OBSAH

ÚVOD 2
1. KRIZOVÁ OBDOBÍ 4
1.1. Těhotenství 4
1.2. Porod 6
1.2.1.Období přípravné 7
1.2.2. I. doba porodní (doba otevírací) 7
1.2.3. II. doba porodní (doba vypuzovací) 8
1.2.4. III. doba porodní (doba k lůžku) 8
1.2.5. Doba poporodní (IV. doba porodní) 9
2. PORODNÍ PRAKTIKY 11
2.1. Původ porodních praktik 11
2.2. Historie porodních praktik 12
3. ZPŮSOBY VEDENÍ PORODU 16
3.1. Lékařský způsob vedení porodu 16
3.2. Přirozený způsob vedení porodu 17
3.2.1. Psychoprofylaxe 18
3.2.2. Francouzská škola porodnictví 20
3.2.3. Porod jako možnost volby 21
4. PŘÍTOMNOST OTCE U PORODU 24
4.1. Historie přítomnosti otce u porodu 24
4.2. Sociální změny 26
4.2.1. Změny na úrovni rodiny 26
4.2.2. Proměna sociálních rolí mezi pohlavími 27
4.3. Příchod otců na porodní sály 28
5. PROTIKLADNÉ POSTOJE K PŘÍTOMNOSTI OTCE U PORODU 30
5.1. Příznivci přítomnosti otce u porodu 30
5.2. Odpůrci přítomnosti otce u porodu 32
6. PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA PRO MUŽE 35
6.1. Příprava na porod 35
6.2. Příprava na roli otce 36
EMPIRICKÁ ČÁST 40
7. METODOLOGIE 40
7.1. Design a volba metod sběru dat 40
7.2. Komunikační partneři 42
8. PŘEDSTAVY A OČEKÁVÁNÍ NASTÁVAJÍCÍHO OTCE 44
8.1. Těhotenství očima nastávajícího otce 44
8.2. Představy o porodu 45
8.3. Já otec 48
DISKUZE 51
ZÁVĚR 52
LITERATURA 53
PŘÍLOHY i
A) Selektivní přepis rozhovoru s Daliborem i
B) Selektivní přepis rozhovoru s Kryštofem ix

ÚVOD

Předložená bakalářská práce je zaměřená na pozitiva a negativa přítomnosti otce u porodu. Práce je rozdělená na dvě části. Teoretická část pojednává o přítomnosti otce u porodu v širších souvislostech, praktická část je založená na obsahové analýze rozhovorů s nastávajícími otci, kteří se na účast u porodu chystají.

Těhotenství a porod lze považovat za náročná životní období, během kterých žena prochází řadou změn v somatické, fyziologické, endokrinní, psychické i sociální oblasti. Žena je tak již v průběhu těhotenství do jisté míry závislá na pomoci a opoře druhých lidí. Tato potřeba pomoci a opory přitom vstupuje do popředí během samotného porodu, jehož mechanizmus se v důsledku zvětšujícího se mozku a chůze po dvou končetinách u člověka velmi zkomplikoval. Přínos asistence u porodu lze vlivem těchto změn shledat na dvou úrovních, jednak zvyšuje šance rodičky a dítěte na přežití, a zároveň dodává rodičce pocit, že není ve svých bolestech sama.

Asistenci u porodu je možné považovat za jev kulturně univerzální. I přes svoji univerzálnost však porodní praktiky v průběhu historie lidstva nabývaly různých forem. Porodní umění spadalo nejprve do rukou žen, tzv. porodních bab, které neměly s vedením porodu často jinou zkušenost, než prožitek vlastního porodu. Změna přichází až s nástupem osvícenství v 18. století, kdy se na porodnictví začalo nahlížet jako na exaktní vědu, v jejímž čele poprvé stanul vzdělaný lékař-porodník.

V té samé době se porody začaly pomalu přesouvat z domácností do prostředí porodnic. K rozhodujícímu přesunu rodiček do porodnic dochází však až ve století dvacátém, kdy je tento přesun veden snahou zvýšit bezpečnost matek a jejich dětí při porodu za využití nových technologií a tišících prostředků.

Jak se brzy ukázalo, moderní porodnictví, charakterizované lékařským způsobem vedení porodu, s sebou nepřineslo jen vítané změny v oblasti snížení úmrtnosti rodiček a novorozených dětí, ale promítalo se záporně do psychiky rodících žen. V důsledku toho se začíná prosazovat nový přístup k vedení porodu, tzv. přirozený způsob vedení porodu, který klade důraz na roli psychiky rodičky za účelem snížit medikaci porodního děje. Tím začíná humanizace porodnictví, jehož vrchol lze spatřit v příchodu nastávajících otců na porodní sály.

Přítomnost otců na porodních sálech se začíná objevovat v 70. letech 20. století a stojí za ní jednak přání nastávajících rodičů a jednak tlak z řad odborníků, kteří byli nakloněni přirozenému způsobu vedení porodů. Předpokládalo se, že ve svém důsledku se účast otce u

porodu kladně promítne nejen do samotného průběhu porodního děje, ale zároveň do následného vztahu mezi otcem a dítětem. Jak se však brzy ukázalo, přítomnost otce u porodu nemusí mít ve svém důsledku jen kladný vliv, ale také negativní dopad.

Kolem protikladných výsledků výzkumů se začali formovat zastánci a odpůrci přítomnosti otce u porodu. Předložená bakalářská práce se nechce přiklonit na stranu žádné z těchto skupin osob. Cílem této bakalářské práce je nalézt způsob, jak vzbudit potenciál přítomnosti otce u porodu, tj. jak posílit pozitivní vlivy této účasti a potlačit její negativní dopady.

Praktická část této bakalářské práce vychází z obsahové analýzy provedených rozhovorů s muži, kteří se chystají na svou účast u porodu. V těchto rozhovorech promlouvají komunikační partnery o teoretických předpokladech, uvedených v první části práce. Rozhovory jsou zaměřené na to, jak vnímají komunikační partneři období těhotenství, jaké mají představy o průběhu porodu a jak hovoří o svém otcovství.

Cílem praktické části bakalářské práce je obohatit teoretickou část o lidský rozměr a seznámit čtenáře s představami a očekáváním konkrétních mužů, kteří se právě nacházejí v určité životní situaci.

