladu anglického „enact“ vycházím z překladu Zdeňka Konopáska, který používá slovo „zjednávat“.

přístupovat k nim stejným způsobem, protože ona „pravdivost“ není dána tím, že určitý přístup vsutku popisuje přírodní pravdu, ale jednoduše tím, že měl někdo zrovna štěstí při prosazování svého přístupu k „pravdě“. Zakládá za tímto účelem „silný program“ (Strong Programme), který přistupuje k pravdě i omylům vědy ze stejného sociologického výchozího bodu zkoumání. Latour na Bloora reaguje, ale upravuje si pojem symetrie po svém a vytváří „zobecněnou symetrii“, která nezkoumá vědu/přírodu v pojmech sociálního, ale pojímá přírodu a společnost jako rovnocenné kategorie (jako přírodu-společnost), jejichž vytváření a stabilizaci je třeba zkoumat (Brož, Stöckelová 2015: 8).

1.2.3 ANT, multiplicita, fluidita a ontologická politika

Symetrický přístup dále prošel různými mutacemi a úpravami, Latour (např. 1999) a Bloor a další se navzájem kritizovali a opravovali, ale to zde již nebudu reprodukovat. Důležité je ale zmínit symetrii a její vztah k politice, který přináší další pojmy spojené s ANT, které byly rozvinuty například Annemarie Mol, Marianne deLaet nebo Johnem Law a jsou klíčové pro mou práci. Jsou jimi ontologická politika a spřízněné pojmy „zjednávání“, multiplicita a fluidita.

Realita je v pojetí ANT performována - neboli síť všech aktérů realitu performuje, neboli zjednává. V ANT nejde o různé perspektivy různých lidí nebo skupin na jednu realitu, čímž se zabývá sociální konstruktivismus, ale o skutečnost, jak je aktivně tvořena aktérskými sítěmi. Mimo síť a zjednávání neexistuje nic, konstruktér se ztrácí. Annemarie Mol (2002) na základě svého výzkumu aterosklerózy v jedné holandské nemocnici odhalila, že performativita přináší mnohočetnost reality, v jejím případě konkrétně mnohočetnost aterosklerózy a tím pádem i těla. V teorii sice existovala nemoc v jedné podobě, ale v praxi vyvstalo několik různých sítí s odlišnými aktéry, které vytvořily několik podob/realit aterosklerózy a těla. Na příjmu během hovoru doktora s pacientem se nemoc zjednávala jako bolest, na radiologii to byl snímek ucpané žíly, na pitevně hmota ucpávající žílu, která musí být odstraněna a na ultrazvuku záznamy detekující rychlost proudění krve v zúžených žilách. Na různých místech, v různých praxích, vzniká jiná realita aterosklerózy. Tyto čtyři reality spolu různě spolupracují, navzájem se vylučují nebo se sčítají apod. Mol se zde přesouvá od epistemologie (zkoumání, jak se tvoří vědění v různých perspektivách) k praxiografii

(jak se zjednává v různých praktikách různá realita nemoci). Nesleduje pohledy na nemoc, ale pozoruje nemoc samotnou, jak je zjednávána v praktických jednáních – obrací se tedy k ontologii – konkrétně k mnohočetné zjednávané ontologii.

Mol (2002) dále popisuje, jak je možné, že tyto různé podoby mohou existovat vedle sebe v jedné nemocnici a nezpůsobovat kolize a komplikace, když se o nich mluví a když se na nemoc (která má tedy různé podoby) podává ve výsledku jeden lék jako na nemoc jednu. Vysvětluje to koordinací a distribucí těchto podob. Koordinace různých ateroskleróz znamená, že se sdružují do hierarchie – jedna podoba je důležitější a více určující pro výsledné pojetí než verze jiné. Druhým způsobem koordinace je snaha o vytvoření singulární podoby, kdy se jednotlivé verze sčítají nebo překládají a tvoří se tak „patchwork reality“ – nemoc tvoří dejme tomu více symptomů, kdy už jen jeden dává popud ke hledání a podávání léku a když se přidají symptomy další, nutnost podání se jen zvýší. Zadruhé distribuce zabraňuje střetu různých verzí jejich rozdělením do lokalit, v čase nebo rozmístěním po pacientech. Lokalitami zde jsou jiná oddělení nemocnice – hmota, která cévu ucpala a která je objevena na pitevňě, se nedostane na kliniku, kde jsou přijímáni pacienti a kde se nemoc zjednává jako ztížené možnosti pohybu a bolesti nohou. Distribuce po pacientech zase zajistí, že se nestřetne diagnóza (při které vznikne jedna podoba nemoci) a léčba (která reaguje na jinou podobu nemoci), protože jsou tyto dvě podoby spojené pacientem nebo spíš jeho lékařským záznamem. Pro každého pacienta je pak nejvhodnější jiná léčba podle jeho specifických údajů a střet diagnózy a léčby obecně se tím neřeší, protože je řešen na úrovni jednotlivých lidí.

Jinému způsobu koexistence několika podob reality se věnovala také Mol společně s Marianne deLaet (2000) ve výzkumu pumpy a jejím fungování v Zimbabwe. Pumpa na různých místech svého působení měla vždy trochu jiný účel. Nesloužila jen rigidně k pumpování vody, ale někde sdružovala lidi na národní úrovni, jinde na vesnické úrovni, jinde čistila vodu atd., její hranice jednoduše nebyly pevné. Podle toho, kde byla postavená a s jakými dalšími okolními entitami přišla do kontaktu, takovou nabývala identitu. V teorii to byla sice jedna pumpa od určitého stavitele, ale v praxi se potom roztekla do různých sítí aktérů s různými účely a úspěchy. Zachovala si označení „pumpa“, ale představovala různé předměty, ideály, které byly distribuovány po lokacích.

V neposlední řadě je zde pojem ontologické politiky. My jako vědci, výzkumníci, tvoříme během výzkumu určitou podobu reality stejně jak další účastníci sítě. Nemůžeme být nikdy zcela objektivní a hra na objektivní popis zkoumané reality/podob reality je jen zakrýváním této skutečnosti. Můžeme proto vyzývat k tomu přiznat si, jaký má výzkumník vliv na vznik různých podob reality a aktivně intervenovat, nejen interpretovat. Vybrat si z mnohočetných realit/ontologií některé a na ty se zaměřit a ty vytvářet, ale samozřejmě to zároveň reflektovat. Protože jak doktoři, tak další mocenské celky také preferují a upřednostňují jistou podobu reality a vydávají ji za tu jedinou pravou. Na výzkumníkovi je pak upozornit na to, že jednotlivé podoby reality nejsou hierarchicky uspořádané a medicínská verze není více důležitá než jiné a neměla by tedy mít vždy navrch.

2. Současná situace porodů a jejich zkoumání v ČR

Než se budu věnovat získaným datům od respondentek a analýze domácích porodů, musím se zastavit u představení současné situace porodnictví v České republice. V první řadě podám přehled o tom, kde se v ČR rodí a kde je možné родit, kdo se porodu účastní nebo lépe, kdo porod vede a je za něj lékařsky zodpovědný, dále jak se k domácím porodům staví pojišťovny a jak je tento způsob porodu a lidí, které se ho účastní, zahrnutý do legislativy ČR. Za druhé představím zastánce a odpůrce DP a ve stručnosti jejich argumenty. A na závěr podám přehled o literatuře, která zpracovává DP nebo se snaží upozornit na problematiku porodnictví u nás.

2.1 Kde lze porodit?

V České republice se převážná část dětí narodí v porodnici. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky se v roce 2013 narodilo 105 486 dětí a z toho bylo 209 dětí porozeno mimo zdravotnické zařízení.² Statistiky porodů doma nebo vůbec mimo zdravotnické zařízení jsou velmi těžko přesně zjistitelná. V roce 2011 se například uvádí, že mimo zdravotnická zařízení na svět přišlo 331 dětí³, v roce 2009 dokonce 419 (zvyšující tendence započala roku 2005, kdy se rodilo mimo ZZ kolem 200 dětí)⁴, ale nelze už určit, zda se děti narodily doma a plánovaně nebo třeba na cestě do porodnice a zcela neplánovaně. Každopádně procento dětí narozených mimo porodnice se pohybuje mezi 0,2 a 0,4 %. V prohlášení České lékařské komory se objevuje počet porodů vedených doma a to jako 1/3 z oněch 0,2 %, neuvádí se zde však již bohužel, z jaké statistiky vycházeli. Pokud se obrátíme na zcela jiný zdroj informací a to přímo k matkám, které rodily doma a které se sdružují na internetu v jedné nejmenované Facebook skupině, tak získáme číslo 247 dětí porozených doma v roce 2015 a prozatím 106 v roce 2016, což koresponduje s procenty získanými z obecných statistik z posledních let.

Co se týče právního ošetření porodů, není zákonem určeno, kde matka musí nebo nesmí své dítě odrodit nebo zda musí být pod lékařskou kontrolou během porodu. Má v tomto ohledu svobodnou volbu, ale ve výsledku toto rozhodování není zas tak

² Statistický přehled Rodička a novorozenec 2013.

³ <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-novorozenci-2011>

⁴ Wiesnerová (ÚZIS) 2011, Narození mimo zdravotnická zařízení

svobodné, jak ukázu později. Pokud se rozhodne родit v porodnici, má k dispozici na výběr z kolem 106 (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 95) nemocnic v ČR, které nabízí pro rodičky různé služby a míru otevřenosti a respektu k přáním a požadavkům matky. Na stránkách Aperia⁵, „Společnosti pro zdravé rodičovství“, je přehled 97 porodnic s informacemi o tom, jestli umožňují matce svobodnou volbu polohy při porodu, respektují porodní přání rodičky, umožňují během porodu přítomnost dalších osob na sále (vždy za poplatek), organizují kurzy předporodní přípravy, jaké způsoby ulevění od bolesti kromě léků povolují a umožňují, zda rodička rodí na pokoji sama a v jaké míře zasahují doktoři nebo převážně porodní asistentky během celého procesu apod. Jednoduše řečeno, nakolik vede porod porodnice prostřednictvím personálu a do jaké míry má dohled nad svým porodem sama nastávající matka.

V porodnici může porod proběhnout řekněme většinovým způsobem, kdy po porodu matka zůstává na pokoji několik dnů (na doporučení Ministerstva zdravotnictví 72 hodin), nebo ambulantně, kdy je matka i s dítětem na přání propuštěna přibližně do 24 hodin po porodu. Pokud porod probíhá fyziologicky, tedy nejsou nutné žádné lékařské zásahy zvenčí kvůli komplikacím a po porodu je žena i dítě v pořádku, měl by být ambulantní porod ze strany porodnice bez problému umožněn. (Sovová 2006: 3)

Druhou možností místa porodu, kterou si budoucí matky mohou zvolit, je vedle porodnice domácí prostředí. Ženy, které tuto možnost volí, samozřejmě v domácím porodu vidí spoustu výhod. Jak píše například Zuzana Štormerová (2005: 23), mezi ty největší subjektivní patří soukromí a známé, bezpečné prostředí s lidmi, které si rodičky samy zvolí a průběh porodu si kontrolují nezávisle na ostatních. Nevýhody jsou s touto volbou samozřejmě spojeny také: nezávislost je na jednu stranu výhodou, ale v nevýhodu se proměňuje v případě zápisu čerstvě narozeného dítěte do matriky a při shánění rodného listu a pojištění, což za matku jinak dělá porodnice. (Aperio 2016: 29) Dále také shánění pediatra na poporodní vyšetření a na to navázané problémy s ochotou dětských doktorů vzít si na starost dítě, narozené mimo zdravotnické zařízení a náhledem společnosti na domorodičky vůbec. V neposlední řadě nejsou domácí porody ani hrazeny pojišťovnou, matka tak všechnu porodní péči musí zaplatit sama.

⁵ http://www.aperio.cz/pruvodce_porodnicemi

Pojišťovna proplatí jen jednu návštěvu PA v těhotenství a 3 v šestinedělí (Candigliota, 2011: 38). Problém nastává také se zajištěním poskytovatele právě této péče, protože porodní asistentky legálně provádět porody doma nesmí, pokud nesplňují určité striktní podmínky, o čemž budu psát později.

V zahraničí fungují porodní domy, nebo podobná porodní centra, jako další alternativa k porodům v porodnici, ale v České republice ještě taková zařízení ze zákona povolena nejsou. V ČR byl založen Porodní dům u Čápa, který je porodním domem ale zatím jen podle svého názvu. Porodní dům by se měl od porodnice lišit přístupem k rodičkám a zajistit „individuální neinvazivní péči“ zajišťovanou „samostatně registrovanými porodními asistentkami“⁶, které doprovází ženu i v rámci porodní přípravy a pečují o ni a dítě i po porodu. Porodní dům by měl být v ideálním případě druhým domácím prostředím, kde matka se svou porodní asistentkou porodí přirozeně dítě za svých podmínek a zároveň bude v blízkém dosahu lékaře nebo nemocniční zařízení, se kterým bude porodní dům domluvený na spolupráci při případných porodních komplikacích.

2.2 Kdo porod vede?

Záleží na vnitřních zvyklostech jednotlivých nemocnic, ale porodu jsou přítomny především porodní asistentky, které jsou zde zaměstnány. Matka si s sebou do nemocnice nemůže přivést svou porodní asistentku, která ji například pomáhala v předporodních kurzech a přípravě, aby porod v nemocnici vedla. Může být přítomna jen jako doprovod. Za porod lékařsky zodpovídají nemocniční porodní asistentky, nad kterými ovšem vždy dohlíží lékař porodník, který zasahuje do celého procesu různou měrou. Záleží samozřejmě na průběhu porodu a případných komplikacích, ale někdy jsou možné i zásahy lékařů do fyziologického průběhu porodu, přestože matka takové zásahy primárně odmítá (Candigliota 2011: 39).

Jak jsem psala výše, kolem 0,3 % všech porodů proběhne ročně mimo zdravotnická zařízení. Z toho je kolem třetiny porodů vedeno lékařem a bohužel k tomuto číslu nejsou k dispozici další výzkumy, ale můžeme odhadovat, že to značí přivolání záchranné služby k neplánovanému porodu doma. U zbytku porodů lze

vypozorovat zvyšující se trend, kdy vede porod porodní asistentka (v roce 2000 to bylo 8 %, v roce 2009 už 34 %). V neposlední řadě jsou porody vedeny také partnerem nebo jiným příbuzným (20 %) ⁷.

Hranice činnosti porodní asistentky a získání odborné způsobilosti k výkonu její profese upravuje zákon o nelékařských zdravotních povoláních 96/2004 Sb., který reaguje na legislativu Evropské unie, kterou se ČR zavázala dodržovat vstupem do EU právě v roce 2004. Její činnost nadále upravuje i vyhláška Ministerstva zdravotnictví 55/2011 Sb., která ji umožňuje poskytovat odborné informace a rady o těhotenství a porodu, pečovat o ženu a dítě před a po porodu a vést fyziologický porod bez lékařského dozoru. Ze zmíněných vyhlášek plyne, že by neměl být problém s vedením porodu za účasti pouze asistentky nejen v nemocnici ale i doma, ale v současné době tomu tak zcela není. Zákon totiž neupravuje porody vedené mimo zdravotnická zařízení, nestanovil „podmínky a standardy, aby byla zaručena co nejvyšší bezpečnost rodiček a dětí, a zároveň, aby byla volba ženy ohledně místa porodu fakticky uskutečnitelná“ (Candigliota 2011: 36). Aby mohla porodní asistentka vykonávat své povolání samostatně mimo porodnici, musí být „registrována“ krajským úřadem. Registraci dostane až poté, co prokáže „odpovídající personální, technické a věcné vybavení, které posuzuje stejný úřad“ (ibid.: 37). Protože však nejsou dané standardy vybavení, které mají být k dispozici u porodu doma, úřady na porodní asistentku mají často vysoké požadavky, které jsou zajistitelné jen při porodu v nemocnici (stejně tak nejde provádět činnost v porodním domě, protože nesplňuje požadavky na vybavu, pokud by se nenacházel přímo v nemocnici) (Candigliota 2010: 6). Získání registrace je tak ztíženo a prováděním činnosti bez registrace se asistentka vystavuje až milionové pokutě.

Za třetí může být u porodu kromě rodinných příslušníků přítomna i dula, která na rozdíl od porodní asistentky nemusí mít zdravotní vzdělání a nenesení tím pádem za porod lékařskou zodpovědnost. Slouží tak rodičce spíše jako rádkyně, podpora při porodu.

⁶ Podle stránek Porodního domu U Čápa: <http://www.pdcap.cz/Texty/PD/CojePD.html>

⁷ Zde uvedená čísla lze najít ve statistice ÚZIS z roku 2011 zaměřené na narození mimo zdravotnická zařízení. Aktuálnější data bohužel ÚZIS ještě nenabízí.

2.3 Dvě názorové strany

V České republice v současné době existují dvě možná místa, kde lze plánovaně a legálně porodit dítě – doma a v porodnici. Obě možnosti mají oddané zastánce se silnými argumenty proti druhému způsobu. Z dohadování se na odborné půdě ještě nevznikly žádné vstřícné závěry a tak jsou slyšet jen polarizované názory a extrémní případy v médiích, které problematiku stále více vyhrocují. Vzniklo několik analýz mediální rétoriky a diskursu domácích porodů ve studentských diplomových pracích a zabývají se tím odbornice na gender studies.

Jak píše Kateřina Jonášová (2011), média posilují tyto dva názorové póly a jejich rozkol, když propůjčují hlas na jedné straně lékařům, kteří jako jediní logické a bezpečné řešení vidí porod v nemocnici a na druhé straně porodním asistentkám a organizacím, které se zastávají domácích porodů jako pro matku i dítě vstřícnějšího způsobu. Boj v médiích se dále stává genderovaným, kde proti emocionálním ženám spoléhajícím se na přírodu stojí muži doktoři s pokročilou technikou a vědomostmi, kteří jako jediní dokáží přivést na svět dítě. Žena ztrácí právo na své tělo, z intimního procesu se stává veřejný akt a zapomíná se na individuální možnost volby.

Přestože média situaci dramatizují, i v realitě zde existují 2 názorové póly – kdo je tvoří a jaký postoj konkrétně zastávají? Česká gynekologická a porodnická společnost a Česká lékařská komora ve svých veřejných prohlášení klade důraz na „lege artis“, tedy takový postup během porodu, který je v souladu se „současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“⁸. Takovýto postup je možný podle nich zajistit jedině v nemocnici – všude jinde je porod rizikový. I když probíhá od počátku fyziologicky, tak není zajištěno, že nenastane nečekaná komplikace. Porod doma je zcela zbytečné riziko s „pochybnými výhodami“⁹, které rozporuje „lege artis“ a ve výsledku by jeho rozšíření vedlo ke zhoršení výsledků perinatální péče v ČR, které v současnosti patří mezi nejlepší na světě.

Na druhé straně se porodní asistentky a matky, co se rozhodnou rodit doma, snaží prosadit opačnou praxi – zajistit možnost rodit doma, podle jejich volby a pokud možno

⁸ Odborné stanovisko Vědecké rady ČLK k porodům 2012

⁹ Ibid.

přirozeně, bez zásahů. Jde jim o zajištění bezpečnosti pro to malé procento matek, které se pro domácí porod rozhodnou a kterým v současnosti zákon a ministerstvo zdravotnictví nenabízí tu nejlepší péči pro domácí porod a snížení rizika na minimum. Porodní asistentky jsou sdruženy v několika organizacích: Unii porodních asistentek, České konfederaci porodních asistentek a České společnosti porodních asistentek. Konfederace ve svém stanovisku k domácím porodům píše, že požaduje stanovení jasných pravidel a standardů pro porody doma (pro koho je domácí porod určen) a pro fungující spolupráci porodní asistentky s lékařem a neonatologem, aby byla zajištěna bezpečná péče pro matku a zároveň nebyli diskriminováni ani poskytovatelé péče a porodním asistentkám bylo umožněno svobodně vykonávat jejich povolání¹⁰.

V České republice dále působí další organizace, které v různé míře podporují domácí porody (nebo alespoň autonomii ženy při porodu a její právo na svobodné rozhodnutí ohledně místa porodu), i když se jejich průběhu přímo neúčastní, snaží se upozorňovat na problematiku porodnictví (včetně nedostatečných podmínek v porodnicích) a pořádají předporodní informativní kurzy a přednášky a vydávají publikace. Mezi tyto organizace patří např. A-centrum, Hnutí za aktivní mateřství, Aperio, Porodní dům u Čápa, Liga lidských práv a další.

Porodní asistentky se v argumentaci pro domácí porody zaštiťují zahraničím – západními zeměmi, kde domácí porod probíhá z 1 – 3% (Candigliota 2010: 42). V Německu, Rakousku, Velké Británii, Irsku a Holandsku jsou k domácím porodům vstřícnější, porodní asistentky pomáhají přivádět děti na svět při fyziologickém porodu bez přítomnosti lékařů. Jejich profese má suverenitu a je respektována podle legislativy EU. Holandsko má nejvyšší čísla, co se týče porodů mimo porodnici a to 29 %, nebyla zde nikdy přerušena tradice porodů doma a považují svůj systém porodní péče ve vztahu k rodičce za nejlepší na světě. PA pracují primárně mimo nemocnici (80%, 13% v porodním zařízení), mohou родit zcela samy bez přítomnosti dalšího zdravotnického personálu a stejně tak poskytují předporodní a poporodní péči a za vše jsou plně zodpovědné. Porodní asistentky vedou stejný počet porodů jako porodníci – 46% (zbytek spadá pod praktické lékaře). Zároveň mají smlouvu s pojišťovnou, která hradí domácí porody. (Candigliota 2010: 20-23) Ve Velké Británii je situace podobná –

¹⁰ <http://www.ckpa.cz/profesni-organizace/vyjadreni-a-navrhy/126-domaci-porody--stanovisko-ceske-konfederace-porodnich-asistentek-ckpa.html>

porodní asistentka může pracovat soukromě nebo jako státní zaměstnanec v porodnici, porodních domech nebo zcela samostatně. (ibid.: 7-14)

Lékaři však nepřijímají argumenty odkazující se na zahraničí, kde domácí porody doma probíhají ve větší míře, jsou zakotvené v zákoně a nevyznačují se větší rizikovostí, ani doporučení WHO, která podle svého výzkumu staví porody mimo nemocnici pro rodičky bez rizikového těhotenství na stejnou úroveň nebezpečí jako porody v porodnici (Candigliota 2011: 33). Podle lékařské obce je potřeba vypracovat výzkumy přímo pro ČR a získat data o domácích porodech (informace o jejich průběhu, délce trvání, nastalých komplikacích a vůbec demografické údaje o matkách a dětech), aby mohly začít diskuse i třeba o vhodnosti domácího porodu pro určité rodičky (Čepický 2009: 3). Takové výzkumy bohužel pro ČR stále chybí.