1. KRIZOVÁ OBDOBÍ

Těhotenství a porod představují jeden z hlavních mezníků v životě ženy, související s jejím reprodukčním cyklem.[1] Během tohoto období dochází k velkým změnám v oblasti somatické, fyziologické, endokrinní, psychické i sociální. Jedná se o náročná životní období, která často provází krize vlastní identity. Způsob, jakým se žena bude se změnami během této významné vývojové krize vyrovnávat, je z velké části podmíněn osobností těhotné ženy, věkem a zralostí osobnosti, postojem k těhotenství, připraveností na novou roli matky, na jejím sociálním či ekonomickým zázemí, apod. [Ratislavová, K., 2008]. V přírodních kulturách jsou těhotenství a porod spojená s řadou rituálů [Van Gennep, A., 1996].

1.1. Těhotenství

Těhotenství je období v životě ženy, kdy v jejím organizmu dochází k vývoji plodu. Délka tohoto období je v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tzn. 280 dní. Těhotenství je vymezeno splynutím mužské a ženské pohlavní buňky, které stojí na jeho počátku, a porodem plodu, který těhotenství ukončuje.[2] Těhotenství lze rozdělit na tři fáze, konkrétně na fázi oplození, embryonální období a fetální (plodové) období.

Fáze oplození trvá tři týdny. Během této doby dochází ke splynutí mužské pohlavní buňky (*spermie*) s ženskou pohlavní buňkou (*vajíčkem*, *oocytem*), čímž vznikne oplozené vajíčko (*zygota*). K oplození dochází nejčastěji ve vejcovodu. Po oplození postupuje vajíčko vejcovodem a začíná se ihned dělit. Tomuto dělení se říká *rýhování*. Postupným dělením se z oplozeného vajíčka stane *blastocysta*, která se uhnízdí v děložní dutině. *Blastocysta* je dutý kulovitý útvar, tvořený jednou vrstvou obalových buněk (*trofoblast*) a shlukem buněk zárodku (*embryoblast*). Z trofoblastu se vyvíjí velká část placenty, z *embryoblastu* se vytváří tři zárodečné listy - nejdříve vnitřní zárodečný list (*entoderm*), a následně vnější zárodečný list (*ektoderm*) a střední zárodečný list (*mezoderm*). Vývojem tří zárodečných listů fáze oplození končí.

Embryonální období trvá od 4. do 12. týdne a v jeho průběhu se ze tří zárodečných listů vytváří všechny hlavní orgánové základy (*organogeneze*). Z vnitřního zárodečného listu se vytváří trávicí trubice, trávicí žlázy a plíce. Ze zevního zárodečního listu vzniká pokožka,

[1] K dalším mezníkům patří menstruace a klimakterium.
[2] Z hlediska patologie nemusí těhotenství vždy končit porodem plodu, ale např. potratem, interrupcí či císařským řezem.

deriváty kůže a nervová soustava. Střední zárodečný list tvoří základ pro kosti, svaly, cévní soustavu, pohlavní orgány a ledviny.

Jako jedna z prvních tělesných soustav se zakládá soustava nervová. Nervová trubice se na obou svých koncích uzavírá již během 4. týdne, v té době začíná také rychlý růst mozku. Vývojem zde prochází také trávicí trubice a soustava oběhová, jejíž vznik je důležitý pro zabezpečování přenosu kyslíku a živných látek z krve matky a odstraňování zplodin látkové přeměny zárodku do oběhu matky. Oběhová soustava zahajuje svoji činnost ze všech orgánových soustav jako první, krev začíná v primitivním oběhovém systému kolovat již na začátku 4. týdne [Machová, J., 2002].

Vzhledem k intenzivnímu růstu je embryo v tomto období velmi citlivé na působení škodlivých chemických nebo fyzikálních vlivů prostředí. Pokud škodlivé látky a vlivy prostředí vyvolají odchylky od normálního vývoje orgánů, nazýváme je *teratogeny*. Morfologické poškození orgánů z tohoto období se pak nejčastěji projeví jako vrozená vývojová vada po porodu dítěte [Vágnerová, M., 2000].

Koncem embryonálního období je téměř ukončena organogeneze a zevní podoba plodu. Zárodek již získal vznikem obličeje, končetin a zevních pohlavních orgánů podobu lidského jedince a mění se v plod (*fetus*).

Fetální období trvá od 12. týdne těhotenství do narození dítěte. Vzhledem k tomu, že organogeneze byla prakticky ukončena již v období předchozím, je období fetální charakteristické dokončováním orgánových systémů, z nichž některé postupně vstupují do funkce.

V průběhu těhotenství se u žen začíná projevovat mnoho změn ve fyziologické oblasti. V rané fázi gestačního období tyto změny nazýváme jako nejisté známky a příznaky těhotenství. Pod známkami těhotenství přitom rozumíme „objektivně zjistitelné změny v organizmu těhotné ženy, zatímco příznaky jsou subjektivní pocity ženy“ [Roztočil, A., 2001, str. 83]. Mezi nejisté známky těhotenství patří především nepřítomnost menstruačního krvácení (*amenorea*), která ovšem nemusí být pouze známkou těhotenství, ale může se vyskytnout například i v důsledku změn prostředí či s emocionálními poruchami. Další nejistou známkou těhotenství jsou změny prsou, především zvýšená citlivost a napětí v oblasti bradavek. K nejistým příznakům těhotenství patří pocit nevolnosti a nutkání ke zvracení (*nauzea*) či zvýšená frekvence močení (*polakisurie*). V průběhu těhotenství se k fyziologickým projevům z rané gestační fáze přidávají především pocity únavy, bolesti zad či vznik křečových žil.

Změny se objevují také v oblasti somatické. Během těhotenství se zcela mění tělo ženy. Žena začíná přibývat na váze, mění se tvar jejího těla, zvyšuje se jeho pigmentace a objevují se strie. Tyto somatické změny přijímá většina žen negativně, přičemž velmi zranitelné bývají v tomto ohledu především ženy, které nebyly se svým vzhledem spokojené již před otěhotněním. Ke konci těhotenství se objevuje obava ze ztráty atraktivity a ztráty kontroly nad tělem. S blížícím se porodem se může přidat strach z poškození vlastního těla [Ratislavová, K., 2008].