2.4 Výzkumy dotýkající se domácích porodů

Jak jsem psala na začátku této kapitoly, neexistují přesná čísla počtu porodů doma. Stejně tak nebylo provedeno mnoho výzkumů o porodech se zaměřením na zážitky matek v nemocnicích, natož v domácím prostředí, pokud nepočítáme výzkumy provedené v rámci diplomových nebo bakalářských prací. Práce na téma domácích porodů se jinak zaměřují na legislativní problémy a práva matky na svobodnou volbu (jak bylo vidět v předchozích kapitolách). V ČR se tématu porodnic a problematiky porodů z pohledu rodičky věnuje velkou měrou na akademické půdě Ema Hrešanová. Její výzkumy se zabývají porodnictvím a lidskou reprodukcí, s čímž souvisí i hledání alternativy k porodům v nemocnici. Představím ve stručnosti několik jejích výzkumů, které se dotýkají i domácích porodů.

Ve své etnografické studii dvou porodnic (Hrešanová 2008) se zaměřila kromě popisu organizační kultury, která je tvořena doktory, porodními asistentkami a dalším personálem i na ženy, které v porodnici rodí a zmiňuje zde i jedinou alternativu k porodům v nemocnici a to domácí porod, se kterým ale systém porodní péče nepočítá, pojišťovny tuto možnost neproplácí a tak je tato možnost dostupná jen úzké vrstvě žen. Pohlíží tak na domácí porody a možnost volby skrze problematiku sociálních nerovností v oblasti reprodukčních práv.

Hrešanová (2008) se systematicky věnuje lidské reprodukci i v dalším výzkumu, kde probírá genderovanost celé problematiky porodů, o které jsem se zmiňovala výše (v souvislosti s médii) a za druhé jeho medikalizaci. Porod představuje jako sociální, genderovaný proces – v minulosti s porodem ženám pomáhaly ženy (porodní báby) a dnes se s moderním lékařstvím péče přesunula k doktorům, převážně mužům, kteří mají v současnosti monopol na porody. Podobně má monopol na porod i medicínský diskurs, který převažuje i ve většinové společnosti. Medikalizace porodu tak vedla k tomu, že žena, budoucí rodička, si objektivizuje samu sebe a nechává na sobě porod vykonat, než aby se soustředila ona (stejně jako by mělo její okolí) na své prožívání porodu. Medikalizace porodu u nás zůstala z časů socialismu, kdy vysoce centralizovaný a byrokratický systém péče rodičku pojímal jako nemocnou, která při porodu potřebuje lékařský dohled. Hlavní bylo v tomto ohledu zdraví dítěte a na spokojenost matky se příliš nemyslelo (Hasmanová Marhánková, Hrešanová 2008: 89). Porodnice byly továrnami a matky stroji, které v těchto továrnách vyráběly děti. Pojetí celého procesu tak bylo zcela opačné, než které by bylo a je potřeba k přijetí domácího porodu jako vůbec relevantní volby, což možná částečně vysvětluje velmi malou vstřícnost české společnosti k domácím porodům.

V další studii se Hrešanová zaměřila přímo na spokojenost matek, které rodily v porodnicích, a zjistila, že se nároky na péči liší podle vzdělání matek (ženy s vysokoškolským vzděláním mají vyšší nároky na péči). Těmto ženám vadila nejvíce neochota personálu, nerespektování jejich požadavků a hlavně minimální komunikace, pokud žádali informace o aktuálním stavu porodu nebo rady k budoucímu průběhu. Chyběla informovaná volba, přestože ji porodnice nabízely. Lékaři se soustředili na technické provedení, ale chyběla emocionální péče o rodičku. (Hrešanová 2011) Tyto stížnosti korespondují s důvody, které uváděly i mé respondentky pro volbu domácího porodu.

Tímto přehledem jsem chtěla okrajově představit výzkumy, které v ČR probíhají na poli porodnictví a reprodukce obecně a upozornit tak na možná témata a rámce pro výzkumy i čistě domácích porodů.

3. Metodologie

Cílem mého zkoumání bylo popsat v celé komplexnosti síť aktérů, které vytváří domácí porod a jeho případné různé podoby. Vycházím z inspirace Teorie sítě aktérů, nebo spíše jejího metodologického návodu na zacházení s daty a jejich zpracování. Tedy zaměření se nejen na pocity a představy rodiček, ale především také věci, co se při porodu vyskytly. Zaměřila jsem se tedy na rozhovory s matkami a pokusila jsem se z jejich odpovědí vytáhnout věci a osoby (materie), které jsou nezbytné k enactování domácího porodu (vždy pro určitou matku). Zároveň si z ANT propůjčuji pominutí obecných teoretických rámců, kterými by mohl být porod určitým způsobem nahlížen, a pohybuji se napříč těmito možnými rámci.

Ke zkoumání těchto sítí jsem ne zvolila metodu pozorování, ale rozhovorů. Jsem přesvědčena, že rozhovor dokáže odhalit větší část sítě, než která by mi byla poodkryta pouhou účastí u domácího porodu. Rozhovory se totiž nesoustředily jen na průběh samotného porodu, ale i období před ním a po něm. Vzala jsem si za příklad Annemarie Mol a její způsob přístupu k rozhovorům s pacienty a doktory a беру matky jako etnografky sama sebe (Mol, 2002: 15) a jejich zážitků během domácího porodu. Události, které popsaly, že se staly před porodem (během příprav na porod), při porodu a po porodu jsem použila jako etnografický materiál, který odhaluje jednotlivé aktéry sítě.

Vycházím z 11 rozhovorů s matkami, které alespoň jedno ze svých dětí rodily doma nebo se o to pokusily. Od původního plánu provést rozhovory i s lékaři jsem nakonec upustila z jednoho důvodu, chtěla jsem se zcela soustředit jen na výčet událostí, které podávají rodičky, které porod samy prožívají. A zároveň neovlivňovat takto cílená data například ještě popisem otce. Byla to čistě má metodologická volba s tím, že v budoucnu bude určitě zajímavé provést rozhovory zase jen s lékaři a spojit takto dva cílené výzkumy. Rozhovory byly polostrukturované a jejich převážnou část tvořil matčin popis porodu nebo porodů. Kromě něj jsem s respondentkami mluvila i o jejich předchozích zážitcích v nemocnici, názoru na porodnici vůbec nebo cíleně na potenciální předměty, které by během porodu nechtěla použít apod. Matky si tak následně vzpomněly i na další detaily, které při samotném popisu průběhu porodu zapomněly nebo je nepovažovaly za relevantní.

Kromě matek, které rodily doma (a které měly zároveň k domácímu porodu pozitivní přístup), jsem rozhovor provedla i se dvěma ženami, které s domácími porody z různých důvodů zásadně nesouhlasily. Mým důvodem bylo získat vhled do praktik medicínského světa a mít možnost stanovit hranice domácího porodu zvnějšku, určit hraniční předměty i z druhé strany. První z nich byla dula¹¹, která pracovala s rodičkami pouze v porodnicích, druhá byla pediatra pracující na obvodě, která mezi svou klientelou neměla žádnou domorodičku, nutno dodat, aniž by se o to aktivně zasahovala. Pro matky, dula i pediatru jsem měla připraveny trochu pozměněné scénáře (nebo spíše body) rozhovoru. Díky rozhovoru s pediatričkou jsem tak například zjistila nedostupnost určité technologie nutné k vyšetření dítěte po porodu (mimo porodnice, což svědčí o dalších překážkách pro rodičky doma pro zajištění určité úrovně péče), a dula mluvila o tom, jak matky nastavené na přirozený porod stejně pak v porodnici „obráť“.

Respondentky jsem sehnala jednak ve facebookové skupině „Porod v domácím prostředí“ a zadruhé z řad matek, které chodí do jednoho oblíbeného dětského obchodu na Praze 7, kde jsem několik let pracovala jako brigádnice, tudíž mi prostředí a jeho zákaznice nebyly neznámé a samy byly ochotné se rozhovoru zúčastnit. Přes zákaznice jsem metodou sněhové koule získala další respondentky.

Rozhovory probíhaly převážně v klidných kavárnách nebo restauracích, aby se matky nestyděly rozprávět o svých zážitcích. Dva rozhovory proběhly u matek doma, protože měly děti staré několik měsíců a preferovaly tak zcela nerušené prostředí, jak pro dítě, tak tím pádem i pro rozhovor. V neposlední řadě se také dva rozhovory konaly na dětském hřišti. Matky s sebou během rozhovorů měly děti, doma i v porodnici rozené a různě staré. Do komunikace zasahovaly v různé míře – větší děti se především nudily, malá miminka občas pobrekávala, ale rozhovor nijak zásadně neodklonila. I když byl několikrát rozhovor přerušen (dítě se chtělo napít, nebo spadlo na hřišti během hrátek nebo se pralo na pískovišti a byl nutný zásah matky), matky se vždy dokázaly vrátit k myšlence, kterou načaly. Přítomnost dětí byla naopak přínosná, mohla jsem během rozhovorů zkoumat i výchovu dětí nebo obecně interakci matky s dětmi, což odhalovalo

¹¹ Dula je označení pro porodní asistentku, která nemusí mít lékařské vzdělání.

další aktéry sítě domácího porodu. (např. Komentář matky, že je kluk možná víc drzý, protože mu při cestě na svět nikdo neřikal, co má dělat. Druhý komentář, že je dítě víc spokojené, protože se narodilo v plodových obalech.)

Pro vizuální imaginaci a vůbec představu místa, například velikosti porodního bazénku a jak dlouho trvá jeho naplnění, logistika domácího prostoru (*Čtyři v tom*), jak konkrétně vypadají některé pomůcky, které s sebou porodní asistentka může mít (*Business of Being Born*), a také jak vypadají prostory v nemocnici (*Pět zrození*) nebo jak probíhá porod v zahraničí (*One Born Every Minute*) apod., mi posloužilo několik filmů a seriálů¹² různých producentských kvalit, které jsem využila čistě pro toto vizuální doplnění provedených rozhovorů, což mi umožnilo vznést otázky na například logistiku prostoru nebo konkrétní pomůcky, které by mě jinak nenapadly.

3.1 Představení respondentek

Respondentky zde představím jen stručně. Pro sestavení sítě aktérů není až tak důležité znát například jejich věk (nejmladší bylo 26, nejstarší 39) nebo kde přesně bydlí (všechny žily v Praze nebo nejbližším okolí), důležité hlavně je, kolik mají dětí, jak čerstvě jsou narozené a kde je porodily, nebo kde je porodit plánovaly. Zajímavé je také zjištění, jaké je jejich povolání a zda má co dělat se zdravotnictvím. Jména, která jim zde dávám, nejsou jejich pravá, abych zachovala anonymitu. Některým jsem dala přezdívky podle místa setkání.

Sandra má tři děti (8 let, 4 roky, 5 měsíců), všechny rozené doma. Je vystudovaná zdravotní sestra, ale neživí se tím. Nesedí jí, jak zdravotnictví funguje.

Markéta má jedno čerstvé dítě, pár měsíců staré. Plánovala родit doma, ale nakonec se porod dokončil v porodnici. Její porodní asistentka, ani ona sama si nebyly jisté, zda by nenastaly komplikace při porodu placenty.

Místral má dvě děti (6 let a dva roky), první rozené v porodnici, druhé doma.

Šárka má první dítě rozené doma (5 měsíců). Je studentka marketingu a mediálních studií.

¹² *Business of Being Born* (Abby Epstein, USA, 2008), *One Born Every Minute* (Channel 4, UK, několik epizod z let 2010 – 2015), *Čtyři v tom 3: Dva porody* (ČT, 2014, díl s domácím porodem), Český žurnál: *Pět zrození* (ČT, 2016).

Dlouhá má dvě děti (3 roky a 1 rok), první rozené v nemocnici, druhé doma. Pracovala v občanském sdružení při Motole v klubu nemocných cystickou fibrózou.

Břevnov má tři děti (8 let, 6 let a několik měsíců). První rozené v porodnici, zbylé dvě doma. Pracuje v mateřské školce.

Cordeus má jedno dítě roční, rozené doma. Pomáhá ženám s porodním traumatem.

Petra má dvě děti (5 let a 9 měsíců), první rodila v porodnici, druhé doma. Dělá si kurz, aby mohla vést porodní kurzy.

Alta má 2 děti (5 let a 3 roky), první rodila doma, druhé v nemocnici (podlehla tlaku okolí).

Linda má děti čtyři (12, 9, 6 let a 2 roky), rodila první v porodnici, zbylé tři doma.

Pavčina má děti dvě (8 let a 2 roky), první z porodnice, druhé doma. Pohybuje se v oboru psychoterapie.

4. Výzkumná část

Kde začíná a kde končí síť aktérů tvořící domácí porod? Jak začít s popisem – chronologicky od nalezení prvních aktérů, kteří spolu začnou interagovat a tvořit (zjednávat) domácí porod, nebo se zaměřit na hledání nejpodstatnějších aktérů a vyjít odněkud ze středu a popisovat v odstředivých kruzích? Jak pak ale určit nejpodstatnější články sítě? Řídím se v tomto směru Latourovou radou, kterou podal v jednom ze svých článků, kde se snaží udělat ANT zase o něco srozumitelnější. Označuje v něm text za „ekvivalent laboratoře. Místo pokusů, experimentů a simulací.“ (Latour 2004: 149). Můj popis a můj text se tedy stává experimentem – kombinuji výše zmíněné možné přístupy a skládám síť z několika okruhů, podle toho, jak velkou změnu ve výsledné podobě porodu udělají a využijí přitom čas i prostor. Konkrétně začnu místem, kde porod probíhá, ať už specifickým prostorem nebo obecně oním slůvkem „domácí“. Dále se zaměřím na předměty, pomůcky k porodu použité, nebo ho nějak podporující a přesunu se k lidem, kteří se porodu nějakým způsobem účastní nebo se k němu vztahují. V čase se poté vrátím k zážitkům matek z porodnice, pokud rodili i v ní, protože ovlivňují výslednou podobu i domácího porodu, nejvíce vymezením se vůči tomuto způsobu a praktikám zde zavedeným. Předposledním okruhem bude možná vůbec počátek vzniku sítě domácího porodu (nebo alespoň jeho některých podob) a to shánění informací o něm, ať už v textové podobě knih, časopisů a diskusních fór anebo v ústní podobě od kamarádek a porodních asistentek. Na závěr se pokusím vymezit některé z hranic domácího porodu, určit jaké entity už neovlivňují jeho výslednou podobu.

4.1 Místo

Když jsem se v rozhovorech s matkami bavila o domácích porodech, velkou roli hrálo místo porodu a prostor obecně, atmosféra, ve které vše proběhlo, lidé, kteří se porodu směli a chtěli nebo museli zúčastnit, nezbytné, ale i ve finále velmi zbytečné pomůcky a nástroje a v neposlední řadě i celá dlouhá etapa před porodem a po něm. V událostech, které matky popsaly ve všech situacích, místech a fázích porodu/těhotenství, se objevují aktéři, kteří zjednávají ve výsledku domácí porod. Popíšu je nyní postupně a začnu místem a prostorem, který se zdá být zásadním, jde-li o domácí porod. Ale a priori závěry stranou, nemusí se nutně jednat o prostředí „doma“, nebo jinak řečeno, co je vůbec doma, když zkoumáme domácí porod?

„Ona se narodila na záchodě dcera a protože jsem, na tom záchodě to bylo super, já jsem akorát slezla z té mísy, na kterou si sedl můj muž a tím měl ideální velikost, protože já byla na porodní stoličce, protože ta je asi 30 cm nad zemí, nevím přesně, takže on když, já se o něj opírala a asistentka to dítě chytala.“ (Sandra)

„To bylo suprovější, narodil se do vany, do vody i v těch plodových obalech zabalený. ... jako v pavučinách a Ivana tam protrhla ty obaly a on vyplaval do té vody... No to se prostě stalo, to nebylo v plánu. Ivana přijela a bylo 14 stupňů a mě byla zase zima a ona říkala, to mě nenapadlo, ona říkala, jestli nechci do vany. Tak to je super, že mě to nenapadlo napustit si tu horkou vanu, to bude supr a Ivana říkal, že s tím nemá problém, jestli mi je tam dobře, ať tam zůstanu. Tak asi čtvrtina i třetina porodů, co ona vede, jsou do vany nebo do bazénků.“ (Sandra)

„Takže tentokrát jsem měla všechno připravený, co chci, jak to chci a věděla jsem, co chci, aby se mi dítě narodilo v ložnici, protože tam se mi ještě nenarodilo! Zajímalo mě, taková ta klasika v těch starých filmech, nebo v těch filmech o králich a královnách, jak se to dítě narodí v posteli. Tak jsem si všechno připravila lampičku, matraci takovou skládací na zem, tak jsem se připravila prostě do ložnice, protože jsem věděla, že to chci tam.“ (Sandra)

Takovéto kousky popisu procesu porodu odhalí spoustu věcí, spoustu aktérů, kteří mají vliv na výslednou podobu domácího porodu. Matka sama zde nevědomky funguje jako etnografická zapisovatelka proběhlého porodu. Co je zde přítomno situaci, co můžeme z její zprávy vyčíst, co vše zjednává¹³ porod domácí v této situaci? Záchod (který je umístěn u ní doma) a porodní stolička, na které porod proběhl. Dále manžel a porodní asistentka, kteří asistovali jako fyzická podpora pro matku a záchrana pro dítě. Dále samozřejmě matka a poté i dítě. Dále je podstatná výška porodní stoličky (cca 30 cm), protože usnadnila přesun ze záchodu na porodní stoličku. Z popisu místa, kde porod proběhl lze určit i poloha porodu – tedy na porodní stoličce v podřepu.

¹³ Pro anglické slovo „enact“ používám výraz „zjednat“, jak ho zavedl Zdeněk Konopásek v češtině: „Ne zcela běžné české slovo, zjednat“ je sociologicky přesným překladem anglického slova enact; přívlastek

Ve druhém případě porod proběhl ve vaně, přítomna pro zjednávání tentokrát byla jen porodní asistentka, žena a dítě zůstávají. Ženu a dítě můžeme obecně stanovit jako základní prvky sítě, bez kterých by domácí porod nevzniknul. Což se zdá samozřejmé, ale je to potřeba zmínit pro potřeby další analýzy sítě a zároveň také znovu zdůraznit, že ženu a dítě pojmám na stejné analytické úrovni jako prostor, ve kterém se porod odehrál nebo pomůcky, které byly při porodu použity. Lidé v mé práci nemají navrch nad nelidskými předměty (což není stanovisko etické, ale čistě metodologické). Což bych spíše měla více rozebrat je, že rodička během domácího porodu nefunguje jako celek, ale pro porod jsou zásadnější jen některé části jejího těla, které aktivně porod tvoří. Logicky tedy její reprodukční systém, břišní svaly během porodu, únava, síly, vnitřní odhodlání a podobně. Kdykoli tedy budu psát o matce, je důležité představit si ji jako síť mnoha entit, které se podílí na porodu různými způsoby. Podobně to platí i pro dítě – jeho životní funkce po porodu jsou důležité, jeho poloha v břiše během porodu, zda má novorozeneckou žloutenku apod. – tyto faktory ovlivní další faktory a ve výsledku jsou pro realitu domácího porodu podstatnější (nebo zcela zásadní) než dítě jako celek. Konkrétní realitu porodu ve druhé ukázce viz výše zjednaly spíše plodové obaly, do kterých bylo dítě zabalené i poté, co se dostalo z dělohy, než dítě samo.

Ve třetím případě probíhal porod v ložnici. Nutno doplnit, že porod nakonec v posteli neproběhl, protože Sandra byla natolik vysílená a závěrečné kontrakce přišly tak rychle, že se na postel jednoduše přemístit nestihla, takže porodním místem zůstala podlaha v ložnici. S konkrétním místem porodu vyvstanou další specifika, která dále určují konkrétní realitu porodu – přibírají další členy do sítě. Například porod ve vaně s sebou nese zajištění dostatku teplé vody, jak je patrné v následující ukázce, a to navíc v určitém časovém horizontu, jak bylo zase patrné v jednom díle dokumentárního cyklu *Čtyři v tom*, kde sice manžel stihl porodní bazének v k tomu určené místnosti nafouknout, a matka se zvládla přesunout z vany do bazénku, ale porod trval tak krátkou dobu, že systém vedoucí hadicí vodu z koupelny nestačil bazén naplnit ani ze čtvrtiny.

„...většinu času jsem byla ve sprše. Udělala jsem si vanu. To bylo o něco o malinko lepší a čas utíkal. Po nějaké době, když už mi došla teplá voda v boileru...“
(Sandra)

Samotná vana ale zase k porodu nestačí, kvůli malé velikosti a tak se shání porodní bazének.

„Já jsem chtěla bazének. Ta sprcha jsem měla vyzkoušený, že do té vany se člověk moc pohodlně nevejde. Půjčila jsem si bazének, Roman pro něj jel.“ „Bazének byl v dětském pokojíčku. ... říkala, že bych měla vlízt do toho – že už budeš rodit vlastně a jestli chceš v tom bazénku tak si do něj vlez. To mi trvalo asi na tři stahy, než sem tam vlezla a pak už to bylo za chvíli.“ (Pavčina)

Jindy vana ani bazének nepřípadaly v úvahu, protože nebyly příznivé teplotní podmínky (žena byla háklivá na zimu) a právě přesun do vody a z vody, který je nutný, nebyl pohodlný – takže byl pro vytvoření domácího porodu zásadní rozkládací gauč. Anebo se bazének do bytu jednoduše nevešel.

„Nechtěla jsem rodit na posteli, protože byla hodně vysoká, tak jsem využila náš rozkládací gauč, což je jako matrace a navíc poskytoval různé možnosti opření se. ... já jsem u toho byla i hodně dlouho ve vaně, ale prostě potom mi to přišlo jako hodně složitý proces a aby vana nevystydla tak musela být hodně teplá a to miminko se musí hodně ponořit a navíc já jsem háklivá na zimu, takže představa, že najednou někde budu muset vylézt a bude mi zima mi nebyla moc příjemná a ani pro asistentku to nebylo moc komfortní. Nebylo to pro mě moc důležité. Cítila jsem, že raději budu rodit někde v teple.“ (Cordeus)

„Představa, že si pořizuju bazének, a přípojky jsem si v našem pidi bytě nedovedla představit.“ (Dlouhá)

Pro vytvoření domácího porodu jsou tedy důležitá konkrétní různá místa v domě, bytě, bydlišti rodičky, ale co znamená přesně to slovo domácí v domácím porodu, kdy přestane být porod domácím? Kde je hranice sítě domácího porodu, když se bavíme o místě?

„...chtěla bych být doma. Protože mně tam i jde o ten domov, já jsem doma ráda. Mám ráda svoji meruňkově vymalovanou ložnici, mám ráda kachličky ve své koupelně a chci být tam.“ (Sandra)

*„Kolem sedmé jsem psala PA, že se přesouváme k našim na zahradu, kde připravíme vířivku. Kolem osmé jsme se přesouvali asi 12 km z našeho bytu na zahradu k našim.“
 „Vlezla jsem do teplé vířivky a u mě seděl muž.“ „Přesunuly jsme se do ložnice do pelíšku a chráněného místa – porodního hnízda za zavřenými dveřmi a zataženými závěsy kvůli přítmi.“ „Mamka udělala pár fotek, jak se jí vnuk narodil v její posteli.“
 (Petra)*

V některých praktikách jsou důležité právě všechny prvky „domova“ – konkrétně meruňková ložnice, kachličky v koupelně apod., a jinde by se domácí porod odehrát nemohl. V jiném případě ale nezáleží na „domově“, protože se porod odehrál u rodičů rodičky a důležitější byla zahrada, možnost svobodně se pohybovat v otevřeném prostoru v horkém létě. V jiné situaci vyvstal porod doma řekněme z čistě praktického hlediska – hrozící náledí částečně nutí naplánovat domácí porod.

„A tady v prosinci, dodám, že bydlíme v přírodě v lese a v kopci, občas jsou nesjízdné silnice. Občas se stane, že tady třeba je den dva náledí. A vzhledem k tomu, že termín jsme měla 17. prosince. Tak bylo docela reálné, že by se mohla stát nějaká nehoda a bych třeba se do té porodnice nemusela dostat.“ (Šárka)

Přednost tedy dostává domácí porod, před soustředěním se na možnost dojezdu do porodnice, která by vůbec nemusela vyjít. Příprava a plánování tedy také ovlivňují výslednou realitu domácího porodu, více o nich pohovořím později, až budu popisovat různé způsoby získávání informací. Popisované (pozdější) situace ale také odhalují, že se domácí porod stejně musí v některých případech z domova přesunout do lékařských zařízení a to především kvůli prohlídce novorozence nebo nastalým komplikacím. Závislost domácího porodu na zavedeném vnějším systému medicíny trvá. V dalších podkapitolách se budu podrobněji zabývat i tímto vztahem porodu s lékařskými profesionály a zázemím.

Když se zaměřím opět jen na místo, kde probíhal samotný porod, vyplyne mi jich na základě matkami popsanych situací hned několik – porodní bazének, vana v koupelně, rozkládací gauč v ložnici, podlaha v ložnici, zahrada a babiččina postel na chatě atd. Různé praktiky tvoří různé podoby domácího porodu zaprvé napříč lokalitami, kde se odehrály (v každé domácnosti se rodí jinak) a zadruhé v čase (domácí porod probíhá v jednom domě u jedné matky jinak s prvním, druhým a dalším dítětem). Přitom ale všechny tyto porody neztrácí označení domácí. Domácí porod tak nabývá mnohočetných realit, které mohou existovat vedle sebe, aniž by se vzájemně vylučovaly nebo střetávaly a to díky distribuci jeho verzí napříč prostorem a časem. Tyto formy distribuce neplatí jen pro místo porodu, ale i pro jeho další části, jako jsou použité pomůcky nebo zúčastněné osoby, na což se zaměřím v následující části práce.

4.2 Předměty

Porod v domácím prostředí umožňuje využít k porodu nejen libovolné místnosti nebo prostory, ale i pomůcky, předměty, praktiky použité během a po porodu k usnadnění, podpoře procesu. Jsou to předměty čistě praktické, které vyplývají ze zvolené polohy nebo místa porodu a povahy porodu vůbec, protože může potenciálně udělat velký nepořádek. Dále nutné hygienické pomůcky, zlepšováky, bylinky, „alternativy k běžným lékům“ (Dlouhá) na poporodní hojení a rady od porodní asistentky, a v neposlední řadě i zcela konkrétní a specifické předměty, které ani přímo pro průběh porodu nutně důležité nejsou, ale přesto s ním souvisí.

„Jinak jsme tady měla spoustu absorpčních podložek, takové ty běžné lékárenské, drogerie jako jsou hygienické sterilizované rukavice. Měla jsem tady nějaké přírodní věci na poporodní hojení. Měla jsem tady zelený jíl, pak jsem měla hemagel a homeopatika. A dubovou kůru.“ ... „nakonec jsem to využila na hojení v kombinaci s dubovou kůrou a hemailem . To mi dost pomohlo a za týdny jsem nevěděla o ničem. Ale šít jsem se nenechala...“ (Šárka)

„Taky nám vysvětlila (porodní asistentka), co bychom doma měli mít. Nakoupili jsme nějaké podložky, plenky na miminko což je hodně, hodně základní výbava. Pro mě byli důležité esenciální oleje, protože s nimi hodně pracuji, ale nemyslím si, že by bylo něco speciálního, co jsem si musela pořídit.“ (Cordeus)

„My měly vířivku, Bachovy esence, nějaké podložky, a velkou deku a to bylo všechno, Dubovku na ošetření, kokosovej olej a Bachovy esence, to jsou kapičky na uklidnění či zklidnění. No bylo vlastně všechno.“ (Petra)

Některé matky popisovaly celé seznamy pomůcek, chtěly být technicky vybavené co nejvíce. Jiné jen úplný základ a to i zcela běžné věci každodenní potřeby, které se ukázaly být u domácího porodu zcela esenciální, jako třeba mobilní telefon na záznam délky trvání kontrakcí anebo dostatečné zásoby jídla a pití. Protože většinu věcí, co si člověk připraví, stejně prý nakonec nevyužije.

„...podložky, takový ty vatový, takový ty neprodyšný nepropustný a jinak nic vlastně.“ (Alta)

„Na mobilu jsem si vždy fotila čas, po 15 minutách jsem cítila takový silní vlny, tak jsem zavolala asistence...“ „Olejičky, podložku. Poporodní kalhotky. Nějaký ty věci hygienický, jinak nic.“ (Cordeus)

„Igelit, podložku inkontinenční, spoustu vložek, lampičku pro porodní asistentku, misku na placentu. Mám doma celý seznam. Pak jsem to vlastně posílala i nějaké další ženě, která se chystala k domácímu porodu. Nějaké věci pro novorozence. Alternativy k běžným lékům. Borovou vodu do očí. Bylinky pro sebe na čaj, na koupel. Vitamíny s sebou, pití, zásoby jídla, to je hlavní podle mne. Vitamíny pro miminko, ale nic speciálního.“ (Dlouhá)

„...ale potom člověk ani jako nezvládá využít ty věci, co si připravil všechny. Je dobrý dělat to v pohodě a nepředimenzovávat přípravu.“ (Pavčina)

Domácí porod se ale neukázal být specifický, co se týče alternativní nebo východní medicíny. Jeho společným jmenovatelem byly spíše praktické pomůcky. Některé domácí porody ale probíhaly za světél svíček a vůně aroma olejů. Dostáváme se opět k jeho mnohočetné podobě, kdy je jednou nezbytný kokosový olej a jindy zásoba obyčejných vložek a v jednom specifickém případě vlastnoručně vyrobené porodní

místo – kuličkový pytel, které s sebou přináší další konkrétní pomůcky a ovlivňuje polohu porodu, jak popsáno níže.

„Tohle technické jsem řešila dost, abych měla všechno a to samé ještě jednou do té porodnice. Takže ty všechny věci mám dvakrát. Nejsem úplně typ na vybírání svíček a hudby a aroma olejů. Já mám pocit, že při tom porodu mám jiné starosti.“ (Dlouhá)

„...takovej kuličkovej pytel jsem si ušila těsně před tím druhým porodem. Ten mi hodně pomohl. Ale on strašně smrděl, tak jsem si přes něj hodila takovou fleesovou deku takovou červenou, ale ta zase strašně hřála, tak mi bylo šílený vedro.“ „No tak jsem sehnala takovou bezvadnou krávu, pytel ve tvaru krávy. No tak to byla snad jediná pomůcka. Na tý jsem strávila celou tu dobu porodní na boku, v leže.“ (Břevnov)

Můžeme ale některé popsané pomůcky z domácího porodu vyřadit, odmítnout je s tím, že nepatří do sítě, která zjednává domácí porod? Protože je lze využít jak v porodnici, tak doma (viz příprava dvou sad pomůcek domů a do porodnice)? Nemůžeme ale vyřadit z domácího porodu všechny předměty, které se používají i jinde, hlavní pro určení sítě je, zda jednotlivé předměty/aktéři formují výslednou podobu domácího porodu a to pro všechny výše popsané předměty platí. Navíc je hlavní, že se právě vyskytly v popisovaných praktikách, v nich se právě tvoří domácí porod.

Nutno ještě na závěr připomenout, že kategorie místa je v podstatě součástí kategorie předměty a naopak, ale pro větší přehlednost je uvádím zvlášť. Kategorii místa jsem uvedla zvlášť také z toho důvodu, protože se věnuji domácímu porodu a místo je v tomto případě velmi důležité. Není to jen doma, ale konkrétní místo v bytě, které je zase spojené s konkrétní pomůckou porodu – proto jsem v kategorii „místo“ nezůstala jen například u koupelny nebo ložnice, ale zdůraznila jsem i záchodovou mísu nebo rozkládací gauč, protože až tyto předměty tvoří ono konkrétní místo, kde se odehrál domácí porod. Do kategorie předměty pak spadají primárně doplňkové věci ulehčující průběh porodu nebo zajišťující praktické řešení nastalé situace, které lze použít v zásadě na jakémkoli konkrétním porodním místě.

4.2.1 Předměty v nemocnici – samé umělé urychlovače

Některé výše popsané věci by nejspíš bylo možné využít i při porodu v porodnici, jak jsem právě naznačila, (obzvláště když byly používány celé těhotenství – viz následující příklad):

„Tak já jsem pila celý těhotenství takový ty směsi bylin, takže to mi jako dělalo dobře, ale něco speciálního že bych měla jako na ten porodní den, to ne.“ (Alta)

Ale množství použitých pomůcek, léků a provedených zásahů u domácího porodu je dáno pojetím domácího porodu právě jako odlišného od toho v nemocnici. Domácí porod, ale i porod obecně, má probíhat přirozeně:

„...bez lékařských zásahů, bez jakýkoliv chemie, bez nějakého oxytocinu. Bez jakýchkoliv zbytečných zásahů, monitorování. Bez všech nástřihů například, což byla snad jediná věc, která si mě přihodila v Neratovicích a nelíbila se mi. ... ale samozřejmě při placentě mi něco píchli. Člověk je však v rauši a tak já jsem ani nestihla zareagovat a už jsem to měla.“ (Mistral)

„Bezzásahový, nemedikovaný, ve volné poloze.“ (Cordeus)

Matky, které rodily (v mém vzorku většinou své první) dítě v porodnici se právě od zažitých nemocničních praktik distancují – nejvíce od léků proti bolesti (epiduralu) a urychlovače porodu v podobě umělého oxytocinu, ale také proti dalšímu jednání lékařského personálu a atmosféře v porodnici vůbec, čemuž se budu věnovat později v samostatné kapitole.

„Ne to (prášky proti bolesti) se nepoužívá, to prostě nikdo nemá. Nic takového tam prostě není. Ten domácí je prostě o tom, vzít to jak to je, to dítě se narodí tak jak to příroda chce a nic na to nemá, maximálně masírovat záda, používat homeopatii, aromaterapii a to je tak vše. Jen podpory tady toho procesu.“ (Sandra)

„...bavili jsme se o oxytocinu, kterej se dá jakoby podpořit třeba tím, že se dělá třeba masáž bradavek. Nebo prostě to přirozený vylučování toho oxytocinu.“ (Bohnice)

Nejen že matky zůstávají rodit doma, aby byl porod přirozený, ale i obráceně - domácí prostředí pomáhá v udržení přirozeného porodu, protože tam jednoduše jiné možnosti nejsou anebo je čas a vůle podpořit tvorbu hormonů apod. přirozenou cestou a ne zvolit umělou zkratku ve formě léků.

„Ale taky vím, že kdyby mi někdo nabídl cokoliv, tak jsi to vezmu. Asi. Protože ten stav už je takový, že nějaký přesvědčení, racio i veškeré informace, co o tom mám, mi byly prd platné.“ (Sandra)

„To záleží, jak je matka nastavená. Když je matka nastavená na přirozený porod, bez léků a bez toho, tak je problém to do nich nacpat. Ale když maj kontrakce a vědí, že to nikam neposouvá, tak každé změně potom.“ (dula o porodnici)

Když se nepoužívá medikace, tak to ještě neznamena, že se nepoužijí různé alternativní způsoby ulehčení porodu, uvolnění, urychlení, utišení nebo usnadnění procesu, ke kterým nejsou ani nutné nějaké předměty, ale jen návody z knih (způsobům získávání informací a zkušeností k domácímu porodu se budu věnovat podrobněji později). Výsledky ale nejsou úplně zaručené, jak naznačuje v následující ukázce Sandra.

„...já jsem chodila, dala si 3krát vanu samozřejmě, pak jsem si dala k obědu pálivou polívku, abych to podpořila a udělala jsem si čaj se spoustou zázvoru a snědla jsem dvě lžičky lněných semínek a pak znova vanu a prostě nic...“ (Sandra)

V nemocnici sice matky nechtějí, aby porod řídili doktoři, urychlovali ho umělými způsoby, ale doma poté nastaly situace, kdy se samy matky pokoušely porod urychlit nebo zpomalit, sice zcela jinými, přírodními způsoby, ale stejně důvodem byly vnější (ne přirozené, z porodu vycházející) nepříznivé nebo neplánované okolnosti. Především časové dispozice porodní asistentky, kdy kvůli vytíženosti s dalšími klientkami a svou vlastní rodinou, měla čas jediné/nejlépe ve středu:

„Tak jsem si říkala, rodíme ve středu. Tak jsem v úterý nasadila léčbu ve stylu lněný semínko a čaje silný malinikový, koupel jedna, koupel druhá, pak jsem hopsala na

míči, pak jsem si vyškemrala nějaký sex na mužovi. No a to klaplo to ano, v tomto případě. Protože v úterý jsem začala родit a ona se nám narodila v noci ze středy na čtvrtek.“ (Sandra)

Anebo se času nedostávalo manželovi kvůli práci. Ale následující metoda odkládání porodu se rozhodně nemůže srovnávat s invazivností oxytocinu nebo hormonálních medikamentů zastavujících porod, jde spíše o pokus vyjednat si s miminkem odklad porodu:

„A pak jsme si hlavně uvědomili, že je 16. prosince a že následující den je jediný den, kdy není možné, aby si přítel vyměnil směnu v práci. Takže jediný den, kdy nemůžeme jít do porodu. Tak jsme si stoupli k sobě a říkali si, co s tím budeme dělat, tak dobře, zkusíme poprosit miminko, aby počkalo, že se nám to fakt nehodí. Tak si přítel kleknul k bříšku a mluvil na něj a my fakt prosili, jestli by to mohlo vydržet alespoň jeden den, no a v tu chvíli ve mně něco tak luplo a vyšla země hlenová zátka.“ (Šárka)

Rodičky během domácího porodu používají různé pomůcky na povzbuzení celého procesu, na ulehčení a zvýšení pohodlí nebo zcela praktické věci jako hygienické potřeby. Společným jmenovatelem je vždy přirozenost, žádné umělé přípravky, které jsou pro matky znakem porodnických praktik. U některých porodů jsou zásadní olejíčky a přírodní léky jako Bachovy kapky, dubová kůra a vitamíny, u jiných je hlavní maximální zajištění hygieny (nepropustné podložky, poporodní vložky) a vlastně i běžného lidského pohodlí (dostatek jídla a pití), a některé matky si připravují speciální pomůcky pro své osobní maximální pohodlí („porodní kráva“). Záleží také na praktičnosti matek – některé chtějí mít vše technicky zařízené a připravené, jiné přípravu nepředimenzují, protože cítí, že při samotném porodu vyplynou potřeby postupně a průběh nejde naplánovat.

4.3 Lidé

4.3.1 Porodní asistentka

„Ona mi slíbila, že se na mně ráno přijede podívat, což mě úplně vyděsilo, že by jako nepřijela. Že by připouštěla variantu, že nepřijede. Nejsem typ, že bych zvládla rodit sama bez asistence.“ (Dlouhá)

Síť domácího porodu tvoří kromě matky a dítěte ještě další lidé, jak vidno v předchozí kapitole. Podle toho, jak svou pozicí v síti zasahují do podoby porodu, se z nich porodní asistentka ukazuje jako klíčová osoba. Hlavní je, aby její intervence, stejně jako u používaných předmětů, nenarušovaly přirozený průběh porodu a bylo jich tedy co nejméně a byly co nejšetrnější. Většinou jsou hranice jejího konání určeny na základě slovní dohody s matkou, ale existují také písemné domluvy (viz příloha č. 2), kde jsou také stanoveny hranice domácího porodu, neboli, kdy přestane být porod doma pro matku nebo dítě bezpečný a bude následovat přesun do nemocnice. Ve zkratce je obsah písemné dohody následující – žádné intervence a léky, minimum vyšetření, žádné přerušování či nucení do změny procesu. Aktivně je její pomoc žádaná jen k ochraně hráze, při chytání dítěte a kontrolách dopplerem.

Porodní asistentka tedy porod nevede, to zůstává na matce, její hlavní funkce spočívá v podpoře matky, ať už slovní, fyzické nebo emoční, a vyčkávání na to, až bude potřeba její pomoc, rada nebo zásah.

„Ona tady seděla celou tu dobu a pila kafičko a četla si knížku. Já o ní ani nevěděla, fakt jsem nevěděla kde je a co dělá. A když jsem ji potřebovala, tak jsem si o ní řekla...“ (Šárka)

„...povídaly jsme si jako by se nic nedělo, do toho přišla tak po 7 minutách kontrakce, na kterou jsem si stoupla, nebo klekla, co jsem chtěla, ona byla potichu, nic neříkala, max. po skončení řekla, „fajn, jde to dobře, bezva“, nějakou podporu...“ (Sandra)

„Je problém s tím, že dobrý tak mě odrodíte, jak se dělá s doktorama, tak děláj s tou asistentkou. Samozřejmě to nemůže klapnout jo.“ (Cordeus)

„Zrovna když se dítě chystalo ven, tak jsem řekla, že na to nemám, že to nedám. Tak tam splnila funkci, že řekla, že na to mám a pak chytla dítě a bylo super, že nic neříká a to dítě nezná jiný hlas, než můj a partnera slyší, tak je pro dítě aby tam nikdo jiný nemluvil a to dítě neplašil.“ (Sandra)

Porodní asistentka začíná spolu s matkou zjednávat domácí porod ještě před samotným narozením dítěte. Předporodní schůzky jsou důležité pro to, aby si obě ženy zkusily, zda si rozumí a důvěřují si, což je velmi podstatné během porodu. Na těchto schůzkách také provádí asistentka lékařské vyšetření matky, které pokračuje během porodu, hned po narození a po domluvě může pokračovat i nadále několik sezení. Porodní asistentka nabízí jak lékařský, tak lidský a poradenský servis.