Těhotenství je provázeno také změnami v psychické oblasti, tyto změny se projevují především v oblasti emočního prožívání. Většina těhotných žen zažívá rozporuplné pocity, a to dokonce i tehdy, když bylo těhotenství plánované a chtěné. Na jedné straně tak těhotné ženy pociťují štěstí, radost, očekávání, důvěru a vděčnost, na straně druhé se u nich objevuje smutek, strach, obavy, nejistota, pochybnost a nedůvěra. Časté jsou také změny nálad, které mohou přecházet od euforie po depresi, nebo se mohou projevovat přehnaným emočním reagováním. Uvádí se, že negativní pocity se vyskytují u těhotných žen mnohem častěji než pocity pozitivní (asi 90% těhotných) [Ratislavová, K., 2008].

V průběhu těhotenství produkuje organizmus těhotné ženy estrogeny a progesteron, jejichž sekrece v průběhu těhotenství silně stoupá. Vlivem estrogenu dochází mimo jiné ke změkčení některých tkání, čímž se pozitivně promítá na přípravě porodních cest na porod, negativně pak působí na vznik křečových žil a bolestí zad. „Progesteron uvolňuje některé svaly, zabraňuje předčasnému porodu, rozšiřuje krevní cévy a snižuje krevní tlak, to může mít za následek mdloby“ [Ratislavová, K., 2008, str. 17]. Hormony se mohou promítat do psychiky těhotné ženy svým vlivem na aktivitu a metabolizmus mozkových neurotransmiterů.

Z výše uvedených změn v oblasti somatické, psychické a endokrinní vyplývá, že se žena během těhotenství připravuje a přivyká nové životní roli matky. Nová nastupující role zcela mění sociální systém ženy, dochází k přestavbě celého rodinného systému. Žena postupně ztrácí status ekonomické soběstačnosti a začíná být závislá na svém partnerovi. Se ztrátou soběstačnosti se mohou dostavit obavy spojené s pocitem oběti, těhotná žena tak v tomto období potřebuje pozornost a oporu ze strany svého sociálního okolí [Ratislavová, K., 2008].

1.2. Porod

„Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, plodová voda, plodové obaly) porozením z organizmu matky“ [Roztočil, A., 2001, str. 116].

Z časového hlediska a podle probíhajících procesů lze porod rozdělit na období přípravné, I. dobu porodní (dobu otevírací), II. dobu porodní (dobu vypuzovací), III. dobu porodní (dobu k lůžku) a dobu poporodní (ta někdy nese označení IV. doba porodní).

1.2.1.Období přípravné

Během tohoto období se objevují známky blížícího se porodu. U prvorodiček jsou známky blížícího se porodu patrny během posledního měsíce těhotenství, u vícerodiček nastupují těsně před začátkem porodu. K těmto znakům patří především [Roztočil, A., 2001]:

- Stahy předzvěstné, neboli poslíčky (*Dolores praesagientes*) – objevují se zpravidla v průběhu týdne, který předchází nástupu porodní činnosti. Projevují se bolestmi v podbřišku a kříži. Žena je může pociťovat velmi bolestivě a považovat je za počátek porodu. Jde však o stahy nekoordinované a nepravidelné a vzhledem k tomu, že nedochází ke zvyšování jejich intenzity a frekvence, nemají otevírací efekt na děložní hrdlo. Poslíčky mohou po určité době buď ustat, nebo se změní v pravidelné děložní kontrakce a rodička tak přechází do I. doby porodní.
- Žena již nepřibývá na váze, může dokonce i zhubnout.
- V důsledku úbytku plodové vody se mírně zmenší objem břicha.
- Hlavička plodu vstupuje do roviny pánevního vchodu.

1.2.2. I. doba porodní (doba otevírací)

První doba porodní, označovaná též termínem otevírací fáze porodu, se vyznačuje otevíráním a rozvíjením porodních cest. Začíná pravidelnými děložními stahy, které způsobují rozevření a zánik děložního hrdla. Končí tím, že branka dělohy již není hmatná, což jinými slovy znamená, že je rozevřená zhruba na 10 centimetrů. U prvorodiček může tato fáze trvat okolo deseti až dvanácti hodin, u rodiček, které již zkušenost s porodem mají, je to okolo šesti až osmi hodin. Délka trvání této fáze však závisí také na duševním a somatickém stavu rodičky a na zevních vlivech, zejména na podání léků [Pařízek, A., 2005; Roztočil, A., 2001].

První dobu porodní lze rozdělit na tři fáze [Roztočil, A., 2001]:

- *Latentní fáze* první doby porodní, v jejímž průběhu se stabilizují kontrakce a zvyšuje se jejich frekvence, trvání a intenzita. Děložní hrdlo se zkracuje, až vznikne tenká porodnická branka. Dochází k sestupu hlavičky do porodních rovin. Stupňuje se bolestivost kontrakcí a projevuje se buď bolestmi v podbřišku nebo v kříži.

- *Aktivní fáze* první doby porodní představuje období mezi koncem latentní fáze (dilatace branky 2,5 cm) a dilatací branky do 8 cm. Kontrakce jsou v této fázi relativně krátké a vedou k rychlému rozvoji nálezu na brance. Hlavní charakteristikou této fáze je tak zrychlení kontrakční aktivity.
- *Tranzitorní fáze* první doby porodní představuje období mírného zpomalení rozvoje porodního nálezu na brance a to od 8 cm až do úplného zajití branky. Frekvence děložních kontrakcí se zvyšuje, naléhající část plodu sestupuje do nižších rovin porodního kanálu.

1.2.3. II. doba porodní (doba vypuzovací)

Druhá doba porodní, neboli vypuzovací fáze porodu, začíná úplným rozvinutím branky dělohy a končí porodem dítěte. Děložní stahy jsou častější, silnější a trvají déle. V této době je dítě tlačeno nejen silou děložních kontrakcí, které probíhají zcela mimovolně, ale také aktivní spoluprací rodičky, která pociťuje potřebu zapojit břišní lis (tzv. „tlačí“), čímž dítě „vypuzuje“ porodními cestami ze svého těla. Při průchodu porodními cestami dítě rotuje a za normálních okolností se jeho hlavička rodí záhlavím pod stydkou sponou. U prvorodiček trvá tato porodní doba okolo jedné hodiny, u vícerodiček 20 až 30 minut [Pařízek, A., 2005; Roztočil, A., 2001].