„...jedno vyšetření vždy udělala, na začátku při kontrakcích, které vypadaly, že jsou k porodu, čekovala to s tím, že každou hodinu kontrolovala ozvy. Ona měla ten přenosnej Doppler s tím, že to vždycky pustila nahlas.“ (Sandra)

„...přijela někdy v noci, vlastně, a poslouchala srdeční ozvy, měřila mi tep, dívala se, jak moc jsem otevřená, pořád jí to přišlo málo, že ty ozvy jsou jako s dlouhým intervalem, tak prostě byla u nás vlastně celou noc...“ (Alta)

„Byla fakt v pohodě. No jak říkám, jak toho napovídala před tím na těch poradách, tak teď dovedla neuvěřitelně mlčet. Člověk cítí napojení. Když se něco děje, tak k tobě přijde, pomůže, něco poradí polohu, nebo řekne třeba 3 kontrakce a zkusíme jinou polohu.“ (Břevnov)

S porodní asistentkou do porodu přichází také další pomůcky – například doppler, zařízení na poslech ozev dítěte, všechny náležitosti na přestřižení pupeční šňůry, pomůcky na šití, teploměr, tlakoměr nebo sterilní rukavice. Má s sebou dva kufry plné zařízení a pomůcek, které se většinou nepoužijí, proto matky nebyly schopny popsat, co se v kufrech skrývalo, pokud se to opravdu nepoužilo a tím pádem nepodpořilo domácí porod, tudíž pro mé účely může obsah kufru zůstat skrytý.

„...jediné, co jsem neměla, byly ty nůžky a taková ta gumička na zaškracení. Jinak jsme měla všechno. A takže u toho mi poskytly ony, tyhle ty pomůcky. Pupečník mě nechaly přestříhnout samy.“ (Šárka)

„Měla dva kufry, plný různých, dýchací přístroje různý, já nevím, já jsem se jí tam nekoukala, prostě měla dva kufry ... já vím určitě o rukavicích a měla různý takový jednorázový šicí pomůcky, to si pamatuju po tom porodu, ... teploměr, tlakoměr, ale jinak nic zásadního. Tlakoměr, měla ten monitor Doppler, kterej ani při tom porodu necejtíš, že to vyšetřuje.“ (Břevnov)

„Brašny, ve kterých měla sterilní rukavice určitě. Což standardní doktor nepoužívá. ... Víím, že tam měla plenu určitě, naslouchadlo. Věděla jsem, že chodí bez medikace, i když víím, že oxytocin se sehnat dá. Nějaký nůžky. Šití, což se nekonalo.“ (Cordeus)

Porodní asistentka také poskytuje spoustu rad jak během porodu tak před ním a po něm. Alternativní medicínu, přírodní antibiotika, bylinné čaje i rady přenášené jistě po generace. Může někdy radou posloužit i jako alternativa k praktickému lékaři, jak je patrné v následující ukázce.

„...já jsme měla toho streptokoka 2 dny ke konci, na tom vyšetření se to, myslím ve finale rutinně, antibiotika. ... No a jo že jsem vlastně dostala od porodní asistentky radu jak postupovat proti tomu, přírodní antibiotika, nákej příšernej kozinec, bylinná tinktura kozinec, kde je nějaký přírodní antibiotikum a nějak to pomáhá .No ještě něco, bylinný čaj jsem pila, ještě něco.“ (Břevnov)

„...cokoliv jsem potřebovala, tak po tý zdravotnický stránce si náký cvičení třeba, nebo i jako po tý zdravotní, jsme třeba měla problémy s alergií, tak mi třeba poradila nějaký třeba akupunkturu, že by mi mohla zafungovat, zklidnit to a samozřejmě součástí každý tý kontroly, toho sezení je jakoby kontrola prostě miminka...“ (Břevnov)

„Ještě jednou mě masírovala, už nevím, jestli nějaký olejíčky, to nevím. Mám pocit že i poprvý nevím to byly Bachovy kapky myslím...“ (Pavlína)

„...už to vypadá jakoby dobře, nemám z toho špatnej pocit, ale budete unavená. Dejte si šampri. - Dala jsem si šampri, nakoplo mě to, bylo to dobré.“ (Bohnice)

Dále poskytuje spoustu rad a hlavně za sebou má praxi, ví, co se se může stát a co se přesně děje a dokáže předcházet komplikacím. Komplikace jsou také jediná situace, kdy je asistentce dovoleno zasahovat do porodu ve větší míře. Zároveň díky tomu, že matku zná delší dobu z předporodních schůzek a vyšetření dokáže určit, zda jsou opravdu zásahy nutné, zda je riziko příliš velké nebo vše probíhá stále pod kontrolou. Jednou tak pokračovala s porodem delší dobu (a vůbec s ním souhlasila od začátku), než by si možná dovolili v porodnici, protože se rodička (Cordeus) v mládí dlouho léčila se skoliózou a měla zlomený obratel, takže ji vždy říkali, že bude určitě rodit císařem. Ve druhém případě si ale asistentka nebyla jistá, zda porod neprobíhá příliš dlouho a nebude problém s odloučením placenty, tak raději nechtěla riskovat porod doma a matku k odjezdu do nemocnice opravdu přesvědčila.

„Porodní asistentka byla nemilosrdná a opravdu mě trochu potrápila. Ona pokaždý poznala, co se děje, jestli sestupuje, nesestupuje a Ivan bohužel nesestupoval k tomu východu, takže jsem to strávila mimo krávu. Trvalo mu to.“ „...tam jsem v podstatě 5 hodin klečela, v podstatě jsem ne nezvedla z toho kleku a nakonec jsem i v tom kleku porodila, přestože asi dvě kontrakce mě ta asistentka položila na gauč na bok jeden, levej, me 2 kontakce me držela na tom boku, aby se ta Malvína tam dorotovala, si zvolí svoji přesnou polohu, pozici ve který jdou ven.“ (Břevnov)

„Moje asistentka by samozřejmě poznala, pokud by to nešlo. ... V nemocnici by mě rozhodně nenechali rodit tak dlouho a v klidu.“ (Cordeus)

„No a říkala: „Heleďte, dobře si to rozmyslete, ale já už z toho začínám mít ne úplně dobrej pocit, kvůli tý placentě.“ Tak jsme tady, pak jsem už vylezla z tý vany, už jsem tam byla dlouho. A prostě jsme tady jako tak seděli na tom gauči tady takhle, jsme se na sebe s mužem koukali a říkám: „já vůbec nevím, co mám dělat.“ Prostě kontrakce se zas jako občas zpomalily, bylo to takový divný a asistentka říkala: „Heleďte, neriskujte to.“ A ve chvíli, kdy to řekla, jsem si řekla jedem, no.“ (Bohnice)

Porodní asistentka tedy tvoří zásadní článek sítě domácího porodu. Může se ale stát, že v termínu porodu bude nemocná nebo bude mít práci s jinou klientkou. Lze si zajistit dvě porodní asistentky, v takovém případě ale hraje roli otázka peněz („*Ono se to pochopitelně platí, protože toto není přes pojišťovnu a za jeden porod se tý asistentce dává 8000,- a není možný, nebo když máme 3 děti není možný dát 16000,- za porod.*“ (Sandra)), některé asistentky fungují rovnou v tandemu nebo je zde samozřejmě možnost porodit bez účasti další osoby. Shánění asistentky na poslední chvíli způsobuje komplikaci navíc, která zbytečně matku unavuje, ale některé si bez asistence další osoby rodit nevěří a v úvahu by pak připadala jen nemocnice. Porodní asistentka je jednoduše velmi podstatná v síti pro vznik domácího porodu.

„...od půlky června do začátku července byl sjezd porodních asistentek v JAR byl nějaký kongres, kam samozřejmě Ivana odjela. Dcera se mi narodila přesně v den termínu a teď jsem měla rodit 4. července a Ivana se měla vrátit 1. nebo 2. července. Takže kdyby to šlo dřív tak jsem byla v hajzlu. Takže bych byla bez ní, já jsem se ptala, co mám v tomhle případě dělat a ona říkala, že bych to zvládla. Můj muž, že byl taky u toho, že byl dobrej, že by to taky zvládl.“ (Sandra)

„Pak teda tři dny před porodem mi odřekla moje porodní asistentka, dva dny před porodem jsem sháněla novou a našla, a den před porodem jsme s přítelem jeli na setkání s novou PA, zase dalších asi 100km od Prahy a následující den jsme porodila.“ (Šárka)

4.3.2 Manžel

Porodní asistentka je sice zásadní, ale není jedinou osobou, která se porodu účastní. Jak je vidět v předposlední ukázce, manžel nebo partner vstupuje do porodní sítě a to především jako fyzická podpora a také jako zastánce rozhodnutí matky rodit doma. Partneři nechyběli skoro u žádného z porodů, o jejichž průběhu jsem poslouchala.

„Byl potichu, to bylo to, co měl asi dělat. Oni mi ji podali spodem. Rodila jsem hodně dlouho a byla jsem fakt vyčerpaná. Když mi ji dali do ruky, tak jsem měla strach, že ji neudržím. Nemohla jsem se moc hýbat. Muž mě vlastně posadil. Přesto, že se bojí

krve, tak myl placentu, což jsem zjistila až posléze. Do dneška nikdo nechápe, jaktože z toho neomdlel, protože ani svoje zranění tak se na to nemůže ani podívat.“ (Cordeus)

„To mě držel přítel, já byla zavěšená do něj /když v podřepu/ ... přítel se postaral o malou, vzal si jí, umyl si jí. Odnesl jí do ložnice, tam s ní byl... Určitě ho zapojili asistentky, připravoval horkou vodu, poskytoval nějaké hygienické pomůcky, které tady byly už nakoupeny dopředu. A v závěru mi dělal fyzickou podporu.“ (Šárka)

„...tak to bylo takovej nutnej tady náš,... kdyby se něco dělo tak by nás vzal, no no, kdyby to jako nešlo, kdybych nebyla jako v klidu. ... On byl vedle, vařil vodu, tak on tak seděl opodál.“ (Břevnov)

„Na to byl manžel, smích. Já zavolala už a on to stopnul a dobrý....Tak takhle jsme to počítali tady. Já bych asi nebyla schopná.“ (Břevnov)

„Chytil dítě s porodní asistentkou. Vono je to pak jako rychlý tak jako chytil.“ (Alta)

Konkrétně tedy chytil čerstvě narozené dítě a staral se o něj, zatímco matka odpočívala nebo se myla, držel rodičku v určité poloze, kterou by jinak fyzicky nezvládla udržet delší dobu, sloužil jako asistent asistentky, kterou také zabavoval v první porodní fázi, pomáhal počítat kontrakce, když se na to matka necítila, sloužil jako jistý řidič při případném převozu do nemocnice (nesmíme pak zapomenout i na auto, které by se do sítě také zapojilo, stejně jako zajištění dostatku benzínu na převoz) a vůbec sloužil jako jistota při jakékoli komplikaci nebo neplánované situaci (asistentka si s sebou nevezala svoje kufry) a jako podpora ženy. Zajišťuje v tu chvíli také běžný chod domácnosti, jako starání se o děti, o zvířata, pokud v domě také bydlí, což v některých případech vyústí v to, že během porodu přítomen není. Někdy ho ani žena během porodu nechce nebo nemusí mít vedle sebe.

„Ona si s sebou nevezala věci, protože nevěděla, že je situace tak vážná. Manžel s dcerou byli vyslaní, aby ji domu dojeli pro tašku. Potom šli na hřiště, když se vrátili. A já jsem se konečně rozrodila mezi 8 a 9. V půl dvanácté se Jaromír narodil. ... Manžela s dítětem jsme zavolali hned po porodu. ... Oni přišli do toho tratoliště krve. Mariánka

to zvládla dobře, utírala mi koleno od krve a asistovala té asistentce, se kterou se znala z předchozích návštěv.“ (Dlouhá)

„Roman byl supr, přišel a řekl, jakože nějak se potřebuje zklidnit a postavil si ten bazén a se mnou nic neřešil. Hezky to tou intuicí zvládl, taky už to nebyl první porod.“ (Pavčina)

„No myslím, že mě držel za ruce. Jako byl u toho. Pak jsem si Vitu v náručí odnesla do postele a já mám hlad, tak došli do pizzerie pro těstoviny, prostě dobrý.“ „A to jsem zase věděla, že tam nechci být sama. Manžela bych tam nepotřebovala, ale tu asistentku tu jsem tam chtěla.“ (Sandra)

4.3.3 Další děti, kamarádky, rodina, sousedé

O děti a vůbec všechny obyvatele domu (včetně 6 koček a psa, protože „...tam prostě být musí, nemají kam jít.“), kde porod probíhal, bylo nutno se nějak postarat. Běžný provoz mohl zvládnout partner (vypravení dětí do školy nebo školky), ale pro případ převozu do porodnice bylo třeba zajistit hlídání. Ale někdy se hlídání shánělo i na průběh porodu doma, protože se matka bála, že by zážitek pro dítě nemusel být úplně vhodný (dítě se rozbřečelo, už jen když matka zařvala, když se kopl do palce). A zároveň by dítě vyžadovalo pozornost a rušilo by u porodu matku.

„Hlavně jsem doma řešila co s tím starším dítětem. Protože jsem si úplně nedovedla představit, že Mariánka bude u toho. Měla jsem za to, že mě vlastně bude i rušit.“ (Dlouhá)

„No já zase nechtěla, aby to rodina věděla, to jsem měla husí kůži, že bych zvedla telefon a řekla „Ahoj mami tak já rodím, tak chci, abys to věděla, pohlídej mi dítě“. ... Tak jsem se domluvila s kamarádkou, i jsem se těšila, že tam bude, protože jsem měla takovej pocit, že tam potřebuju nějakou ženskou.“ (Sandra)

„Sourozenci byli přítomní u porodu – chodili se koukat od začátku, když pak nebyli (porod proběhl n noci), tak byli smutní, že to neviděli celý.“ (Linda)

Do domácího porodu se jako hlídačky zahrnují další lidé – kamarádky. Hlídaní se ale v praktickém jednání ukazuje jen jako možná zbytečná prevence. Když se děti porodu účastnily, nebo v tomto případě, když se po posledním porodu nezúčastnily, tak byly smutné. Porod tak možná nevyvolává nadlidskou sílu a výdrž jen u rodičky (všechny vyjadřovaly překvapení nad tím, že dokázaly být vzhůru a při síle tak dlouhou dobu), ale probouzí odolnější emoce i u ostatních zúčastněných nebo nejbližších členů rodiny. Podle jednoho popisu manžel ztratil fobii z krve, když čistil placentu nebo se aktivně zapojoval, i když v nemocnici byl u předchozího porodu „absolutně nepoužitelný“ (Břevnov) a děti se stávají odolnějšími. Porod rozhodně vytváří specifickou atmosféru, který ženě dodá sílu, jistotu a sebedůvěru.

„Přišla kámoška, těhotná byla taky, řekla, že byla úžasná atmosféra. Je to něco skvělého, když do toho nezasahuje někdo jinej. Já jsem měla ještě pocit, takový růstový to bylo pro mě. Jak jsou takový ty katarze, jak se člověk posouvá...“ (Pavčina)

„Fakt jsem měla pocit, že mě to dalo velkou, další stupeň ženství, další jistotu i v tom mateřství, sebevědomí, takovej rituál úžasnej. Vlastně ještě rovina, že to člověk chce dělat kvůli dětem, aby ten porod na svět byl pěkněj a vůbec sem nevěděla, co to vlastně bude znamenat pro mě., (Pavčina)

„...rodina, tak jsme to nikomu neřekli, jen přátelům, protože konstelace – manželova maminka lékárnice, brácha je anesteziolog, matka je hysterik, úzkostňák, kdykoli mám nějakou starost, tak jí to nemůžu říct, začne vymýšlet ještě horší alternativu.“ (Pavčina)

Členové rodiny, především rodiče nastávajících rodičů, nemohli sloužit jako hlídači, protože o tom, že porod probíhá doma, nebyli převážně informováni. Rodiče i širší příbuzenstvo bylo většinou otevřeně proti domácím porodům nebo nebrali žádné nestandardní zprávy s nadšením nebo byli sami nějakým způsobem spojeni s medicínou, tak se novoroďičové bojí, že by se je snažili přesvědčovat o odjezdu do porodnice. Zajímavé také je, že jedna matka nechtěla mít při porodu nikoho z příbuzenstva protože: *„To neexistuje, já mám dvě sestry, nedovedu si, že by tam některá z nich byla. Musí to být někdo, kdo ke mně nemá vztah.“ (Sandra)*

Nastávající prarodiče tak ze sítě aktérů domácího porodu vypadávají, alespoň u mého vzorku respondentek. Nebo alespoň stojí na hraně a utvrzují matky v přesvědčení, že okolní většinová společnost není k domácím porodům vstřícná. Do sítě domácího porodu se ale dostávají možná celkem nečekaně sousedé, což vyplývá opět z domácího prostředí, pokud se neodehrává porod někde na samotě, a to především jako rušivé elementy, které naruší průběh nebo atmosféru porodu, ve které je klid a soustředění tím hlavním, důležitým prvkem.

„...do toho ještě nám zvonil za dveřma soused a máme psa, který příšerně štěká, když někdo zvoní a jsem stejně musím jít otevřít ty dveře, protože by štěkal půl hodiny. Tak já jsem šla a teď ten soused mi řekl, že jsou třídní schůzky...“ (Sandra)

„Ale my teď bydlíme v lese a nedokážu si představit lepší prostředí na rození než v lese. A bez sousedů.“ (Šárka)

„A zajímavé bylo, že největší obava, kterou měl (manžel), byla, že co tomu řeknou sousedé. Že na nás zavolají policii, nebo jako bál se těch sousedů. ...Mě také ta představa, že mě tam slyší celý barák, nebyla úplně příjemná.“ (Dlouhá)

Ve shrnutí domácí porod tedy neprobíhá jen za účasti matky a dítěte, ale jsou mu přítomni většinou plánovaně i další lidé, kteří rodiče během porodu pomáhají, ať už fyzickou silou nebo radou nebo psychickou podporou. Hlavním článkem v domácím porodu je pak porodní asistentka, která primárně přispívá k duševní pohodě ženy, ujišťuje ji v její schopnosti přivést na svět dítě zcela přirozeně a sama. Proto také vyčkává v pozadí a do porodu se zapojuje až na přání rodičky nebo nutně při komplikacích. Provádí také vyšetření v průběhu porodu a svou péči nabízí i před porodem a po něm. Přináší do domácího porodu také praktické pomůcky na vyšetření (doppler, hygienické rukavice, pomůcky na přestřížení pupeční šňůry atd.), rady na ulehčení průběhu a především funguje také jako ukončovatelka domácího porodu v případě vážné komplikace.

Další osobou účastnící se téměř vždy domácího porodu je partner ženy (v některých případech ale naopak chtěla být rodička sama, bez jeho asistence nebo přítomnosti). Stará se především o běžný chod domácnosti, nabízí fyzickou i

psychickou podporu, zaměstnává porodní asistentku atd. Manžel se také stará o děti, pokud nejsou dopředu odvezeny z místa porodu kvůli potenciálně traumatickému zážitku. Skrze děti se pak do porodu zapojují i kamarádky na hlídání, prarodiče jsou z takové funkce dočasně vyloučeni, protože jim mé respondentky o porodu doma nic neřekli.

Do porodu se ovšem mohou dostat i lidé, které rodička předem rozhodně neočekávala a to sousedé nebo náhodní návštěvníci, kteří způsobí akorát vyrušení z porodního procesu. Porod ruší i jen svou abstraktní přítomností, kdy se matka bojí vydávat hlasité zvuky, aby sousedy nerušila.

4.3.4 Gynekoložka, pediatrička

Domácí porod berou doma rodící manželé jako stigma, až trestuhodnou věc (hodnou zavolání policie) a tak přiznání se k domácímu porodu tají, pokud si nejsou jisti, že je okolí tomuto typu porodu otevřené. Nezmiňují se o něm ani lidem, se kterými se stýkají právě výhradně kvůli porodu a to gynekologům a pediatrům. Z praxe ale popisují, že to doktoři stejně odhalí nebo vytuší, už když ženy odmítnou první vyšetření, které jinak odpovídá standardnímu plánu péče, nebo se zmíní o jakékoli alternativě. Gynekologové sice poté neodmítnou ženu jako pacientku (alespoň v rámci rozhovorů, které jsem provedla), ale změní se jejich způsob jednání s nimi.

„... (odmítla jsem test) jenom na cukrovku, jenom to tenhleten a už sestřičky protáčely oči. A doktor z toho byl mírně zaražen a od té doby se mnou jednal, že jako věděl, je tady rebel a teď si musíme dát pozor a že pravděpodobně bude se mnou nějaký problém nebo tak.“ (Šárka)

„Ano, až do konce. Spíš z povinnosti. Nechtěla jsem si ji zneprátnit, nebo nechtěla jsem s ní jít do většího konfliktu. Měla jsem s ní nějaké spory ohledně ultrazvuku.“ ... „V těhotenství většina žen nechce s nikým něco dál řešit nebo bojovat. ... Ona je taková profesionálka. Přejde to. Zvládne to, není vyloženě nepříjemná. Zároveň není z toho nadšená.“ (Dlouhá)

Porodní asistentka sice zvládá běžné předporodní vyšetření a kontroly matky i dítěte, ale nemá možnost provádět složitější vyšetření, genetické screeniny apod., neboť jí chybí technologie a zázemí. Gynekologové jsou důležitým článkem sítě

domácího porodu z toho důvodu, že zaručují přístup do laboratoře a k technice, která je nutná pro sofistikované testy, ke kterým se jinak matka ani asistentka nedostanou. Asistentce chybí takové zázemí především po finanční stránce. A určitá vyšetření, například ta, která určí, zda je fyziologický porod bezpečný a vůbec možný, jsou primárně nezbytná pro vznik domácího porodu. Vzhledem k tomu, že matka taková vyšetření potřebuje, musí se do sítě domácího porodu zahrnout i gynekologové, ať už mají názor na domácí porod jakýkoli.