Během II. doby porodní prochází plod porodními cestami a provádí sérii pasivních pohybů, které nesou označení *porodní mechanizmus*. Pomocí porodních mechanizmů se plod přizpůsobuje tvaru porodního kanálu. První fází porodního mechanizmu je *flexe* hlavičky. Tím, jak hlavička plodu postupně vstupuje do porodního vchodu, se bradička přitahuje k hrudníku. Tím se snižuje záhlaví, které se stává nejnižším bodem na hlavičce. Druhou fází porodního mechanizmu je *vnitřní rotace hlavičky*. Vedoucí bod hlavičky se za progrese otáčí o 90°, čímž se dostává pod stydkou sponu. Třetí fází porodního mechanizmu je *deflexe*. Ve chvíli, kdy se pod stydkou sponou porodí oblast malé fontanely (vazivo, které se nachází mezi jednotlivými kostmi na lebce dítěte), opře se hlavička záhlavím o dolní okraj spony. Čtvrtým mechanizmem je *zevní rotace* [Roztočil, A., 2001].

1.2.4. III. doba porodní (doba k lůžku)

Třetí doba porodní, nazývaná též dobou k lůžku, je vymezena porodem dítěte a vypuzením placenty. Po porodu dítěte se děloha stáhne a její obsah tvoří jen placenta. Po několika minutovém období klidu se děloha začne opět stahovat, rodička již ale tyto stahy

nevnímá bolestivě. Díky těmto stahům se začne od děložní stěny oddělovat placenta, která se rodí spolu s plodovými obaly a pupečníkem [Pařízek, A., 2005].

Také III. doba porodní se dále dělí na tři období [Roztočil, A., 2001]:

- *Fáze odlučovací*. K odloučení placenty většinou stačí jen několik děložních kontrakcí.
- *Fáze vypuzovací*. Po odloučení lůžka děložní kontrakce neustávají, u rodičky se ke kontrakcím připojují pocity nucení ke tlačení.
- *Fáze hemostatická*. Po odloučení placenty od stěny děložní dochází ke krvácení.

1.2.5. Doba poporodní (IV. doba porodní)

Doba poporodní nese často také označení IV. doba porodní. V jejím průběhu je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením, způsobeným odloučením placenty od stěny děložní. Toto krvácení ustává většinou tři hodiny po porodu placenty. Doba poporodní tak představuje tříhodinový interval po porodu placenty.

Je zcela nemožné určit předem délku trvání porodu. Jeho průběh a trvání ovlivňuje celá řada faktorů. Mezi ně patří například [Roztočil, A., 2001]:

- Parita. Se zvyšující se paritou se zkracuje jak celková délka porodu, tak i všech porodních dob.
- Věk. V průměru lze říci, že ženy pod 18 let a nad 35 let rodí déle.
- Intervaly mezi porody. Ženy, které mají delší intervaly mezi jednotlivými porody, mohou mít následující porod delší než ženy, jejichž porody následují rychle po sobě.
- Únava. Únava rodičky se negativně projevuje na délce a průběhu porodu.
- Psychický stav ženy a připravenost na porod.[3]

Ačkoli je délka porodu velmi individuální, lze obecně říci, že prvorodičky rodí 6 – 12 hodin a vícerodičky 3 – 9 hodin. V civilizovaných zemích porod většinou nepřesahuje délku 12 hodin.

[3] Tento bod bude projednáván v další části této práce.

Porod představuje pro ženu náročnou životní situaci, během které je do velké míry závislá na pomoci a opoře druhých lidí. Odkud tato potřeba pomoci během porodu pramení a jakých forem může tato pomoc nabývat, je tématem následující kapitoly.

2. PORODNÍ PRAKTIKY

S porodními praktikami se setkáváme v průběhu celé historie lidstva. Úkolem této kapitoly je proto seznámit čtenáře s tím, odkud pramení potřeba porodních praktik, a jaké podoby v průběhu historie porodní praktiky získávaly. Během sledování historie porodních praktik bude čtenáři předložen také krátký antropologický exkurz k porodním praktikám přírodních kultur.

2.1. Původ porodních praktik

Původ porodních praktik lze odhalit na základě srovnání lidských porodů s porody lidoopů. Lidoopi, ke kterým patří například orangutani, gorily či šimpanzi, jsou nejbližšími příbuznými člověka a spadají s ním do řádu primátů.

Jakmile u samiček lidoopů započne porodní proces, snaží se velmi rychle izolovat od ostatních členů své tlupy.[4] Tuto snahu rodících samiček o izolaci během porodu lze chápat jako velmi adaptivní jev, protože potlačuje rizika, kterým jsou samička i její mládě v případě porodu za přítomnosti dalších členů skupiny vystaveni. Díky odloučení jednak nehrozí, že se samička a mládě během porodu nakazí od ostatních členů svého druhu nějakou nebezpečnou infekcí, která by mohla v nejhorším případě ohrozit i životy obou aktérů porodu, a zároveň se nemůže stát, že bude mládě ihned po porodu zabito. K tomuto zabíjení novorozených mláďat dochází nejčastěji ze strany agresivních samců z tlupy. Porod v izolaci zvyšuje tak šance rodící samičky a jejího mláděte na přežití [Trevathan, W., 1987].

Na základě uvedených skutečností by se mohl jevit porod v izolaci jako velmi adaptivní také pro člověka, ale není tomu tak. Pokud srovnáme mechanizmus lidského porodu s mechanizmem porodu lidoopů, zjistíme, že mláďata lidoopů za normálních okolností při průchodu porodními cestami nerotují a rodí se tak obličejovou částí hlavy směrem k matce. To samičce umožňuje, aby si během porodu sama asistovala vlastními předními končetinami. Samička si může mládě sama vyjmout ze svého těla, aniž by přitom vznikalo nebezpečí, že dojde k mechanickému poškození mláděte, které by ohrožovalo jeho život.

Člověk má na rozdíl od lidoopů jeden z nejsložitějších porodních mechanizmů ze všech savců. Složitost lidského porodního mechanizmu je výsledkem dlouhodobého fylogenetického vývoje, konkrétně se jedná o důsledek dvou tendencí, které dominovaly naší evoluci. Jednou z těchto tendencí je zvětšující se mozek, a tedy i vzrůstající intelekt člověka, a tou druhou chůze po pánevních končetinách (*bipedie*).

[4] Izolovanost rodících samic u lidoopů vysledovala např. Jane Goodallová (1971). In: Trevathan, W. (1987).

Zvětšující se mozek s sebou přinesl jednak větší velikost hlavičky dítěte v době porodu, a zároveň také vysokou úroveň lidských mentálních procesů. Ženy jsou si následkem vysokého stupně intelektuálního vývoje vědomy své zranitelnosti i rizik, ke kterým by mohlo během porodu dojít. Z obavy o vlastní život i o život dítěte tak raději nerodí v izolaci, ale za asistence druhého člověka (popřípadě druhých lidí), který jim může poskytnout nejen fyzickou výpomoc, ale zároveň také pro člověka velmi důležitou psychickou oporu a pocit bezpečí [Trevathan, W., 1987].

Chůze po dvou končetinách zase vyvolala změny pánve a u žen tak i porodních cest. Hlavička dítěte musí během průchodu porodními cestami kvůli těmto změnám rotovat, přičemž se za normálních okolností rodí záhlavím pod stydkou sponou.[5] Dítě je tak nasměrováno obličejem od matky (tedy zcela opačně, než je tomu u lidoopů), což rodící ženě brání v tom, aby si během porodu vypomáhala vlastníma rukama. V případě, že by si matka během porodu přeci jen asistovala sama a snažila se po objevení hlavičky usměrňovat pohyb dítěte vlastníma rukama, mohlo by dojít k mechanickému poškození krčních nervů novorozence, které by mohlo v nejhorším případě ohrozit i jeho život. Porod za pomoci dalších členů skupiny může tomuto nebezpečí mechanického poškození dítěte během porodu předejít a zvyšuje tak šance matky i dítěte na přežití. Třebaže i lidské matce a jejímu dítěti hrozí rizika z přítomnosti druhých lidí u porodu (např. se jedná o rizika související se zanesením nebezpečné infekce), výhody plynoucí z aktivní pomoci druhých lidí tato rizika zcela převažují [Trevathan, W., 1987].

Vzhledem ke složitému mechanizmu lidských porodů je asistence u porodu společná všech kulturám, o nichž máme dostupné informace.[6] Asistenci u porodu lze tak považovat za jev kulturně univerzální [Trevathan, W., 1987]. Univerzální však není podoba, jakou porodní praktiky v průběhu historie lidstva získávaly.

2.2. Historie porodních praktik

Jak bylo uvedeno v předchozí části textu, porodnická asistence má stejně dlouhou tradici, jakou je existence samotného lidstva. U nejstarších civilizací mělo porodnictví podobu spíše psychologickou, což znamená, že pomáhající osoba dodávala rodičce především oporu a

[5] Viz výše.

[6] Výjimku tvoří kmen !Kung, ve kterém jsou ženy, jež porodí o samotě, považované za dokonalé. I zde však podle zpráv odchází do buše s rodičkou starší žena, která ji z povzdálí tajně sleduje, aby jí mohla v případě komplikací přispěchat na pomoc. Navíc i přes obdiv, který si získají ženy, jež porodí o samotě, rodí většina žen z kmene !Kung na základě svého vlastního rozhodnutí za doprovodu své matky nebo jiné starší ženy z kmene. Více o této problematice: Estermann (1976); Howell (1979). In: Trevathan, W. (1987).

pocit, že není ve svých bolestech sama. Pomocnicemi rodičky byly ve většině případů její příbuzné nebo starší ženy, které nemusely často absolvovat žádnou jinou přípravu pro tuto roli než mít samy porodní zkušenosti [Mlynářová, A., 2000]. Již ve zprávách starých civilizací ale nacházíme také zmínky o porodních bábách, které vynikaly svou zkušeností a nadáním. Je přitom zřejmé, že porodní báby byly ženy ve společnosti velmi vážené [Šulová, L., 1999].

Těhotenství a porod byly v tradičních civilizacích považovány za děje, provázené mnoha magickými obřady a obyčeji, které měly chránit život matky a dítěte. Na území tradičních společností probíhal normální porod většinou za doprovodu ženských pomocnic,[7] a to na přesně určeném místě, které bylo izolováno od zbytku skupiny. Typickým příkladem tohoto odděleného a přímo pro účely porodu vybudovaného místa je řecký *gynaikeion*. Rodičky zde rodily z toho důvodu, že byly původně považovány za bytosti nečisté a nebezpečné zbytku společnosti. Co se týče porodních praktik, rodily ženy ve starém Řecku v porodní stolici, přičemž se zády opíraly o jednu ženu, která je psychicky podporovala. Další žena seděla mezi stehny rodičky a pomáhala novorozenci na svět. Pokud jde o porodní praktiky starých Římanů, šli i zde, podobně jako v mnoha dalších oblastech, po stopách starých Řeků.

Také ve staré Indii odcházely rodičky z vyšších kast v devátém měsíci těhotenství za náboženských obřadů na izolované místo. Při porodu jim asistovaly čtyři ženy, přičemž se muselo dbát na různé náboženské a magické předpisy. Podobná praktika se objevovala i v Egyptě. Zde odvedl bohatý občan před porodem svou ženu rodit do velkého chrámového komplexu ke kněžce, která plnila úlohu porodní báby. Rodičky rodily nejčastěji v podřepu na cihlách, jimiž měly podložené nohy, ale z nichž se dalo sestavit i porodní lůžko. Pomoc porodních bab vyhledávaly také rodičky v Mezopotámii. Kromě toho se chránily proti zlým duchům různými amulety, modlitbami a magickými úkony. Peršané chránili těhotné ženy dokonce zvláštním zákonem a u jejich porodu nutná asistence deseti žen, jejichž role byly přesně rozděleny [Šulová, L., 1999]. Důkazy o porodech za přítomnosti ženských pomocnic, které byly pro rodičky především zdrojem psychické opory, lze nalézt také v Číně, Japonsku a na území tehdejších Aztéků.

Podobné praktiky lze nalézt také u přírodních národů. I zde se porod odehrává často v ústraní za přítomnosti ženského doprovodu, který rodičku na porod dlouhou dobu připravuje a zároveň o ni pečuje také v období po porodu, nám známého pod termínem *šestinedělí*. Pro

[7] Lékař byl volán ke komplikovaným porodům.

účely porodu jsou u přírodních národů většinou vybudované tzv. *porodní chýše*,[8] které stojí na přesně určeném místě, mnohdy stranou od místa pobytu ostatních členů skupiny. Tento zvyk je velmi rozšířený a souvisí s přesvědčením, že všechny výměšky ženských pohlavních orgánů jsou nečisté a nebezpečné. Rodičky jsou tak v představách lidí z přírodních národů nebezpečné i samy sobě a spolu se svými ženskými pomocnicemi spadají do kategorie *tabu* [Marek, V., 2002; Mlynářová, A., 2000].