„...tam je problém, že ta porodní bába něco potřebuje. No potvrdit těhotenství to udělá těhotenský test, ale ona potřebuje krevní obraz, ona ho potřebuje, zda tam něco nechybí, aby případně poradila, jak to doplnit.“ (Sandra)

„A na začátku ten velkej v tom 12., za něj byla ráda, protože tam se změří srdce, ty základní funkce, to je ráda, když ty rodičky absolvujou. A že je všechno v pořádku.“ (Břevnov)

„Samozřejmě chci vědět, jestli je všechno v pořádku pro ten fyziologický porod... Jedno vyšetření krve a dva ultrazvuky jdou minimálně vhodný k tomu, že vím, že placenta nezasahuje do děložního hrdla, protože pak se nemá rodit doma. V zásadě, se nemá rodit ani přirozeně, protože to je dost vážná komplikace. To není kvůli tomu, že bych odmítala péči, jenom bych ráda rodila bezpečně. A mezi to patří i to, že vím, že ve 20. týdnu se udělá screening miminka, a že má všechno, co má mít. To znamená, že když něco není v pořádku, tak by se mělo rodit tam, kde jsou schopný mu vzápětí tu péči dopřát. Nebo minimálně naše společnost je tak nastavená, že by se to tak mělo dělat.“ (Cordeus)

Podobná situace zařazení do sítě nastává i u pediatra či pediatričky. Porodní asistentka hned po porodu miminko zkontroluje, prověří jeho základní životní funkce, zda je zdravé, může ho zvážít a změřit, ale pokud zároveň nepracuje jako dětská doktorka, tak nemůže vydat potvrzení o porodu, které je nutné zaslat na matriku pro vydání rodného listu nebo získat rodné číslo. Samozřejmě některé pediatriky nemají problém dojet k někomu domů a vyšetřit dítě na místě, nejlepší jsou pediatriky „alternativní“ (např. antropozofická), některé ale klientku odmítnou už předem, když chce rodit doma, nebo další péči doprovází i školení o nebezpečí domácího porodu a

otevřené odsouzení rozhodnutí. Pak si matka musí potřebné věci zajistit sama jiným způsobem nebo hledat jinou pediatřičku.

„...když se Ela narodila, tak jsme jí volali, že se nám narodilo dítě doma a ona trochu hysteriky to vzala no a přijela ještě ten den, ono se jí to nelíbilo, ale zkontrolovala no.“ (Sandra)

„...antropozofickou doktorku nebyla na poliklinice, byla v Dejvicích a ona to mu byla naprosto nakloněná a hned si mě vzala do péče, takže když by se něco dělo při porodu tak s ní byl kontakt...“ „...vlastně naše porodní asistentka je zároveň pediatřička takže ta je 3 v jednom a obsáhla naprosto všechno, předporodní, porodní, poporodní péči. I tu právě dětskou sestru.“ (Břevnov)

„Dali nám přečíst papíry, jak je to nebezpečné. Co všechno se může stát, co všechno jsme zanedbali, když jsme nešli do nemocnice, i u těch ambulantních porodů. To nám dali přečíst. Žádné větší problémy nedělali. Nebyla ochotná mi zařizovat screening, nebo zdravotní průkazku pro miminka. To jsem věděla, zařídila dopředu, i s matrikou.“ (Dlouhá)

„Ta říkala, tak se v úterý stavte. Já říkala, ať se staví ona, že je to prostě malý dítě a ona se teda stavila. Bylo to sice k ničemu, musela sem tam 10. den znova. Minimálně jsme měli papír na matriku. Ona přišla, ale neměla váhu a nic, takže jsme stejně pak musely k ní do ordinace. Za 400,- Kč si nechat udělat papír o tom, že přijala dítě do péče. Že mi dali rodný číslo, protože bez toho nejde udělat žádné vyšetření. Museli jsme volat na matriku, kde normálně jsou schopný vydávat rodný list obratem, tak ještě potřebovali 14 dní.“ (Cordeus)

Domácí porod rozhodně neznamená nezávislost na lékařském standardním systému porodů v porodnici. Závislost na technologii, která je k dispozici jen určitým lékařům před porodem, závislost na požadavcích systému, které jsou splnitelné jen s pomocí systému, a z rozhovoru, který jsem dělala s pediatřičkou, vyplývá ještě větší závislost, která sahá až do nemocnice. Domácí porod tedy stejně musí počítat s porodnicí – na jeho zjednávání se podílí i určité části porodnice – především její technologické, laboratorní zázemí.

„Člověk na obvodě není připravenej, může být žloutenka, problémy s adaptací. Některé děti potřebují přeměřit hladinu bilirubínu, třeba novorozenecká žloutenka může být nebezpečná pro novorozence a nemáte na to přístroj, je drahej, pojišťovna nezaplátí a je drahé si ho pořídit kvůli několika maminkám, tak je pak hrozný posílat ji na odběry takhle po porodu, aby trajdala s miminkem. Je to složitý, na oddělení jsme byly tři lékařky spolu a o péči takovou nikdo moc nestál, když nemáte podmínky pro dítě, abyste ho uhlídala v podstatě. To není o ochotě někam dojít, běžný návštěvy se choděj, když je maminka v porodnici.“ (MC - pediatrička)

Přestože sežene matka dětskou lékařku, která je ochotná přijet na domácí vyšetření a neodsuzuje ji za domácí porod, sama doktorka nemusí mít zařízení na některá složitější vyšetření, opět především kvůli penězům (pojišťovna neproplatí stroj, který se nebude používat pravidelně, protože většina matek využije přístroje v nemocnici). To se týká například zjišťování závažnosti novorozenecké žloutenky, která je u novorozenců poměrně častá. Takže doktorky musí matku i s čerstvým dítětem posílat do laboratoře na vyšetření, čímž odpadá celá výhoda domácího porodu, tedy být po celém procesu ve svém prostředí, v klidu a ničím, nikým nerušená. Vracím se tím opět na začátek, ke specifickým vyplývajícím z lokace domácího porodu (i třeba a právě hlavně oproti nemocnici).

„Jako zpětně hodnoceno, že musím zpětně po porodu jet někam a to dítě nějak vypravit a sebe nějak vypravit tak ten mě připravil o mnohem víc sil, než vlastně co.“ (Šárka)

„Pediatrička říkala, že by měl jít na odběr krve. Jednou jsme byli na naší poliklinice. Podruhé mi řekla, že by výsledky byli v pátek odpoledne, kdy ona už tam nebude. Že musíme do Motola. Byli jsme tedy v Motole. Kde obě děti chytli rýmu. Potom měli i rýmu. To bylo nepříjemné. Oni mu té krve brali víc, kvůli krevní skupině a měřili další hodnoty, jestli je v pořádku. Zavolali nám výsledky domů, ale řekli, že to klesá, ale že hrozí, že to bude stoupat, takže máme přijít ještě potřetí. Tím systémem jsme byli lapení.“ (Dlouhá)

Kromě lidí, kteří se zúčastní průběhu porodu, a to převážně na přání matky, se do sítě domácího porodu dostávají i lékaři před a po porodu kvůli vyšetření matky a následně i dítěte. Některé matky zůstaly u svého gynekologa nebo gynekoložky i přes jejich nevybíravé chování poté, co se dozvěděli, že rodí doma, protože je jednoduše potřebovali na provedení některých předporodních testů, které nejdou ve specializovaných laboratořích zařídit, a které určí, zda jde vůbec rodit doma a těhotenství není rizikové. Lékaři tak do sítě domácího porodu přichází i s dalšími pomůckami. Podobně měly některé matky zážitky s nevstřícnými pediatričkami, jiné to ale zase braly profesionálně. Každopádně bylo převážně na matkách, zařídit dítěti rodný list nebo průkazku a zajistit si poporodní vyšetření dítěte.

4.4 Zážitky v nemocnici

Porodnice poskytuje potřebné technické zázemí ke všem vyšetřením. Tato distribuce technologie ale pro domácí porod znamená komplikace, narušení klidu a nečekaná zdravotní ohrožení dítěte (viz rýma). Klid a nerušená atmosféra přitom představují základ a několik hlavních pozitiv domácího porodu, spolu s řízením si porodu sama a vyloučením všech zásahů do průběhu zvnějšku. V nemocnici stoprocentní výběr matka nemá – jak pomůcek, jejichž používání oproti nemocnici jsem již popsala výše, tak lidí a zásahů. A narušení klidu hned po porodu sháněním laboratoře k vyšetření novorozeněte kvůli žloutence je v porovnání s nemocničním neklidem zanedbatelné.

„...prostě furt se dělo něco vokolo, furt mě něco rušilo, stačilo mi fakt hrozně málo v tu chvíli, že jsem třeba třeba, že jsem vlezla na záchod při tý, z tý porodní místnosti, kde bylo prostě třeba 30 stupňů, vlezla jsem na záchod tam bylo otevřený vokýnko, bylo to v únoru a tam bylo najednou třeba prostě třeba 15 ... to prostě člověka úplně vyvede jako z míry. Voda netekla jako že si dám jako sprchu, ... málo místa a manžel v takovém příšerným bílým hadru.“ „Všechno je v jejich režii. No a v šestinedělí, měla jsem za hlavou jako desatero dobrého rozkojení. První bod byl 1. Klid, ticho, něco takovýho klidné prostředí... To je jako základ dobrého rozkojení se a teď vám tam proudí ty sestřičky a uklízečka a vylízt z postele a zalízt do postele a miminko sem smí do postele a nesmí do postele. Furt něco. Teď nevíte, která sestra

přijde jestli ta vaše, nebo ekologická nebo ta vaše a teď voni se nepředstavej a máte to vytušit.“ (Břevnov)

Kromě klidu není v porodnici možnost po porodu ani mít dítě u sebe v posteli (kvůli čistě technickému problému malé postele) nebo kvůli řádu porodnice, který také určuje pravidelné časy jídel, úklidu, vyšetření. Neustále se něco děje a klid matka ani dítě nemá, zatímco doma si člověk může v podstatě dělat, co chce. Je sice závislý na dalších obyvatelích bytu, ale čerstvý otec se postará podle rozhovorů očividně rád. A je příjemnější společností než uklízečka nebo neustále se střídající a nový personál. Doma jednoduše existuje možnost vybrat si, kteří lidé se porodu zúčastní.

„Mně v tý porodnici vlastně nevyhovovalo to, že ta postel, na který jsem ležela, byla děsně úzká, takže to dítě se tam se mnou nevešlo a to je jako docela těžký ho držet, když jste vysílená a ani se nemáte jak opřít, tak to bylo takový jako nepohodlný, no.“
(Alta)

„Doma je to úplná pohoda. Nikdo vám tam neběhá s koštětem, s přístrojky, nestřídají se tam služby. To se vůbec nedá srovnat, když je člověk v klidu doma a nikdo ho neobtěžuje s různými věcmi. A nemusíte se nikomu snažit vyhovět. Najíte se a napijete, kdy chcete. Tam člověk málem, aby jedl potají v koupelně, když mu řeknou, teď už radši nejezte. Po porodu je to pohoda, když si člověk lehne do vlastní postele, plácne na sebe dítě. Někdo za něj uklidí. Je pravda, že vám nikdo nenosí 5x denně jídlo a pyžamo si musíte prát sama. Manžel vaří samé maso, jak to má rád. To jsem byla trochu nešťastná. Ale vaří dobře. Měla jsem nadstandartní péči. Při tom porodu bylo zvláštní, že vám nikdo neříká, co a kdy máte dělat. Co je dobře a špatně. Reagujete jen na to, co se děje, vlastně to poznáte, nikdo vám to nemusí schválit. Může z toho být nejistota, ale od toho je tam ta porodní asistentka. Mně to vyhovovalo po všech těchto stránkách.“
(Dlouhá)

V porovnání s nemocničními zážitky se také mnohem více rýsuje pozitivní role porodní asistentky. Nezasahuje sice do porodu, pokud si matka neřekne, ale zároveň není zcela nepřítomná, jak to vypadalo s asistentkami či doktory z popisu matek v porodnici. Komunikace vůbec je s personálem a doktory špatná, matka nemá skoro žádnou moc nebo svobodnou vůli rozhodovat při nebo po porodu a slovo a rozhodnutí

doktora má vždy navrch. Dodržení porodního přání závisí také na osobním přístupu – zda je doktor ochotný komunikovat. A někdy už jen existence porodního přání může vyvolat negativní přístup doktorů od začátku. Je však potřeba připomenout, že zde popisují porodniční zážitky, vůči kterým se formoval domácí porod, tudíž jen ty špatné, které matky již nechtěly zopakovat. Neznamená to však, že všechny matky, se kterými jsem dělala rozhovor, měly traumatizující zážitky z porodnice.

„Vlastně spíš nic nedělaj. To je prostě extrém. Člověk jako může bejt sám a mít klid, ale přece jenom zase, když ten porod nějak probíhá a člověk potřebuje poradit s nějakou polohou nebo tak tak je lepší, když je tam někdo přítomen a souzní, mentálně.“
(Břevnov)

„Hrozná srážka byla s doktorkou na neonatologii, to byl výraznej zážitek, hodně záleží na tom, jakej doktor je, úzkostná paní, která všeco vyhodnotila negativně, šílená byla. Člověk je v moci toho doktora, kterej zrovna má službu. Chtěla jsem to udělat jinak.“ (Pavčina)

„Žádná komunikace, direktivní přístup, nepartnerský. Nedodržují se porodní přání. Porod byl ukázkový, ale nerespektují to stejně. Odnegli mi dítě. Ani jsem nevěděla, že je to holka. Udělají vyšetření, člověk ani neví, co dělají.“ (Petra)

„...já jsem to měla formulované jako přání, ne jako plán, ale jako přání, že když to jako půjde že to... byly strašně negativně negativně nastartovaný. Já jsem fakt jako už věděla, že potřebuji porodit, že už fakt, už jako.. už.. už.. a oni pořád jako vytahovali nějaký papíry. A já jsem se vůbec nemohla jako soustř... (nedořečeno) Jsem to nechápala, že když už tam všechny ty údaje maj, tak ještě chtěli pojišťovnu partnera.“
(Alta)

V nemocnici nemají ani dostupné rodičí pomůcky a prostory, které si matka vybrala. Tolerují „alternativní“ polohy při porodu, ale stále nutí k postupu a úkonům, které se k těmto polohám třeba vůbec nehodí. Anebo nutí k poloze na zádech, přestože matka trpí bolestmi v kříži. Netolerují specifika jednotlivých matek, lidských těl, jednotlivých podob porodů. Standardizace je hlavní.

„No právě jsem jako chtěla rodit na tý porodní stoličce, ale voni mi žádnou pro mě neměli, že pro mě nákou vyhrabaj z nějakýho skladiště, to byl gramofon, to byla takle vysoká židle, nebo to byla prehistorická židle stoličky, ale bylo to vysoký jako židle a mělo to vyřízlou díru...“ (Břevnov)

„...já byla v podstatě celou dobu ve vzpřímený pozici, ve stoje, nebo zavěšená do mýho muže, mám pocit, že oni vůbec nebrali v potaz, že... furt mi říkali tlačte, tlačte a nebo netlačte, když jsem zrovna jako, ale vlastně v tu chvíli když jsem byla, tak on nechtěl sestupovat dolu, protože to bylo hrozně prudký... toho se báli a pak vylít strašnou rychlostí, protože jsem pořád byla v tý svislý poloze.“ (Břevnov)

„Pak mne nastříhli a skočili mne na břicho, což teda považuju za velkou křivdu. To jsem teda v porodním stavu pak přešla.“ (Dlouhá)

Stejně tak nebyl v potaz brán názor a přání matky ohledně postarání se o dítě. Což nejen, že nesloužilo například k odvrácení ohrožení dítěte nebo zlepšení jeho zdravotního stavu, ale naopak ke ztížení rozkojování dítěte. Celé zdravotnictví působí jako špatně nastavené – doktoři vědí vše a matka si nedokáže poradit, a tak se k ní tak už od začátku přistupuje. Doktor je „Bůh“ a řídí všechny změny v těle podle určitého lékařského řádu. Při domácím porodu se tímto řídicím stává matka nebo spíše její tělo v souznění s dítětem a s podporou porodní asistentky.

„...dala mu špatný APGAR skóre, dala ho do inkubátoru a nebyla ochotná o tom moc mluvit... maminko nepřibírá, pak mu dala příkrm, aniž by to se mnou prokonzultovala. Bylo to prostě složitý. Podařilo se mi odchytit nějaký koupání a věci, co jsem chtěla, ale to zásadní, že mu narve příkrm, to se mi nepovedlo. To, že se vykoupe, je vlastně vedlejší, ale tohle zasáhne to kojení, s tím jsem pak docela bojovala.“ (Pavčina)

„...já jsem to vystudovala a zjistila jsem, že český zdravotnictví není pro mě, nejenom v porodnictví. To co se děje v porodnictví, tak to se děje prostě všude, na všech odděleních se chovají stejně. Já jsem doktor, jsem tam bůh a ty jseš tady to hovno, který bude poslouchat a který vlastně nic neví, který o ničem nerozhoduje...“ (Sandra)

Nemocniční zážitky poté slouží jako standard toho, co u dalšího porodu zažít nechtějí a proto volí alternativu v podobě porodu domácího. Tam mají možnost řídit si průběh samy, zvolit si polohu, jakou chtějí a pořídit si k tomu pomůcky, které potřebují, po porodu mohou být s dítětem neustále a rozkojovat ho v klidu, porodní asistentka matku v jejím jednání ujišťuje a podporuje, nechová se povýšeně. Všechny tyto prvky se setkávají v interakci a vytváří domácí porod.

„Jako znám nějaký ženský co byly spokojený, ale z toho vychází Stockholmský syndrom, protože z toho, co jim dělali, to v pohodě fakt nebylo. Protože oni mají informace typu, že jednou to přece musí vydržet pro svoje dítě a podobně.“ (Cordeus)

V této kapitole jsem se zaměřila na negativní zážitky respondentek z nemocnice, které prožily se svým dalším dítětem. Respondentky tyto negativní zkušenosti nastavily jako hranici toho, co už nechtějí znovu prožít a volily domácí porod jako lepší alternativu. V porodnici jim vadil hluk, neustálý neklid, výměna zdravotnického personálu a přítomnost lidí, které neznaly a u porodu nechtěly. Dále neměly svobodu pohybu nebo konání vůbec, doktor měl poslední slovo a komunikace s personálem obecně moc nefungovala. I když jim bylo umožněno zvolit si pomůcku nebo polohu, kterou chtěly, nakonec pomůcka třeba vůbec přítomna nebyla (porodní stolička) nebo jí lékaři či asistentky nedokázali přizpůsobit vedení porodu. Domácí porod tak působí jako velmi pochopitelná volba.

4.5 Informace o domácím porodu

„Já jsem si četla nějaké spíš na chatech různé články, zkušenosti jiných a četla jsem knížku Hovory s porodní bábou.“ (Sandra)

Počátek vzniku domácího porodu někdy můžeme vysledovat až k zážitku matky v nemocnici. Tam se začínají formovat první interakce aktérů sítě zjednávací domácí porod. K podobným zážitkům se matky dostávají i zprostředkovaně od kamarádek nebo čtením různých internetových fór, článků nebo knih. Proces rozhodování je různý a i proto jsou výsledné podoby domácího porodu mnohé. Velkým zdrojem informací byly především také porodní asistentky, jak jsem již psala výše. Popíšu nyní, jak si matky

sháněly informace o domácím porodu a které kanály je vedly k rozhodnutí se pro tento způsob porodu nebo které jim daly opravdu praktické rady a tipy pro domácí porod, které i později využily.

„Zase jsem se zbavovala svých obav, jestli to není moc riskantní. Já jsem si o tom četla, zjišťovala, měla jsem kamarádku, která potom doma porodila. Pak jsem na Facebooku našla skupinu věnující se domácím porodům. Tam bylo dokonce nějaké setkání lidí, kteří s tím mají zkušenost anebo kteří teprve se k tomu chystají.“ (Dlouhá)

„...pak jsem se dostala ke knížkám, které tak přivedou člověka k tomu, že přirozený porod je nejlepší možná volba. Takže klasicky Odent.“ (Šárka)

„...no to ne, já jsem tehdy neměla počítač. Na ty domácí porody taky ne, to jsem řešila mezi kamarádkama nebo jsem to konzultovala s porodní asistentkou. Já na to moc nejsem na vyseďávání na internetu. Radši osobní styk konzultuju.“ (Břevnov)

„...přímo o domácích porodech ne, ale o porodech jo. Od Odenta. Aaaa... Toho bylo hrozně moc. Je to dlouho, že si teď nevzpomenu. Ale měla jsem spoustu knížek. Jako rozhovory s Königsmarkovou. Porodní báby. A spousta jich bylo. “Zdravé těhotenství, přirozený porod” Od Ingeborg Stadelmann. Taková jako dobrá kniha.“ (Alta)

Knihy Michela Odenta a Ingeborg Stadelmann byly častým zdrojem informací a i během porodu se ukázaly jako praktické – podle Odentem doporučené polohy některé ženy rodily a i ho zmiňovaly jako důležitý bod v jejich rozhodnutí. Poté záleželo na založení matky, zda se spoléhala na zkušenosti kamarádek nebo hledala na internetu, anebo se spolehla jen na svou intuici a informace nesháněla nikde. Některé postupy z knih se ale naopak ukázaly v praxi jako zcela nefungující – především hypnoporod a bezbolestný porod. V jednom případě ale možná skeptický přístup mohl za to, že hypnoporod nevyšel, jak popisuje Sandra. Domácí porod se začíná vytvářet v interakci mezi matkami, knihami, radami a různými zdroji informací, poměrně dlouho před jeho samotným průběhem. Vytváří se tak téměř dvě různé podoby jednoho domácího porodu - představa krásného porodu, který je vlastně možný jedině doma, protože v nemocnici praktiky jeho dosažení nejsou podporované nebo povolené, a poté

porod jak opravdu proběhl. Představa porodu v tomto případě přímo ovlivňuje domácí porod, stává se spolu s knihami, návody atd. tvůrcem výsledné podoby domácího porodu. Autosugesce příjemných pocitů, pozitivních barev apod. sice nevedla k bezbolestnému porodu, ale k bolestivému „očistci“ (Šárka), což ale neznamená, že se o ní matka nepokoušela. Právě naopak – důležitý je proces, kterým prošla (tedy sugerování si pocitů) a který se tím pádem připojil jako aktér do sítě výsledné podoby domácího porodu.