Způsob vedení porodů, který je znám z přírodních národů a tradičních civilizací, přetrvával ještě v období středověku a počátkem novověku. I v evropských zemích bylo tak porodnictví doménou porodních bab a ženských pomocnic, které však nevedly porod ve speciálně vybudovaných chýších, nýbrž přímo v domácnosti rodičky. Muži-lékaři nejenže neměli o tuto oblast příliš velký zájem, ale dokonce převládal názor, že pomoc při porodu je práce pro muže zcela nevhodná. Svou roli v tom, že se porodnictví uchovávalo tradičně v rukou porodních bab, sehrál zřejmě také stud rodiček [Mlynářová, A., 2000].

Porodní báby byly ženy velmi často negramotné, nevzdělané a plné religiozity, které neměly s vedením porodu často žádnou jinou zkušenost, než prožitek svého vlastního porodu. Nedostatečnou kvalifikaci pro své povolání a nedostatek vzdělání a praxe nahrazovaly velice často magickými praktikami [Doležal, A., 2001]. Úmrtnost rodiček a jejich dětí byla tak v této době pro nás naprosto nepředstavitelná. Populační ztráty byly nahrazovány opakovanými porody mnohorodiček (*multipar*), přičemž tyto extenzivní formy reprodukce přetrvávaly až do 20. století, kdy se objevuje plánované rodičovství a záměrné omezování počtu členů rodiny rozšířením metod zabraňujícím početí [Fialová, L. a kol., 1998]. Situace se ukazovala být stále více neudržitelná, proto se začalo volat po lepším vzdělání porodních bab a po účasti lékařů u komplikovaných porodů.

Změna přichází s nástupem osvícenství v 18. století, které je u nás charakterizováno vládou Marie Terezie či Josefa II. Na porodnictví se začalo nahlížet jako na exaktní vědu, v jejímž čele poprvé stanul vzdělaný lékař-porodník. V rámci josefínské reorganizace nemocniční péče byla u nás dokonce 30. července 1789 otevřena první porodnice a nalezinec v přestavěné nadační budově pro duchovní u kostela sv. Apolináře na Novém Městě [Doležal, A., 2001].

Od 18. století se tak porody začaly pomalu přesouvat z domácností, kde na jejich průběh dohlížela ženská pomocnice, do prostředí porodnic, kde se porody staly doménou mužů-porodníků. K rozhodujícímu přesunu rodiček do porodnic dochází však teprve ve století

[8] Je možné se setkat také s termínem *menstruační chýše*, což naznačuje, že se ženy od ostatních členů své skupiny izolují také v období menstruace

dvacátém. Za tímto přemístěním porodů do porodnic stojí především tlak rodiček a lékařů, kteří chtěli zvýšit bezpečnost matek a jejich dětí při porodu;[9] pokles počtu praktikujících porodních bab; a objev nových technologií a tišících prostředků, které našly v průběhu porodního procesu své využití [Trevathan, W., 1987]. Po druhé světové válce, někdy kolem roku 1948, tak již ve Spojených státech rodí v porodnicích více než 95% žen. Ve Velké Británii bylo tohoto stavu dosaženo kvůli nedostatku lůžek a specialistů až v roce 1955, a u nás následně v 60. letech 20. století.

Jak se brzy ukázalo, moderní porodnictví s sebou nepřineslo jen vítané změny v oblasti snížení úmrtnosti, ale mělo také negativní dopad, a to především na psychický stav rodiček. To vyvolalo diskuzi ohledně toho, zda má porod i nadále patřit do rukou lékařů, nebo zda se mu má navrátit jeho přirozenost. Tyto dvě soupeřící koncepce vedení porodu jsou představeny v následující kapitole.

[9] Ke snížení úmrtnosti rodiček a novorozených dětí dochází skutečně až ve 20. století. V průběhu 19. století se totiž v porodnicích s vysokou koncentrací rodiček vyskytovala horečka omladnic, na kterou tehdy mnoho rodiček umíralo. Příčiny horečky omladnic nalezl v průběhu 19. století lékař Ignaz P. Semmelweis a postaral se tak o její postupný ústup. Více informací o této problematice lze nalézt v publikacích Doležal, A. (2001); Gordon, R. (1995).

3. ZPŮSOBY VEDENÍ PORODU

V důsledku negativních změn moderního porodnictví na psychiku ženy se otevírá otázka, zda by se na porod nemělo přestat nahlížet jen jako na fyziologický děj, který je potřeba vyléčit nejmodernějšími vymoženostmi medicíny, ale zároveň také jako na důležitý mezník v životě rodiny, do jehož průběhu se promítá psychická stránka osobnosti rodičky. Tato diskuze se vede především mezi stoupenci dvou odlišných způsobů vedení porodu. Jedním z nich je lékařský způsob vedení porodu, tím druhým pak přirozený způsob vedení porodu.

3.1. Lékařský způsob vedení porodu

Lékařský způsob vedení porodu se na území České republiky začal užívat po I. světové válce, a to jednak jako termín a jednak jako praxe. Termín lékařsky vedený porod použil ve 20. letech 20. století poprvé A. Ostrčil, který tak nazval svou přednášku, přednesenou ve spolku českých lékařů 15. ledna 1934. Tato přednáška následně vyšla i tiskem. Praxe lékařsky vedených porodů spočívá v urychlení porodu a tlumení bolesti medikamenty a invazními technikami. Položení teoretických základů tohoto způsobu vedení porodu se přisuzuje J. De Leemu a R. H. Pomeroyovi, kteří ve 20. letech 20. století začali propagovat eliminaci nebezpečí druhé doby porodní užitím *epiziotomie* (chirurgického nástřihu hráze) při celkové anestézii [Hašková, H., 2001].

Lékařský způsob vedení porodu byl umožněn rozvojem porodnické analgezie (později i anestézie) pro tlumení porodních bolestí a objevem sterilizace, aseptických zákroků a účinků oxytocinu (později prostaglandinů) pro urychlení porodu. Z toho vyplývá, že se tento způsob řízení porodu začal stávat všeobecnou a rutinní praxí teprve ve chvíli, kdy se rodičky začaly soustředit do nemocnic. V domácnostech nebo v malých porodních centrech, které nebyly vybaveny dostatečným technickým zázemím a důslednou sterilizací, nebylo možné tento způsob vedení porodu provádět [Hašková, H., 2001].