„to bylo jak učit se na zkoušky. Večer jsem se učila relaxace, učila jsem se autosugesci, abych pak při těch kontrakcích nechala povolený čelisti, ruce a představovala, jsem si tu autosugesci, představovala jsem si před spaním barvy, vůně. Představovala, snažila jsem si to vsugerovat, abych si to pak u toho porodu snáz vybavila. Četla jsem si právě o hypnoporodu a nová doba porodu. Ten hypnoporod ten se mi zvlášť líbil. No neklaplo to tak úplně, jak bych si to představovala... věděla jsem, že já nejsem ten typ. Já jsem tušila, že já to nebudu, možná proto to tak nebylo.... nejsem ten typ který se dokáže odpoutat do nějaké hypnózy, do nějakého jógového stavu, to nejsem. Já to vnímám reálně a naživo.“ (Sandra)

„Příprava na porod u mě vypadala tak, že jsem si přečetla ještě pár knih a pouštěla jsme si relaxace od Michaely Kalusové, které patří do kurzu Hypnoporod a relaxace spočívají v uvolňování a představování si hezkého průběhu porodu a zároveň jde o to, že se žena nemá úplně upnout na něco konkrétního, protože v praxi to bude úplně jinak.“ (Šárka)

„Tak jsem tady sebou všechno omlátila, moje afirmace, které měly být pozitivní, to aaaano, otevírám se jako růže zněly jako kurva, píča otevírám se jako zkurvená růže, a takle a bylo to úplně mimo to, co jsem čekala. Rozhodně to nebylo bezbolestný a rozhodně to nebylo nějak pozitivní, pro mě to bylo jako očistec.“ (Šárka)

Někdy stačila intuice a shánění informací tak bylo zbytečné a někdy právě sehnání dostatku informací dodalo jistotu v intuici matky, že pozná, co se má během porodu dít nebo co se dít nemá.

„...ta intuice nebo že člověk jde za tím rozhodnutím a je o něm vnitřně přesvědčenější, to mi dalo jistotu, že jsem si nepotřebovala najít hromadu informací k tomu.“ (Pavčina)

„Mně přišlo, že jako i z toho co jsem si načetla, že kdyby se něco jako dělo závažného, tak že to asi prostě poznám, jako že i když nemám přístroje, tak mám ruce a fakt jako udělalo to na mě dojem, že to prostě poznám, kdyby se něco dělo. A k různým patologiím může dojít i v nemocnici. Já si spíš myslím, že já jsem ten případ, kdy spíš v té nemocnici by se mi mohlo něco stát než jako doma, no. (Alta)

Literatura pomohla přesvědčit i manžela k tomu, že domácí porod je jediná správná volba. Ale vhodné se k tomu ukázaly i předporodní kurzy, které také podpořily důvěru v intuici matky a odsoudily porodniční praktiky jako zbytečně úzkostlivé a založené na prevenci a ne na důvěře v tělo.

„... (manžel) podporuje domácí porody. Čím víc o tom věděl, taky na základě literatury, tím více to podporoval.“ (Cordeus)

„Já jsem říkala manželovi, aby se mnou šel na kurz, rozumím, že se mu tam nechce, ale jediný co po něm chci, nechci, aby změnil názor, sama nevím co tam, ale chci, abychom tam byli spolu. Tak on do toho šel. .. Děsně důležitý že mluvila o sobě o svých rozhodnutích, o úzkosti lékařské disciplíny, jak jsou preventivní kontroly, nepracuje se s pocitem rodiny, že ta maminka to většinou ví, o takový ženský nebo lidský intuici a o její síle. ... To je jedna z úžasných věcí na tom porodu, že člověk může být sám za sebe, být v tom plně, oddat se může tomu kde je s intuicema všema a může tomu dát důvěru a ta se mu vrátí.“ (Pavčina)

„A po tom absolvování kurzu /hypnoporod/, kde jsme dostali spoustu informací a potkali spoustu páru, které mají za sebou porod příjemný, nepříjemný, strašný, traumatizující či naopak nastávající rodiče, tak jsme se rozhodli, že porod doma je pro nás ta správná volba a pak jsme se na něj už jenom připravovali.“ (Šárka)

Utvrzení v rozhodnutí rodit doma poskytl i kurz, který se nespécializoval na domácí porod a to možná svou neschopností „prodat“ porod v nemocnici a vnucováním

velmi zastaralých informací, které zněly jako cílené formování matky, aby se poddala lékařskému mainstreamovému systému.

„...pak jsem dělala těhotenský kurz a ten kurz mě velice zklamal. ...polovina toho je cvičení na míči a polovina toho je informace pro nastávající maminky. No a ty informace byly hodně zavádějící a zastaralé a vše bylo takové jednostranné a záleželo na tom, kdo ten kurz vede a jak se k tomu ta paní vyjádří.“ ... „To bylo typický, jak to bude vypadat, až přijdete do nemocnice nebo teda porodnice. Tak tam přijdete na tu hekárnou, udělaj vám tam ten klystýr, toho se nebojte, to je vlastně dobře... ale hlavně at' u toho nemáte chlapa, toho to nebude zajímat.“ (Šárka)

Informace o porodu (v porodnici i domácím) si před samotným porodem nesháněly všechny mé respondentky. Některé spoléhaly na svou intuici a věřily, že zvládnou porod „bez nápovědy“, jiné jako třeba Šárka nebo Dlouhá daly přednost informacím dopředu – z knih (Odent, Stadelmann), z internetu (Facebook skupina, chaty), předporodních kurzů nebo od kamarádek a asistentky. U některých rodiček četba knih a internetu fungovala jen jako potvrzení rozhodnutí rodit doma, Šárku informace k domácímu porodu přesvědčily (Pavlinina manžela také) a některé informace (hypnoporod) se ukázaly alespoň pro mé respondentky jako poněkud liché nebo příliš složité na provedení.

4.6 Hranice domácího porodu

V předchozích kapitolách jsem popisovala síť aktérů, která tvoří domácí porod, ale je také otázkou, kde tato síť končí. Který aktér zjedná konec domácího porodu nebo vyvolá porod vhodný jen pro nemocnici. Některé případy, které určí domácí porod jako nemožný, jsou poměrně jasné. Především jsou to fyzické, zdravotní komplikace matky nebo dítěte. U nich porodnice nabývá jasného účelu – poskytnout nejlepší zdravotní péči, protože komplikace jsou téměř jisté. Srovnat by se snad výjezd do nemocnice mohl se zlomenou nohou a potřebou lékařského zásahu. Porod pak přestává být fyziologickým, přirozeně matkou zvládnutelným, ale stává se zdravím ohrožujícím, s nutností medicínského zásahu.

„...když máš nevím trošku patologie, vysoký krevní tlak, konec pánevní to chce taky svoje, dvojčata, když víme, že je tam divná poloha toho miminka nebo, že to žena tak necítí, když pro to nemá podporu doma, třeba když má za sebou 3 císařský řezy a chce rodit doma, dědičná dispozice ke krvácivosti. Prostě všechny patologie.“ (Petra)

„...jsem koukala na ten čapí dům, co tam vlastně píšou ty PA. PA píše, že porod je doma, jen dokud je fyziologické, jakmile začne problém, tak se jede.“ (MC - pediatřička)

Kromě těchto poměrně jasných pravidel hraje roli i strach matky. Její vnitřní přesvědčení je k odhodlání se k domácímu porodu potřeba. Doma musí během porodu znamenat to správně místo, kde se cítí bezpečně.

„...druhou dceru jsem chtěla rodit doma. Měla jsem to hezky naplánovaný, měla jsem i domluvenýho pediatra, že by se ne během, ale po tom porodu o tu holčičku postaral, ale já jsem pak najednou dostala strach. Já jsem u ty starší ztratila skoro litr krve, nešla placenta pryč a já jsem se prostě bála. Nakonec to dopadlo i tak, že ta mladší dcera byly komplikace, přišla o 6 tejdnu dřív.“ (dula)

„...absolvovala jsem kurz přípravy k porodu u Ivany Königsmarkové, před tím prvním, protože jsem chtěla před tím prvním dobře připravit, tak jsem šla k ní na kurs a vlastně jsem se rozhodla potom, že chci, že si netroufám jako rodit doma.“ (Břevnov)

„...bezproblémové těhotenství bez komplikací, a přesvědčení, že to je to správné místo pro svůj porod. Vzhledem, že je to hodně spojené s pocitem bezpečí, tak to se může změnit.“ (Šárka)

I když jsou matky rozhodnuty rodit doma, s porodnicí vlastně počítá každá. S možností se do ní uchýlit, pokud přijde nějaká komplikace. Často rozhoduje o výjezdu samotná porodní asistentka, ve kterou má matka plnou důvěru, že komplikaci pozná. Porodní asistentka má zase důvěru v matku, že ji poslechne a neohrozí nejen sebe a dítě, ale i ji po právní stránce. Mezi matkou a asistentkou také může existovat psaný (viz. Příloha 2) i nepsaný seznam toho, kdy je nutné do porodnice jet – nejčastějším rizikem je neodloučení placenty a riziko vykrvácení.

„...měla jsem tu možnost родit v té její nemocnici jako záložní. Ona tam může vést ten porod samostatně, a kdyby se nám něco dělo, tak nezdálo, tak jsme se dohodly, že každopádně jedeme do té její porodnice. A ten porod budem celý realizovat tam.“
(Šárka)

„Měla jsem silné krvácení, málem se volala sanitka.“ (Dlouhá)

„A placenta odešla během chvíle, a Vítka jsem měla v náručí a bylo. To jsme si řekli, kdyby placenta nešla, tak jsem měla jasnej časovej ten, že pojedem, abychom neriskovali, tam je to riziko krvácení většího. Bylo to v pohodě.“ (Pavčina)

„...protože jsem vlastně rodila až dva týdny po termínu tak ty návštěvy pak byly třeba ... takže třeba tak obden. A říkala, že když to nebude do pátku, tak musím prostě jet.“ (Alta)

„Ta PA je známá, je to kamarádka, ale taky je to ženská, která má děti, má rodinu a ona se nenechá zavřít kvůli mně nebo komukoli. Tak tam kdyby nastala komplikace, která nejde zvládnout doma, tak já musím odjet do té porodnice. To je taková férová nepsaná smlouva mezi náma, že kdyby ona u toho bude, aby mě podpořila a pokud řekne takle už to nejde, jedem, tak já nesmím říct, že nechci. Poslechnu a pojedu.“ (Sandra)

Z ukázek vyplývá, že je poměrně jasně stanoveno, kdy nastane přesun do nemocnice z domu: když rodička silně dlouhou dobu krvácí nebo trvá příliš dlouho porod placenty, když žena přenáší, tak se domácí porod ruší a volí se rovnou nemocnice. Písemná dohoda jedné matky s asistentkou ještě dodává při vysokém tlaku a špatných ozvách a závěrem, když se matka nebo asistentka nebudou cítit dobře. Nemusí jednoduše nastat závažná komplikace, aby se provedl přesun do nemocnice. Obě ženy mají po celou dobu porodu stále možnost volby a také jistotu, že do porodnice vždy jet mohou. Na druhou stranu síť domácího porodu někdy tvoří i menší komplikace jako krvácení nebo delší porod, když se obě ženy shodnou, že současná situace nepředstavuje hrozbu zachytitelnou jen v nemocnici.

Přestože se ale může primárně zdát (především z naší každodenní zkušenosti), že porodnice je v opozici k domácímu porodu, není tomu tak. Porodnice může být součástí sítě aktérů domácího porodu, stojí někde na hraně jako možnost, která nastane v případě ohrožení a kdy se její síť prolne se sítí domácí. Přestože se tolik matky snaží elementům sítě porodní vyhnout, v tomto případě ale nabývá porodnice jiného významu a prolnutí sítí je vítané – identita porodnice se mění z nepříjemné zkušenosti na vítanou a vděčnou záchranu. Hranice nemocnice se stávají fluidní, jako pumpa a její funkce v Zimbabwe.

Závěr

Ve své práci jsem se snažila popsat aktérskou síť domácího porodu, jak je odkrývána v popisech matek, se kterými jsem dělala rozhovory. Vycházela jsem z jejich vyprávění, kde sdílely své zážitky a události, které se staly jak během domácího porodu, tak během porodu v nemocnici, pokud takový zažily, dále před porodem a v neposlední řadě i těsně po něm, v průběhu šestinedělí i dále.

Co tedy tvoří domácí porod? Jací aktéři jsou pro něj specifičtí a nejzásadnější a které třeba sdílí s porodem v nemocnici? Popis sítě jsem si rozdělila na několik okruhů čistě pro přehlednost z analytického hlediska, protože jinak spolu jednotlivé částičky sítě interagují samozřejmě bez ohledu na to, zda patří do kapitoly „místo“ nebo „informace“. Konkrétní vztahy mezi aktéry napříč celou sítí dávají vzniknout specifickým podobám domácího porodu a já nyní shrnu ty nejpodstatnější.

Začnu entitami, které jsou přítomné přímo během samotného porodu. Výchozí bod, jehož konkrétní podoba přibírá do sítě vždy další celý okruh elementů, je místo porodu. Nejde tady jen o „doma“, ale o konkrétní místo, kde přišlo dítě na svět. Dá se říci, že se tak stalo buď na suchu, nebo ve vodě. Některé matky ani nenapadlo pořizovat si bazének nebo rodit ve vaně, protože jsou háklivé na zimu nebo se jim nevejde do bytu, a tak volily porod v různých místnostech bytu nebo i na zahradě a to v různých polohách s použitím různých kusů nábytku nebo pomůcek. Hlavní pro domácí porod je, že se může matka svobodně po bytě pohybovat, zvolit si, kde bude chtít rodit třeba na poslední chvíli, nebo plánovat dopředu a pořídit si všelijaké porodní stoličky, pytle a podobně. Není závislá na vybavení nemocnice, kde i třeba dopředu sdělí, co všechno mají na skladě, ale ve výsledku to představě zdaleka nemusí odpovídat, jak se stalo jedné mé respondentce.

Rození doma je důležité i v tom smyslu, že poskytuje určitou jistotu, klid a bezpečí právě díky určité konfiguraci jednotlivých aktérů sítě (místu, pomůcek, lidí). Porod se ukazuje být hlavně o psychice (a to jak v nemocnici, tak doma) a pokud se matka cítí dobře, i porod má větší šanci probíhat hladce. S vytvořením domácí klidné atmosféry jsou spojeni i lidé, kteří se porodu účastní. Nejvíce je během porodu samozřejmě kromě matky (jejíž primární zdravotní stav a nerizikovost porodu je vůbec

hlavní podmínkou rozhodnutí se pro domácí porod) a dítěte (pro které platí podobný předpoklad – jeho dobré zdravotní funkce a poloha v děloze určí, zda je možné k domácímu porodu přistoupit) důležitá porodní asistentka, přestože matky popisují její činnost jako převážné „sedění u kavičky a vyčkávání“. Působí ale na klid právě už jen svou přítomností, s čímž matky počítají a přímo vyžadují co nejmenší zásahy do procesu porodu z její strany. Funguje zde jako ujišťovatelka matky, že všechno probíhá v pořádku, že matka sama porod zvládá, a vše jde přirozeně, což je ústředním motivem domácího porodu. Porodní asistentka poskytuje rady a tipy na hladší porod, poskytuje zdravotní vyšetření matce během celého porodu, anebo naopak až jen po něm, pokud se tak vzájemně dohodly. Kontroluje průběh a na ní je říci, zda nehrozí nějaké riziko nebo komplikace a zda by nebylo lepší porod v domácím prostředí ukončit a jet do nemocnice, kde vlastně narážíme na hranici domácího porodu, kterou tvoří komplikace nejčastěji v podobě neodloučené placenty a hrozby přílišného krvácení.

S domácím porodem jsou spojeni i další lidé – především manžel sloužící opět jako podpora, nyní spíše na straně fyzické a praktické – podpírá ženu při fyzicky náročných polohách nebo se stará o domácnost, hlídá zvířata a sourozence rodičů se dítěte, kteří jsou dalšími členy sítě. Kočky musí někdo nakrmit a děti musí někdo pohlídat, aby se neděsily zvuků, které matka při porodu vydává, nebo aby nezažily trauma při případné komplikaci. Hlídní nezajišťují prarodiče, což by možná vyvstalo na mysli jako první, protože prarodiče většinou o tom, že se rodí doma, nevědí – nejsou takovému způsobu naklonění nebo jsou obecně zbytečně úzkostní, jak některé respondentky vypověděly. Hlídní tak zajistí kamarádka anebo je partner vezme na hřiště, aby matka měla k porodu klid. Což se nemusí zcela povést, protože rození doma je specifické i v tom, že se svět kolem rodičů ženy najednou nezastaví. Lidé kolem ní fungují normálně jako každý den. Tudíž ani nemusí být moc překvapivé, že se k domácímu porodu dostanou zcela bez vlastní vůle, což je například případ souseda, který se přišel zeptat na třídní schůzky a vyruší tak matku z jejího porodního světa.

Další částí sítě jsou pomůcky, které se porodu v různém množství účastnily. Někdy stačilo jen základní hygienické vybavení – matrace a nepropustné igelity, aby se chránil povrch podlah a postele. Dále byly využity různé bylinky na zklidnění nebo naopak ostré jídlo na vybuzení, kde přišla na řadu i štamprle, dále různé krémy na poranění, další bylinky na hojení nebo aroma olejíčky. Ale převažovaly praktické

pomůcky i třeba kvůli tomu, že využít všechny připravené věci se ani nestihá a ve finále stačí i třeba jen mobil na měření kontrakcí. Důležitější bylo spíš, které předměty se určitě doma nepoužijí – hlavně oproti jejich používání v nemocnici. Byly to léky proti bolesti, umělý oxytocin, ale i třeba odmítnutí neustálého monitoringu a vnitřního kontrolování, jak hodně je matka otevřená. Doma stačil asistentce doppler.

Některé pomůcky a postupy se matky snažily během porodu využít na základě informací, které měly načteny, nebo které jim obdržely radou. Jako třeba poloha porodu doporučována Michele Odentem, která porod některým respondentkám opravdu usnadnila. Na druhé straně postupy uvolňování se a autosugesce nenašly požadovaný výsledek bezbolestného porodu. O výsledek ale v tomto případě nejde, tyto metody se dostaly do sítě aktérů už jen tím, že je matka provozovala během porodu. Dostávám se tak k jedné z mnohočetných podob porodu, kterým je domácí porod tvořen interakcí matky, knih, i třeba porodních kurzů a rozhovorů s porodní asistentkou nebo zážitkem v nemocnici.

Mnohočetné verze domácího porodu nevyplývají jen ze souboru sehnanych informací před porodem, ale také jednoduše využitím jiných pomůcek, preferováním jiného místa nebo jiné polohy. Domácí porod může nabýt nespočet podob, které jsou distribuovány napříč domácnostmi v prostoru i čase i situacích. Na rozdíl od poměrně standardizovaného porodu v porodnici, může být každý porod doma něčím jiný a ovlivní to jak přítomní lidé, tak přítomné pomůcky, informace, minulé zážitky nebo i úplná souhra náhod. Záleží vždy na výsledné konfiguraci těchto interagujících aktérů. V nemocnici lze samozřejmě využít mnoho stejných předmětů jako doma, ale odpadá zde ta poměrně naprostá možnost volby. Tyto předměty fungují jako hraniční – vyskytují se jak v porodnici, tak doma a jsou součástí sítě obou způsobů – propůjčují se oběma sítím a neznamená to, že tak ztrácí svůj význam vždy v té druhé. Jednoduše přelévají své hranice a identitu podle toho, kde jsou zrovna použity.

Kdybych měla shrnout zcela zásadní efekty sítě domácího porodu, které zajistí právě výše zmínění aktéři, byly by následující: klid a pohodlí, nejen během porodu, ale také hlavně po porodu. Ležení s dítětem „za odměnu“ po tak vysilujícím zážitku a ještě ve svém domácím prostředí, ve vlastní posteli, kde neruší nikdo zvenku s testy nebo vyšetřeními nebo jídlem jen v určitou hodinu je zcela zásadní. Dalšími hlavními efekty

je během porodu přirozenost, žádné zásahy, nechat dítě, ať se rozhodne samo, kdy se chce dostat na svět.

Pokud mluvíme o hranicích domácího porodu, jsou jasné, pokud se týkají zdravotního stavu matky a rizikovosti jejího těhotenství. Pokud je porod rizikový, neodehraje se s největší pravděpodobností doma. Když se však obrátíme k hranici ukončení domácího porodu při nečekané komplikaci během porodu, je již jasný obrys hranice komplikovanější. Matky s nemocnicí vlastně musí počítat při každém porodu jako s potenciálním dalším aktérem, kdyby se něco zkomplikovalo. Takže i porodnice, která by měla být opakem domácího porodu, sedí někde na hraně jeho sítě. V případě komplikací mění svoji identitu z místa, které ženám k porodu nevyhovuje, na místo, které splňuje definici zdravotnického zařízení, které má zachraňovat životy a pomáhat se zdravotními komplikacemi. Síť porodnice a domácího porodu se protínají a záleží na tom, kteří aktéři z obou sítí se spojí a začnou interagovat, a co ze spojení vzejde. Kam se posune podoba domácího porodu a kam nemocnice.

Ve své diplomové práci jsem se pokusila popsat aktéry sítě, a jaké podoby porodu vyvstanou jejich různou konfigurací. Jedna z jeho podob zahrnuje i nemocnici, což může otevřít prostor k dalším výzkumům spolupráce porodu doma a v porodnici a zároveň být výzvou k diskusím o spolupráci a společném zajištění co nejlepší péče pro rodičku a hladkého průběhu práce všem zúčastněným.

Použitá literatura

- BLOOR, David. 1999. „Anti-Latour.“ In *Studies in History and Philosophy of Science* 30 (1): 81-112.
- BROŽ, Luděk, Tereza Stöckelová. 2015. „Přísliby a úskalí symetrie: Sociální vědy v zemi za zrcadlem.“ In *Cargo – Časopis pro kulturní/sociální antropologii*.1,2: 5-33.
- CALLON, Michel. 1980. „Struggles and Negotiations to define what is Problematic and what is not: the Sociology of Translation“ in Karin D. Knorr, Roger Krohn, and Richard D Whitley (eds), *The Social Process of Scientific Investigation. Sociology of the Sciences Yearbook*, 4: 197-219. Dordrecht and Boston, Mass.: Reidel.
- CALLON, Michel. 1986. „Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of Saint Brieuc Bay“ in John Law (ed.) *Power, Action and Belief: a new Sociology of Knowledge? Sociological Review Monograph*, 32: 196-233 London: Routledge and Kegan Paul.
- CANDIGLIOTA, Zuzana. 2010. *Péče porodních asistentek mimo porodnice. Analýza právní úpravy vybraných evropských států*. Brno: Liga lidských práv
- CANDIGLIOTA, Zuzana. 2011. „Právní postavení porodních asistentek v ČR“ in *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies.
- ČEPICKÝ, Pavel. 2009. „Mýty o porodech v domácnosti“ in *Moderní babičtví*. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2009-18/?pdf=94> (cit. 30.7.2016)
- DE LAET, Marianne, Annemarie Mol. 2000. „The Zimbabwe Bush Pump: Mechanics of a Fluid Tehcnology.“ In *Social Studies of Science* 30/2: 225-63.
- FARMER, Paul. 1990. „Sending Sickness: Sorcery, Politics, and Changing Concepts of AIDS in Rural Haiti“ in *Medical Anthropology Quarterly, New Series* (4) 1: 6-27.
- GOOD, Byron J.. 1994. *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Harvard University, Massachusetts.

GOOD, Byron, Mary-Jo Del Vecchio Good, Paul E. Brodwin. 1994. *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. University of California Press, Berkeley.

HAKEN, Petra Sofie. 2014. *Porod jako cesta*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Katedra genderových studií. Vedoucí práce: doc. Věra Sokolová, Ph.D.

HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava; HREŠANOVÁ, Ema. 2008. „Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami.“ in *Sociologický časopis* 44 (1): 87–111.

HREŠANOVÁ, Ema. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.

HREŠANOVÁ, Ema. 2011. „Hodnocení porodní péče z perspektivy českých žen.“ In in *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies.

HREŠANOVÁ, Ema. 2012. *Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů*. AntropoWebzin 3/2012. Dostupné z: <http://antropologie.zcu.cz/genderovanost-porodu-jako-prikladantropologickeho-zkoumani-lidske-reprodukce-prehled-klicovych-konceptu> (cit. 2. 8. 2016).

JONÁŠOVÁ, Kateřina. 2011. „Krev versus rozum – (přirozený) porod a média“ in *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies.

KREJČOVÁ, Martina. 2013. *Domácí porody z pohledu aktérek*. Příbram. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce: PhDr. Miloslava Turková, CSc.

LATOUR, Bruno. 1999. For David Bloor... and Beyond: A Reply to David Bloor's „Anto-Latour.“ In *Studies in History and Philosophy of Science* 30 (1): 113-129.

LATOUR, Bruno. 2003. *Nikdy sme neboli moderní: Esej o symmetrickej antropológii*. Kalligram: Bratislava.

LATOUR, Bruno 2004. „On the Difficulty of Being an ANT.“ In (eds) C. Avgerou, C. Ciborra, and F.F. Land *The Social Study of Information and Communication Technology*. Oxford University Press.

LATOUR, Bruno. 2005. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford University Press: New York.

LAW, John. 1986. 'On the Methods of Long Distance Control: Vessels, Navigation and the Portuguese Route to India', in John Law (ed.), *Power, Action and Belief: a new Sociology of Knowledge?*. Sociological Review Monograph, 32: 234-263. London: Routledge and Kegan Paul.

LAW, John 1992. „Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity“ in *Systems Practice* 5: 379-93.

LAW, John. 2007. *Actor Network Theory and Material Semiotics*. Dostupné z: <http://www.heterogeneities.net/publications/Law2007ANTandMaterialSemiotics.pdf>, (staženo 18. května 2007).

LESLIE, Charles. 1977. 'Pluralism and integration in the Indian and Chinese medical systems' in D. Landy (ed.) *Culture, Disease and Healing*. New York: Macmillan.

LOGAN, Michael. 1977. 'Humoral medicine in Guatemala and peasant acceptance of modern medicine' in D. Landy (ed.) *Culture, Disease and Healing*. New York: Macmillan.

MOL, Annemarie. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.

MOL, Annemarie; LAW, John. 2003. *Vtělené jednání, zjednávaná těla: Příklad hypoglykémie. Biograf* 31.

PECKA, Vojtěch. 2015. „Tereza Stöckelová, Yasar Abu Ghosh, „Etnografie: Improvizace v teorii a terénní praxi.“ In *Cargo – Časopis pro kulturní/sociální antropologii*.1,2: 167-173.

RICHTEROVÁ, Natálie. 2014. *Reflexe vyjednávání o domácím porodu: Aktéři, diskurzy, kontexty*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce: Mgr. Hedvika Novotná.

ROMANUCCI-ROSS, Lola. 1977. 'The hierarchy of resort in curative practices: the Admiralty Islands, Melanesia' in D. Landy (ed.) *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan.

SOVOVÁ, Petra. 2006. „Práva žen v těhotenství, během porodu a práva rodičů v poporodním období z hlediska volby medicínské péče.“ In *Reprodukční práva žen a mužů*.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. 2005. *Možnost volby*. Praha: Argo.

Internetové zdroje

Aperio. Nebojujte se zákony. Příručka pro rodiče 2016. Dostupné z: http://www.aperio.cz/data/1/APERIO_Nebojujte-se-zakony_2016.pdf (cit. 30. 7. 2016)

Česká lékařská komora. 2012. Odborné stanovisko Vědecké rady ČLK k porodům v domácnosti. Dostupné z www: http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz_99307 (cit. 15. 7. 2016)

Porodní dům U Čápa. Co je porodní dům. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PD/CojePD.html> (cit. 2. 8. 2016)

Ústav zdravotnických informací a statistiky. 2015. Rodička a novorozenec 2013. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/novorozenci> (cit. 30. 7. 2016)

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55> (cit. 8. 8. 2016)

WIESNEROVÁ, Jana. 2011. Narození mimo zdravotnická zařízení. UZIS. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/07_11.pdf (cit. 29. 7. 2016)

WILHELMOVÁ, Radka. 2013. Domácí porody – stanovisko České Konfederace Porodních Asistentek (ČKPA). Dostupné z:
http://www.ckpa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=126:domaci-porody-stanovisko-eske-konfederace-porodnich-asistentek-kpa-nejvti-profesni-organizace-porodnich-asistentek-v-r-ktera-je-jako-jedina-zastoupena-v-mezinarodni-icm-a-evropske-ema-profesni-asociaci-porodnich-asistentek&catid=3:kpa-home&Itemid=20 (cit. 27. 7. 2016)

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Dostupné z:
<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96> (cit. 8. 8. 2016)

Filmografie

Business of Being Born (Abby Epstein, USA, 2008)

One Born Every Minute (Channel 4, UK, 2010 – 2015)

Čtyři v tom 3: Dva porody (ČT, 2014)

Český žurnál: Pět zrození (Erika Hníková, ČT, 2016)

Seznam příloh

Příloha č. 1: Scénář rozhovoru s matkou (text)

Příloha č. 2: Písemná domluva rodičky s PA (text)

Příloha č. 3: Ukázka přepisu rozhovoru (text)

Přílohy

Příloha č. 1: Scénář rozhovoru s matkou (text)

Rodička:

- Kolik dětí, jak staré – kde rozeny? Jak dlouho trval porod? Kolik jí bylo?
- Proč si vybrala domácí porod, co ji k tomu vedlo? Kdy se pro něj rozhodla?
- Lidi v jejím okolí – setkává se s matkami, které rodily doma?
- Porodní asistentka / dula / partner
- Proč nechce rodit v nemocnici?
- Výhody, nevýhody, rizika, očekávání

Popis:

- Před porodem
 - o Knihy, časopisy, internet, kamarádky, rodiče – shánění informací
 - o Kurzy (domácí, s PA, s doulou)
 - o Problémy s doktorem apod. – jak reagovali na informaci o domácím porodu? Svěřila se jim?
 - o Nějaké tipy, triky od PA nebo naopak něco, s čím s ní nesouhlasila
- Porod samotný
 - o Existoval plán? – příprava prostoru, matky, dalších zúčastněných
 - o Proběhlo vše podle plánu? – komplikace nebo naopak
 - o Pomůcky, léky – použité, schválené, neplánované
 - o Kde probíhala první a druhá fáze porodní – specifické místo?
 - o Těsně po porodu – dítě u sebe, odpočinek
 - o První dny po porodu – kde bylo dítě, kde partner
 - o Čas
- Po porodu (šestinedělí a dále)
 - o Léky pro matku a dítě
 - o Vyšetření dítěte pediatrem apod. – doma / venku
 - o Problémy s doktorem?
- Kdyby měla srovnat – co by proběhlo jinak v nemocnici (čistě co si myslí, co slyšela o různých nemocnicích) => kde je ten zásadní rozdíl (byla se podívat v nemocnici předem?)
- Překvapená něčím – průběhem atd. – pozitivně a negativně u DP
- Porodní dům
- Proč si myslí, že lékaři proti
- Existuje něco, kam by nezašla při/před/po porodu (konkrétní příklady) => polohy porodu, použití pomůcek, léků, místo porodu, přítomnost někoho
- Co zase by jí nevadilo
- Co by změnila příště

- Co je dle ní přirozený porod, alternativní
- Reflexe změny v přístupu společnosti/lékařů apod. k domácím porodům, vývoj jejího vnímání
- Kdyby další dítě, tak kde? (věk, okolí)
- Legální stránka

Příloha č. 2: Písenná domluva rodičky s PA (text)

Ráda bych prožila porod v pohodě všech zúčastněných. Přála bych si následující:

(PA přichází až v době, kdy je porod před vrcholem)

1. Vezmi si plavky, kdyby bylo teplo na bazén – *(prostor pro osobní sdělení)*
2. Nechci být příliš úzkostlivě sledovaná, pozorovaná. Na všechno mohu říci v té situaci „Teď ne“, kromě případu, kdy usoudíš, že je to životně nutné. *(domluvte si gesta)*
3. Do ničeho nenutit, pokud to nebude nutně vyžadovat situace, prosím o respekt k mým přáním.
4. Pokud to nebude opravdu nutné, tak si nepřeju vaginální vyšetření, pokud porod postupuje, nepotřebuju znát stav čípku, ani kolik jsem otevřená, ani jak mám zašlou branku- to si nech pro sebe a konzultovat v případě, že by bylo něco blbě.
5. Do polohy zasahovat v případě, kdy to podle Tebe nejde tak, jak by mělo, jinak si přeju pohyb a polohu, kterou si zvolím.
6. Předpokládám, že budu chtít být v některých fázích při 1. době porodní sama, tak prosím o respektování.
7. Kontrolování dopplerem tak nějak přirozeně.
8. Budeme mít porodní bazén (vířivku).
9. Prosím o ochranu hráze.
10. Přála bych si asistenci v podobě chytání a přikládání na tělo- raději.
11. Budeme pár či více hodin na placentě po dotepání pupečníku.
12. Placentu zakopeme na zahradě.
13. Budu používat Bachovky, homeopatika.
14. Budu chtít dokument o porodu pro matriku *(pa může potvrdit porod jako třetí osoba, která přijela po a u nás na matrice žádný problém, ani když to nebylo anonymní)*
15. Obě souhlasíme s tím, že v jakékoli fázi porodu mohu říci, aby jsi odešla.

PRO PŘÍPAD PORODNICE

*Máš plnou moc úředně ověřenou v zastupování mne. Tím máš prostor se za mě vyjadřovat a dozvědět se všechno a tím nejlépe ochránit přirozený porod či při nějaké patologii to, co zachránit lze.

*Budu mít připravenou tašku do porodnice.

*Souhlasím po dohodě s přesunem do porodnice v následujících situacích (myslím, že se na tom shodneme):

A- Při jasném krvácení ještě před začátkem porodu nebo po porodu, při velké ztrátě krve.

B- Při zkažené plodové vodě.

C- Při špatných ozvech, které se opravdu ukazují na nějakou patologii.

D- Při nepostupujícím porodu po odtoku plodové vody do 24 hodin- pokud budou dobré ozvy-tak dle domluvy a situace.

E- Při neodlučující se placentě. Pokud nebudu krvácet, nebude bolest, tak bych si přála 4 hodiny, než by se to řešilo přejezdem.

F- Při neodloučené celé placentě.

H- Při porodu, který se táhne a neběží, jak má.

G- Při příliš vysokém tlaku.

CH- Když se nebudeme subjektivně cítit dobře.

(Porodnici jsme měli cca 10 minut od zahrady)

Příloha č. 3: Ukázka přepisu rozhovoru (text)

R: Moje první dcera se narodila před rokem a doma.

T: Kolik ti je let?

R: Mě je 26.

T: Proč ses rozhodla rodit doma?

R: Protože na základě toho, co vím o českém porodnictví, jsem to vyhodnotila jako bezpečnější variantu.

T: Šla ses kouknout do některých nemocnic?

R: Ne, jenom co jsem byla dřív za kamarádkama, které rodily a to mi úplně stačilo. Viděla jsem statistický výsledky a postupy, které doporučuje Česká gynekologicko-porodnická společnost, které jsem vyhodnotila jako škodlivý.

T: Co konkrétně?

R: Třeba to, že v Čechách je standardně problém, když nechceš oxytocin, když nechceš rodit na zádech, nastříhává se velký množství prvorodiček, statisticky je jasný, že když se to někde dělá, tak se to dělá a ty statistiky, ještě když jsem hledala místo porodu, tak byly anonymizované. Ministerstvo zdravotnictví říkalo, že to nemůže říct konkrétně, v jaký nemocnici jsou jaký výsledky. Takže byly výsledky, ale nemocnice 1,2,3,4,5,6, ale už k tomu nebylo, která je která nemocnice. To mi přišlo jako velký riziko. Zároveň vím, že i porodnice, o kterých se říká, že jsou v pohodě, tak blízké okolí mělo zas různé zážitky o vykrváčených ženských, protože je tahali za placentu, No není to prostě legátní postup. Vím, že je to na základě studií škodlivej postup, který se v Čechách běžně dělá. To pro mě bylo rozhodující.

T: Četla jsi o tom nějaké knížky?

R: Četla jsem docela dost studií, koukala jsem se do ... databáze, co jsou jako k porodu. Na několik vyhodnocení na základě velkých studií, tahleta meta analýza řekla, že pro fyziologickou druhorodičku je doma rodit bezpečnější porod. Na základě této studie i Velká Británie to tak doporučuje. I pro prvorodičku je to považováno za bezpečnou variantu v případě, že má u sebe kvalifikovaný personál, který jsem měla. Já jsem měla u sebe porodní asistentku, ke které jsem pravidelně docházela. Má nejvyšší dosažitelné evropské vzdělání v tomto oboru. Nestudovala v Čechách. Nicméně v Čechách s ženským doma rodit nesmí, jinak by ji hrozila pokuta milion korun. Navíc ona nechodí k porodům ani jako asistentka.

T: Sepsali jste nějakou smlouvu o tom?

R: Ne, byla to prostě dohoda. Třeba jeden velký problém je, tím, že je to šedá zóna, že spousta těchto asistentek, kromě toho, že jsou v hrůze, která může negativně ovlivnit jejich práci, tak zároveň chybí možnost veřejného řešení, rozhodnout se, komu co vyhovuje. A zda to bylo nebo nebylo v pohodě. Já jsem byla spokojená, ale zároveň to, že se asistentky shání velmi pokoutně a to, že já jsem byla v Praze, tak sehnat asistentku bylo relativně snadný, mi přijde jako problém. Argumentace, že porod doma je nebezpečný nebudu podporovat a ženským to zakázat nemůžeme.

T: A co Váš partner, byl u porodu?

R: Byl a podporuje domácí porody. Čím víc o tom věděl, taky na základě literatury, tím více to podporoval. Taky se obeznámil s tím, jak to v Čechách v nemocnicích chodí, jak nemáš možnost volby ničeho, tak v tu chvíli to pro něj byla jasná věc, že mě podpořil v domácím porodu. Navíc moc dobře si uvědomoval, že já budu ta, co u nás doma budu rodit, tak nejlépe vím, co bude pro mě lepší. Jeho maminka dělala v Podolí v laboratoři, tak pro ní to bylo docela krizový, to naše rozhodnutí a měla pocit, že všichni umřem.

T: Takže jak tvoji tak jeho rodiče moc nesouhlasili?

R: Moje maminka byla v pohodě. Bratrova přítelkyně taky rodila doma. Z tátovy strany jsem to nikomu neříkala a oni to pak stejně rozdýchali, když už bylo po tom. Já jsem věřila, že navíc, když se narodí holčička a narodí se doma plus ani se neví, jak se jmenuje. Myslím si, že to je tolik šoků, že většina lidí to nezvládne a vyhodnotí to velmi kriticky. A když to neví, tak jsou klidnější.

T: Mluvila si o tom s někým, třeba s kamarády, nebo na internetu?

R: Ano, mám hodně virtuálních, tak i reálných známých, který třeba první dítě v porodnici rodili císařem, pak hodně lidí, kteří měli zkušenosti s ambulantními porody. Řekněme, že se dlouho v této komunitě i pohybuji, takže jsem docela dost o tom věděla, si myslím.

T: Přemýšlela jsi o dule?

R: Ani ne, protože moje asistentka mi přišla dostatečná. Já jsem byla na setkání s několika, protože mi přišlo, aby si lidi sedli, že to je hodně důležitý. Každý potřebuje něco jiného.

T: Chodila jsi na předporodní kurzy a pak třeba jak probíhala příprava prostoru, pomůcky?

R: Já jsem chodila k mojí asistence, do poradny, relativně pravidelně a často, asi každých 14 dní. Měli jsme jedno setkání i s partnerem, v zásadě to bylo hlavně proto, aby ona mohla vysvětlit, co se bude dít, aby z toho neměl třeba stres a co je všechno v normě. Taky nám vysvětlila, co bychom doma měli mít. Nakoupili jsme nějaké podložky, plenky na miminko, což je hodně, hodně základní výbava. Pro mě byly

důležité esenciální oleje, protože s nimi hodně pracuji, ale nemyslím si, že by bylo něco speciálního, co jsem si musela pořídit. Nechtěla jsem rodit na posteli, protože byla hodně vysoká, tak jsem využila náš rozkládací gauč, což je jako madračka a navíc poskytoval různé možnosti opření se.

T: Přemýšlela jsi o rození do vody?

R: Ano, já jsem u toho byla i hodně dlouho ve vaně, ale prostě potom mi to přišlo jako hodně složitý proces a aby vana nevystydla, tak musela být hodně teplá a to miminko se musí hodně ponořit a navíc, já jsem háklivá na zimu, takže představa, že najednou někdy budu muset vylézt a bude mi zima, mi nebyla moc příjemná a ani pro asistentku to nebylo moc komfortní. Nebylo to pro mě moc důležité. Cítila jsem, že raději budu rodit někde v teple.

T: A v jaké poloze jsi nakonec rodila?

R: Na čtyřech, resp. na dvou, opřená, klečící, opřená o muže.

T: Jak dlouho trval ten porod?

R: Dost. Měla jsem pravidelné kontrakce, s tím, že asistentka dorazila v 11:00 hod. ráno a porodila jsem 20 minut před půlnoci. A to jsem byla otevřena minimálně 6 cm. Víím, že v porodnici bych tuto šanci nedostala. Protože to trvá. Určitě by to urychlili. Začali by do toho vrtat. Pro mě doktor není záruka bezpečí, ale spíše záruka nebezpečí. Uznávám, že můj postoj vychází z nějakých zprostředkovaných zážitků, ale i proto jsem věděla, že rodit přirozeně s lékařem není možný.

T: A v čem vidíš to riziko v nemocnici?

R: Porod, aby fungoval, musí se ti udělat oxytocin. Nesmíš se cítit ve stresu, musíš se cítit v bezpečí, nesmí se ti zapínat neocortex, ve chvíli, kdy ti někdo pokládá jakékoliv otázky typu - jak se jmenuješ, kdy ses narodila, kde bydlíš a jaký máš rodné číslo a trvá na tom, že musíš odpovídat ty, tak v tu chvíli tě nutí zapínat část mozku a žena vlastně přestane rodit, teď do toho kolem tebe jsou cizí lidi, relativně často velké množství lidí, což v porodnicích nemůžeš ovlivnit. Většina z nich se ti ani nepředstaví a hned se ti začnou hrabat do vnitřností, tak proto jsi myslím, že bych tam nebyla schopna rodit. Moji porodní asistentku jsem znala půl roku před tím a již před tím jsem ji znala z nějakých internetových pořadů. Součástí její péči byla i psychoterapeutická podpora a to bylo docela podstatný. Zároveň to bylo i to, že ona mě znala a věděla, co si může dovolit. Proto u mě vydržela tak dlouho i přes to, že podle anglických guidelines už by to neodpovídalo fyziologickému porodu. Já jsem noc před tím nespala, takže jsem byla unavená, což byla další věc, jenž souvisela s tím porodem. Únavu řešit moc nejde, když rodiš (smích) tak řekneme, že ten začátek byl takový delší, ale pak mi voda praskla dvě hodiny před konce a od té doby už to šlo.