Ve většině států euro-americké civilizace spočívala idea lékařsky vedeného porodu v „aplikaci analgetik a předporodní předoperační přípravě (klystýr, holení), upoutání rodičky do polohy vleže na porodním stole, izolaci od jiných lidí než zdravotníků, v dodržování striktních pravidel pro udržení sterility okolí rodičky a dítěte, aplikaci oxytocinu na urychlení děložních stahů a provedení epiziotomie (nástřihu hráze neboli perinea) na konci II. doby porodní“ [Hašková, H., 2001, str. 16]. S objevem a rozšířením elektronického fetálního

monitoringu do porodnic se v rámci lékařsky řízeného porodu začalo využívat i tohoto zařízení.

Lékařské vedení porodu lze charakterizovat také takto: „Děj porodu je koncipován a organizován jako gynekologická operace. Odehrává se zpravidla na operačním sále za přítomnosti specialistů, pod reflektory koncentrovanými na operační pole. Rodička je dezinfikována, slyší komentáře sester a lékařů v odborném jazyce, kterému nerozumí. Mnohdy se užívá medikace, někdy částečné narkózy, nastřihuje se a potom zašívá perineum, vše ve sterilním prostředí operačního sálu, bez možnosti do průběhu zasáhnout nebo dokonce vyslovit se pro alternativní řešení. Po narození dítěte je přestřižen pupečník a novorozenec je urychleně převáděn na okysličování krve dýcháním. Donedávna byl matce zpravidla jen ukázán a odvezen na novorozenecké oddělení. V tomto schématu je z mnoha důvodů pochopitelně vyloučena přítomnost příbuzných i jakékoliv laické osoby. Na začátku první doby porodní je žena zpravidla odvezena do porodnice a zachází se s ní jako s pacientem. Je administrativně přijata, prohlédnuta, je jí přiděleno lůžko, nemocniční oděv a především končí její kontakt s manželem a rodinou.“ [Kapr, J., Koukola, B., 1998, str. 51-52]

Je nutné říci, že s takto charakterizovaným lékařsky řízeným způsobem porodu se již v současné době nesetkáme. I on podlehl v průběhu času změnám a lékaři tak upouštějí od některých rutinních praktik, jakými byly například medikamentózní urychlení porodu a tlumení bolesti [Hašková, H., 2001]. Dnešní práce v medicínských oborech již není myslitelná bez vhodného psychologického přístupu. Lékaři již uznávají bio-psycho-sociální pozadí zdraví a nemoci a chápou propojení roviny biologické, sociální a psychologické u člověka a jeho vazbu na vnější prostředí [Ratislavová, K., 2008].

3.2. Přirozený způsob vedení porodu

Přirozený způsob vedení porodu je vyústěním radikální kritiky výše popsaného způsobu lékařsky vedených porodů. Podle zastánců přirozeného porodu je porodní proces aktivními zásahy zdravotníků narušován, aktivita lékařů by se proto měla omezit pouze na psychickou podporu rodičky a občasné neinvazní kontroly postupu porodu, aby byla v případě komplikací včas rozpoznána potřeba zásahu akutní biomedicínou [Hašková, H., 2001].[10]

[10] Zastánci přirozených porodů tak neprosazují porody bez odborného dozoru. Odborný dozor má však zasáhnout až na základě zjištění blížících se komplikací, jeho zásah nemá mít rutinní a preventivní charakter.

Tento způsob vedení porodu se snaží zajistit, aby se porod stal pro rodičku významným životním okamžikem, nikoli jen bolestivou a nepříjemnou událostí, na kterou ženy nechtějí vzpomínat. Spočívá v komplexním přístupu, což znamená, že kromě zajištění bezpečnosti průběhu porodu „vychází vstříc osobnosti těhotné ženy a podporuje její aktivní roli v těhotenství, při porodu a v poporodním období“ [Gogela, J., Malý, Z., 2000, str. 201]. K největším výhodám přirozeného porodu patří podle jeho zastánců psychosomatický komfort, který vyplývá „z odbourání strachu z porodu a komplikací způsobených preventivními zásahy“ [Hašková, H., 2001, str. 17]. Pod přirozený způsob vedení porodu lze tak zahrnout níže uvedené praktiky a ideje.

3.2.1. Psychoprofylaxe

Termínem psychoprofylaxe rozumíme přípravu těhotných žen k porodu, která vznikla jako metoda porodnické analgezie (původním a dlouhou dobu také jediným záměrem této metody bylo snížení porodní bolesti rodičky). Psychoprofylaxe se vyvinula z hypnosugestivní metody, tedy ze snah o vedení porodu v hypnóze. První zpráva o hypnosugestivním vedení porodu se objevila již v roce 1833, tehdy však metoda ještě nesla označení magnetismus. Ve větším rozsahu zavedl hypnózu do porodnictví von Oettingen v Heidelbergu.

Německými autory se nechali inspirovat leningradští psychiatři Platonov a Velvovskij, kteří od 20. let 20. století začínají publikovat zprávy o využití hypnózy a sugesce v porodnictví. Z jejich metody se později vyvinula tzv. porodnická psychoprofylaxe, která se udržela dodnes, ovšem známá pod názvem Lamazova metoda. Nezávisle na hypnosugesci vznikla v Anglii ve 30. letech 20. století koncepce přirozeného porodu, kterou vytvořil porodník Grantly Dick-Read. Jeho metoda později víceméně splynula s porodnickou psychoprofylaxí, i když teoretická východiska těchto koncepcí jsou odlišná.

Teoretickým základem Dick-Readovy metody je triáda úzkost-napětí-bolest. Podle Dick-Reada úzkost aktivuje sympatický nervový systém, což vede k napětí dolního děložního segmentu. Výsledkem je *ischemie* (místní nedokrvenost), která následně způsobuje bolest. Na základě této hypotézy vytvořil Dick-Read praktický postup, pomocí kterého mělo docházet ke snížení napětí a úzkosti. Úzkost se pokoušel snížit například tím, že porodník trávil u rodičky maximum času, o kontrakcích nemluvil jako o bolestech, ale jako o stazích, na sále neměly být viditelné nástroje, apod. Napětí rodiček chtěl odbourat nácvikem svalové relaxace.[11] Dnes

[11] Nácvikem svalové relaxace se Dick-Readova metoda dostává velmi blízko k hypnosugestivním metodám, které však Dick-Read neznal.

je nácvik svalové relaxace zjednodušen na tři základní cviky: hluboké dýchání v I. době porodní; rychlé dýchání na konci II. doby porodní; nácvik tlačení [Kuželová, M., 2003; Kopřivová, D., 2007].