T: Mohla bys mi popsat ten samotný porod, třeba od začátku kontrakcí po přivolání asistentky ...

R: Já jsem celou noc nespala, manželovi jsem říkala, že asi budu rodit, ať nejde do práce. On byl na to zvyklý, že jsem si myslela, takže rodím každou chvíli, tak do práce odjel. Na mobilu jsem si vždy fotila čas, po 15 minutách jsem cítila takový silný vlny, tak jsem zavolala asistence, které jsem poslala, že po 10 minutách mám nějaké vlny a co s tím? Ona tu situaci vyhodnotila a řekla, že jen syna odveze do školy, sbalí se a přijede, protože my jsme bydleli kousek za Prahou a nebylo to úplně blízko. V 11:00 hod. dorazila. Stupňovaly se kontrakce, ale zároveň asi ne tak moc. Celý život jsem byla léčena se skoliózou řekněme i vážnější, nosila jsem i korzet, a před třemi roky jsem měla zlomený třetí obratel a to jsou všechno věci, které hrají u porodu velkou roly a vlastně už od malička mi vyhrožovali, že budu muset rodit císařem, že nesmím. Což mi asistentka říkala, že bych se měla radit s jiným člověkem a to se mi nechtělo. Moje asistentka by samozřejmě poznala, pokud by to nešlo. Pak přijel muž, ale přijel o dvě hodiny později, než říkal, protože byl pátek a Praha byla ucpaná, z toho jsem byla taky docela vypsychovaná. Přijel asi v 15:00 hodin. Vlastně moc si to nepamatuju, vůbec si nedovedu představit, jak ty ženské odjíždějí do porodnice, to pro mě byla největší záhada. Často jsem si lehala do vany a asistentka mi říkala, ať se pokusím uvolnit a prodýchat to, což vím, že mi moc nešlo, pak jsem se různě polohovala ve vaně, což bylo trochu lepší. Pak jsem šla na chvíli ven, pak mi říkali, ať si zkusím trochu odpočinout, co moc nešlo, tak nic z toho. V deset mi rupla voda a prostě už začal porod. Mně přijde, že tím, že jsem měla svůj klid a nikdo vlastně mě nerušil, mě teda rušilo, že celou dobu šeptali, už to bylo něco, co mně vracelo ven, co mi vadilo a zároveň (smích) oni fakt byli absolutně tichý. No jo bolelo to. Bolelo to, řekněme docela hodně, ale tak jako správně. Nebylo to něco, co by se nedalo přežít. V jednu chvíli teda jsem skutečně myslela, že umřu, no nejdřív mě teda napadlo, že to teda zastavíme, že ji pošlu domů a že budu rodit jindy, ale to asi nejde (smích). Ale taky vím, že kdyby mi někdo nabídl cokoli, tak si to vezmu. Asi. Protože ten stav už je takový, že nějaký přesvědčení, racionální i veškeré informace, co o tom mám, mi byly prd platné. Pak mi došlo, že stejně asi umřu a že je to jedno a pak najednou to bylo hotový. Jak se říká, že většina ženských před koncem má pocit, že už to nikdy neporodí, tak moje zkušenost to potvrzuje.

T: Jak do porodu zasahovala porodní asistentka?

R: Vůbec nijak, jednou za čas mě vyšetřila, jak se otvírám a to bylo asi jediný vnitřní vyšetření během celého mého těhotenství, což mi nevadilo, protože během celého těhotenství byla přítomná. Sem tam poslouchala ozvy. Ale vůbec si to nevybavuju. Zeptala se mě, zda si může poslechnout ozvy, já jsem jí řekla, že jasně, ale ona si dělala svoje věci a já svoje. A pak chytla miminko. Jo ano, masírovala mi záda, to bylo hezký a to je asi úplně všechno. Chytla miminko, podala mi ho a pak akorát po čase ... pauza... my jsem jí měly docela dlouho připojenou na pupečníku a pak jí asi tři hodiny po porodu stříhla. To jí teda odstříhl muž, ona to připravila. Pak kontrolovala reflexy Laury a vážila ji. Nic víc nedělala.

T: Manžel se zapojoval?

R: Byl tam celou dobu. Byl potichu, to bylo to, co měl asi dělat. Oni mi jí podali spodem. Rodila jsem hodně dlouho a byla jsem fakt vyčerpaná. Když mi ji dali do ruky, tak jsem měla strach, že ji neudržím. Nemohla jsem se moc hýbat. Muž mě vlastně posadil. Přesto, že se bojí krve, tak myl placentu, což jsem zjistila až posléze. Dodneška nikdo nechápe, jak to, že z toho neomdlel, protože ani na svoje zranění se na to nemůže ani podívat.

T: Co jste pak dělali s placentou?

R: Měla jsem velký krvácení potom. To se podařilo zastavit, ale ta ztráta krve byl větší. Takže jsem se rozhodla ji sníst po porodu. Můj muž mi umixoval koktejl. Ještě když byla Laura připojená. Pak jsem ji měla schovanou v lednici. Asi za dva dny jsem si ji usušila a co jsem neusušila, tak to čeká v mrazáku. Tu sušenou jsem jedla celý šestinedělí. Ono se to dá hodně rozemlít na prášek. To mi přišlo zbytečný, tak jsem to pak polykala jako tabletky. Chutná to jako krev. Jako když si dáš jitrnici, akorát bez toho koření. Takový tuhý. Nemůžu to srovnávat, ale mám pocit, že mě to potom porodu nakoplo. Docela dlouho mi trvalo, než se mi vrátil standardní objem krve. Než se to vyrobí. V tomhle mi hodně pomohly i hormony.

T: Před porodem jsi chodila ke gynekologovi?

R: Byla jsem u něj asi třikrát. Pak jednou ještě jinde na ultrazvuku, protože na poslední prohlídce mě gynekolog začal děsit v 30. týdnu. Jak placenta tak ... bylo v pořádku. Opakované vyšetření krve, na různé látky a na krvácení. Hodnoty nebyly nijak alarmující, tak jsem věděla, že nebude špatný průběh. Ono se narodilo o 14 dní jinak, a když jsme měřili dítě, tak podle mých výpočtů to vždycky sedělo. Jim to nikdy nesešlo. Dítě bylo trochu větší, ale všechny poměry byly vždycky tabulkový. Tak to jsem si říkala, že se vyplatí si to počítat sama a zároveň ale mít je pro jistotu. Moje pojišťovna vždycky za mě platila jenom 120,- Kč. Což byly vlastně jenom ty porady a krve. Ta péče tý asistentky je drahá, ale adekvátně. Za asistentku jsem platila 10 000,- Kč. Byly v tom ještě dvě návštěvy po porodu. Plus teda ty poradny, ještě jsem k ní chodila na masáže. Všechno mi to přišlo adekvátní.

T: Co všechno si asistentka k porodu přinesla?

R: Netuším. Brašny, ve kterých měla sterilní rukavice určitě. Což standardní doktor nepoužívá. Oni používají jenom takový ty krabičky, který prostě... což mi přijde divný, když se řeší, že se nesmí zavést infekce. Víím, že tam měla plenu určitě, naslouchadlo. Věděla jsem, že chodí bez medikace, i když víím, že oxytocin se sehnat dá. A že dál chodí. Nějaký nůžky. Šití, což se nekonalo, ale já jsem věděla, že je odborník na fyziologický porod. Že v případě, že by to nebyl fyziologický porod, tak by nás poslala do porodnice. Pravděpodobně Neratovice jsou daleko nějakých 20 minut a pražský dejme tomu 30 minut. Já jsem věděla, že s tím do toho jdu, s tím, že můžu vykrváct,

což je v zásadě největší riziko u domácího porodu, že žena zemře na vykrvácení. Přišlo mi možná lepší, že vykrvácím tím, že nikdo nezasáhne než tím, že někdo zasáhne.

Bohužel mám ve svém okolí hodně případů tahání za placentu, který k tomu vedou a pak jsou pětidenní pobyty na JIPce bez dětí. Takže máte trauma z toho, že jste málem umřela a ještě k tomu, že jste bez dítěte. To porodní trauma je srovnatelné se znásilněním docela slušně. O tom jsem se bavila ještě před otěhotněním s různými lidmi. Tváře s porodním traumatem už jsem viděla. Myslím, že to nestojí za to.

T: Co děláte za práci, co jste vystudovala?

R: Já jsem nedostudovala. Dělal jsem konstelační masáže a další seberozvojové metody. Nejsem terapeut, ale zároveň i tím, že mám takové zkušenosti, tak se na mě obrací ženy s traumatem po porodu a ptají se, co s tím mají dělat. Blbý je, že se nejdříve ptají jak to zařídit, aby trauma neměly a pak to ... Jsou to inteligentní, chytrý ženský. Kamarádka byla připravená k domácímu porodu. Každý si tím musí projít, ta asistentka nic nezaručí, že jo. Je problém s tím, že dobrý, tak mě odroďte, jak se dělá s doktorama, tak dělá s tou asistentkou. Samozřejmě to nemůže klapnout jo.

Tý asistentce se to nějak nezdálo, chtěla jet do nemocnice, a tam ji nedali oxytocin, tlačili ji na břicho. Nastříhli ji proti její vůli. Separace, sprostý chování, urážky, partnera tam nepustili. Na docela slušný porod bez komplikací to bylo docela hustý číslo.

T: Jak to vypadalo po porodu?

R: Laura se narodila pozdě v noci. Pak pode mnou uklidili ty podložky. Zůstali jsme spát tam. Tím, že jsem byla docela slabá, tak jsem se koupala až druhý den vlastně. Pomohli mi do vany. To bylo asi všechno. Jenom jsme leželi v posteli a čekali. Ta asistentka předtím v noci rodila ještě někde jinde. Asistentka u nás zůstala spát přes noc. Pak v 6 ráno vstala, znovu vyšetřila malou a ještě pak přijela další den. Ale jinak se nic speciálního nedělo. Ležely jsme v posteli, kojily jsme, tulily jsme se a nikam jsme nechodily.

T: Měla jste nějakou pediatričku zajištěnou na vyšetření?

R: Neměla. Tím, že jsem rodila v pátek, tak jsem v pondělí obvolávala doktory. Některý mi řekli rovnou, že mají plnou kapacitu. Ale věděla jsem o jedné, že chodí k domácím porodům, měla jsem to zjištěný, to by mělo klapnout. Ta říkala, tak se v úterý stavte. Já říkala, ať se staví ona, že je to prostě malý dítě a ona se teda stavila. Bylo to sice k ničemu, musela sem tam 10. den znova. Minimálně jsme měli papír na matriku. Ona přišla, ale neměla váhu a nic, takže jsme stejně pak musely k ní do ordinace. Za 400,- Kč si nechat udělat papír o tom, že přijala dítě do péče. Že mi dali rodný číslo, protože bez toho nejde udělat žádný vyšetření. Museli jsme volat na matriku, kde normálně jsou schopní vydávat rodný list obratem, tak ještě potřebovali 14 dní. Ještě se chlubila, jaký jí to dělalo problém, že to měla vždycky hotový a pak se jí to nějak smazalo. Očividně to neuměla, ale tak je to takový smutný. A to je vlastně všechno. Pak jsou takový malý

vyšetření, který se dělá v porodnici, ale to se všude dělá různě. To jsme měli vypsaný žádanky od doktorky, ale to není tak urgentní, aby to muselo být první den.

T: Kupovala jste nějaké speciálně čaje, olejíčky...?

R: Olejíčky, podložku. Poporodní kalhotky. Nějaký ty věci hygienický, jinak nic.

T: Vnímáte nějaký vývoj názoru společnosti na domácí porody?

R: Myslím si, že jo. Minimálně v mém okolí je značný množství lidí, co by mě i pochopilo, že to může bejt bezpečná varianta. Že to není, jak to říct, militantní přístup ultramagorů. I když samozřejmě někdo si to myslí. Ve chvíli, kdy si s těma lidma o tom začnu bavit, o nějakých důvodech. Statistiky hovoří celkem jasně, že bezpečně se v Čechách moc rodit nedá. V tu chvíli se o tom přestanou chtít bavit nebo o tom začnou uvažovat. Tátova žena měla celkem traumatizující porod. Přestože měla svou gynekoložku, legální, zaplacenou, že nabízí tu službu, že byla zaplacená docela hodně draze. Doktorka neměla trpělivost a skončilo to císařem a docela velkou psychózou, depresema. A doteď můj táta věří tomu, že kdyby nebyl..., že všichni umřou a udusej se, že to může souviset s tou medikací, která prostě má jasně daný tahle vedlejší účinky, který těm ženskejm u těch porodů nikdo neřekne.

T: Uvažovala jste o porodu v zahraničí?

R: Ne, mě to přijde zbytečný. Buď jsem fyziologická rodička a můžu rodit doma anebo nejsem, a pak nemá smysl trajdat někde po světě. A zároveň i to, že já se domluvim anglicky a španělsky. Mohla bych asi být v Anglii, protože tam máme nějaké rodinné zázemí, ale nepovažuju tam to zdravotnictví za takovej zázrak. Nechtěla bych tam zažít akutní péči. A protože na to nemám, to je další věc. (smích)

T: Kdyby povolili porodní domy, uvažovala byste o tom?

R: Já ne, ale podporuju to. Myslím si, že pro spoustu lidí je to bezpečná varianta. Pro mě ne, já mám z tohohle dobrej pocit. Kdybych byla znova těhotná, porod doma je první volba. V případě, že nepůjde porod doma, tak jenom kvůli tomu, že to k tomu nebude a v tu chvíli asi budu muset... Zním mnoho lidí, pro které by to byla volba. Je to asi bezpečnější než rodit doma. A zároveň bezpečnější než rodit v porodnici.

T: Jaký je Váš názor na očkování?

R: Jedna z mých špatných zkušeností s lékařskou péčí je, že jsem měla celkem vážný vedlejší účinky po všech vakcínách, co do mě kdy píchli. Proto prostě neočkujeme a v plánu to nemám. A nosím ji v šátku. Máme pediatra, který je s tím v pohodě. Dostala jsem na něj kontakt, že je vstřícný. Snaží se informovat, ale nechává to na rodičích. Asi pochopil, že to je naše poslední šance na péči, že jinak bych to zabalila úplně. (smích) Ona je povinnost, aby děti byly pravidelně viděny na těch prohlídkách. Nicméně ta povinnost je pouze pod pokutou 500,- Kč. Zním několik lidí, kteří pediatra nemají pro

ani jednoho z tří dětí a jde to. Buď s tou péčí souhlasím a chci ji využívat nebo s ní nesouhlasím a využívat ji nechci. Oni ty doktoři mají příplatky za každou registraci dítěte. Není to moc, ale mají. Když ji využívat nechci, tak nechápu, proč by měl ten systém někomu něco odvádět. Takhle si funguju sama a byla bych ráda, aby tam fungovaly i moje děti. Naštěstí máme pediatra, který vypadá důvěryhodně. Nenutí maso například. Což v Čechách se od 4 měsíců dávají masové příkrmy. Hodně věcí, které jsou jinde diskutabilní, tak u nás je daných a to mě je dost nepříjemný. Nebo pediatr, který přijde 4. den po porodu, a říká, ať hlavně koupíme dudlík. To těžko pro mě může být relevantní doktor. Hromada laktačních poradkyň má díky dudlíku a lahvičkám zkušenosti s tím, že ty děti se naučí, že koušou. A pak se to jinak saje, tak pak je začne štvát to prso, že to jinak teče. To dělá lahvička. To byl takovej průšvih, že v Čechách v porodnicích se rovnou prostě dokrmuje z lahve. A ty děti pak štve, že to špatně teče z prsa a bojkotují prsa. My jsme to teda taky zažili, ale celkem jsme to dokázali překonat, a neumím si představit, co by se dělo s lahvičkou. Kamarádka mi říkala, že to bylo v pohodě, ale že v pěti měsících se dcera odstavila z jednoho prsu s v devíti z druhého a to prostě přirozený stav nebývá. Nebo děti koušou a nikdo nechápe proč no. Na Slovensku je organizace, co se věnuje zdravému kojení. Mě přijde, že to kojení je asi nejpřirozenější věc a dělat cokoli proti němu, jako z nějakýho předvědčení, aby si hlavně necucala prsty, tak... Mám nějaké informace, co jsem si nastudovala v zahraničí versus ty české a v tu chvíli pro mě ty český řeči začnou být trošku srandovní. Když mi někdo říká, že něco musím, protože to tak je jediné, co je možné, a vím, že není.

T: Co je pro Vás přirozený porod?

R: Bezzásahový, nemedikovaný, ve volné poloze. Vždycky to nejde. Je dobré, že lékaři tu jsou ve chvíli, kdy ten přirozený porod nejde. Předčasné porody nebo jiné patologické stavy. Dvojčata s jednou placentou. To jsou všechno věci, které bych doma rozhodně neřešila. Tím, že tu neexistuje žádný muštr, jak by se to mělo dělat, každá asistentka má svoje pravidla. Zároveň se všechny boje a zároveň je problém dostat k tomu ty vyšetření, co jsou vhodné. Když gynekolog nespolupracuje a vyhodí tě z péče, což se taky někdy děje. Jedno vyšetření krve a dva ultrazvuky jdou minimálně vhodné k tomu, že vím, že placenta nezasahuje do děložního hrdla, protože pak se nemá rodit doma. V zásadě, se nemá rodit ani přirozeně, protože to je dost vážná komplikace. To není kvůli tomu, že bych odmítala péči, jenom bych ráda rodila bezpečně. A mezi to patří i to, že vím, že ve 20. týdnu se udělá screening miminka, a že má všechno, co má mít. To znamená, že když něco není v pořádku, tak by se mělo rodit tam, kde jsou schopný mu vzápětí tu péči dopřát. Nebo minimálně naše společnost je tak nastavená, že by se to tak mělo dělat.

T: Viděla jsi Pět zrození z Českého žurnálu?

R: Ano. Vzápětí mi napsala kamarádka, co rodila v Motole, do té doby s tím byla spokojená, že to bylo pěkně na nic. Celkem slušně srovnaná. Ona k tomu rodila předčasně, což je častý vedlejší účinek amniocentézy, kterou ona podstoupila. Nicméně

nikdo ji na to neupozornil, takže ona záhadně rodila předčasně a nikdo neví proč. Přitom je to celkem jasná reakce. Amniocentéza je odběh plodové vody, když se zkoumá stav plodové vody a jestli tam nejsou nějaké genetické vady a tak.

T: Vy jste odmítla ty screeniny na genetické poruchy?

R: To jsem odmítla, protože v Čechách máme výborný statistiky, co se týká lékařem indikovaných potratů. Máme jedny z nejvíc v Evropě. Máme tedy menší poměr novorozenecké úmrtnosti, ale podstatně víc lékařem indikovaných potratů. Když se děla triple test, tak jediný, co se pak zkoumá je ta amniocentéza, kdy jeden případ z padesáti končí potratem. Jak zdravé, tak nemocné dítě. Někdo říká i dva z padesáti. To mi přijde moc. A zároveň vím, že potrat bych neřešila. To není moje cesta. Chápu, že něčí jo, ale já tohle vědět nepotřebuju. Samozřejmě chci vědět, jestli je všechno v pořádku pro ten fyziologický porod, ale my jsme tímhle takový Mengeleové, že chceme jen ty bezchybný jedince. Když se pozná z genofondu disgrafie, tak...fakt by mě zajímalo, kdyby se tyhle vyšetření dělalo před lety, jak by to jako vypadalo. Si myslím, že by nás tu dost ani nebylo.

T: Co by ti v nemocnici nedovolili?

R: V nemocnici by mě rozhodně nenechali rodit tak dlouho a v klidu. V Motole například dávají ženskéjm tak dvě hodiny a pak už začnou medikalizovat a pak se divějí, že jsou akutní císaři. Třeba v Motole se musí podepisovat reverse na to, že zdravý novorozenec se má umístit na vyhřívané lůžko a tím způsobem, že zabijete svoje dítě, pokud nám ho nedáte. To se těm ženskéjm dělat nemá. Navíc mě z toho vychází, že se ta péče takhle dělá, protože je drahá. No a pak poradci ministra řeknou, tak nám dejte čísla o porodních domech o kolik je to levnější a my to podpoříme. Ale oni sami vědějí, že ty čísla se sehnat nedají. Že to je tak udělaný, aby to z toho systému dostat nešlo. Jsou prostě lidi, kteří mají zájem na tom, že je ta porodní péče drahá. Ty prodávaj ty přístroje do těch porodnic. Ve chvíli, kdy se každej novorozenec musí dát na vyhřívané lůžko, tak jich je samozřejmě hromada potřeba.

T: Máte nějaké kamarádky, které měly pozitivní zážitky z nemocnice?

R: Ne. Jako znám nějaký ženský co byly spokojený, ale z toho vychází poporodní syndrom, protože z toho, co jim dělali, to v pohodě fakt nebylo. Protože oni mají informace typu, že jednou to přece musí vydržet pro svoje dítě a podobně. Přijde mi, že nálada ve společnosti je taková, že vzhledem k tomu, že všechny naše matky trpěly a jejich matky taky, prostě porod bolí, je to těžký a musíš to vydržet. Já si to nemyslím. Víím, že to tak nemusí být, rozhodně ne, tak často.