Teoretickým východiskem leningradského psychiatra Velvovského byly poznatky I. P. Pavlova. Velvovskij tak vlastně aplikoval poznatky Pavlovovy fyziologie centrální nerovové soustavy na porodní děj. Podle Velvovského není povaha porodní bolesti fyziologická, ale je podmíněná, tedy vsugerovaná [Chertok, L., 1966]. Příčina porodních bolestí spočívá podle této hypotézy buď v podmíněném reflexu, nebo v negativních emocích, a nebo ve vztazích mezi procesy podráždění a útlumu v mozkové kůře. Velvovskij se snažil předcházet porodním bolestem tím, že zvyšoval aktivitu mozkové kůry rodící ženy (např. hlazením břicha či učením hlubokému dýchání během kontrakce) za účelem vytvoření tzv. pozitivního centra podráždění. Tím mělo dojít k negativní indukci, která pak vyvolá necitlivost na bolestivé podněty. Bolestivé vzruchy se tak neměly převést do vědomí rodící ženy [Ratislavová, K., 2008].

Velvovskij časem vytvořil metodu s oficiálním názvem „Metoda psychoprofylaktické přípravy těhotných k porodu“. Konkrétní postup přípravy těhotných žen na porod tvořilo šest sezení, které se skládaly ze tří částí: lékařské celkové a porodnické vyšetření, teoretický kurz a praktické cvičení, fixace naučeného opakováním ve stavu polospánku.

V roce 1951 navštívil Sovětský svaz francouzský porodník Ferdinand Lamaze, kterého „Metoda psychoprofylaktické přípravy těhotných k porodu“ od Velvovského natolik zaujala, že ji začal v modifikované formě propagovat také v západním světě.[12] 50. a 60. léta 20. století se následně vyznačují ohromným množství vydaných publikací na téma analgetických účinků přípravy těhotných žen k porodu.

V 70. letech začalo nadšení pro psychoprofylaxi silně opadat. V té době publikoval výsledky svých vědeckých výzkumů kanadský fyziolog Ronald Melzack, autor vrátkové teorie bolesti. Podle jeho zjištění neměla psychoprofylaktická příprava na pokles bolesti při porodu veliký účinek. Bolest byla i po této přípravě rodičkami pociťována velmi intenzivně a potřeba medikamentózního snižování bolesti (především pomocí epidurální analgezie) zůstávala stejná. To vedlo Melzacka k myšlence, že těhotnou ženu je potřeba připravovat nejen na fyziologický průběh porodu, ale seznámit ji i s možnými komplikacemi a operacemi, které se mohou v průběhu porodního procesu dostavit. Z těchto myšlenek následně vzešla

[12] Jistě není překvapující, že v zemích východního bloku byla tato metoda propagována masově. Hlavní zásluhu na propagaci, rozpracování a rozšíření přípravy těhotných žen k porodu u nás měl ředitel Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí, pan doc. Vojta.

nová koncepce přípravy těhotných žen, která už nezdůrazňuje analgetický účinek předporodní přípravy, ale snaží ženu informovat o reálném průběhu porodu [Kuželová, M., 2003; Kopřivová, D., 2007].

V České republice je v současné době předporodní příprava založená na koncepci, kterou v 80. letech minulého století vypracovala Psychosomatická sekce Gynekologické a porodnické společnosti. Také v této koncepci se klade hlavní důraz na snížení úzkosti a strachu z porodu prostřednictvím nabytí reálního postoje k porodu. Žena je zde v rámci šesti lekcí po 60 minutách připravována na změny, které doprovázejí těhotenství, na situace, které mohou nastat během porodu, na příchod nové role matky. Hlavními autory této „Koncepce psychologické přípravy k porodu“ jsou MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc. a PhDr. Marie Pečená [Kuželová, M., 2003; Kopřivová, D., 2007; Ratislavová, K., 2008].

3.2.2. Francouzská škola porodnictví

Ferdinandem Lamazem se vývoj francouzské porodnické školy nezastavil. Lamazovým následovníkem byl Pierre Vellay, který propojil psychoprofylaxi s teoretickými předpoklady psychoanalýzy. Vellay předpokládal, že k vytvoření emočního pouta mezi dítětem a matkou je nutné, aby matka prožila porod bez jakýchkoli farmakologických přípravků. Vellay tak striktně odmítal jakoukoli porodní medikaci. Přímým následovníkem Vellaye jsou dva tvůrci alternativních myšlenek k lékařskému způsobu porodnictví.

Prvním z nich je francouzský porodník (i když on sám se považoval spíše za filozofa) Ferdinand Leboyer, autor tzv. něžného porodu. Ferdinand Leboyer otevřel zcela novou kapitolu v oboru porodnictví tím, že jako první zaměřil svou pozornost na právě narozené dítě. Podle Leboyera přichází novorozené dítě na svět vybavené všemi lidskými smysly, které jsou naprosto otevřené okolním vjemům. Vjemy, které na novorozence dopadají z porodních sálů (ostré světlo, hluk, chlad, apod.), jsou pro něj velmi bolestivé, což je patrné z křiku novorozence i z jeho výrazu tváře. Leboyerovým cílem bylo, aby porod přestal být pro novorozence traumatickým zážitkem. Zásadními metodami, kterými chtěl tohoto cíle dosáhnout, bylo šero, ticho a teplo při porodu; trpělivost, pozornost a naprosté soustředění lékařského personálu; vložení dítěte ihned po porodu na nahé břicho matky; masírování novorozence matkou; přestřihnutí pupečníku až po jeho dotepání; koupel novorozence ve vodě teplé 38°C [Leboyer, 1995]. Leboyer byl také zastáncem celodenního rooming-in, tedy celodenního pobytu novorozence na pokoji s matkou.

Porodnické alternativy hledal také další francouzský porodník, kterým je Michel Odent. Na rozdíl od Leboyera se však Odent nesoustředí na novorozené dítě, ale na rodící ženu. Charakteristickým znakem Odenta je důvěra v instinktivní a intuitivní chování ženy během porodu, které nesmí být nikým narušováno. Odent usiluje o to, aby porod přestal náležet do rukou muže-porodníka, ale aby se vrátil zpět do rukou žen (veliký potenciál porodnictví proto shledává v porodních asistentkách). Chtěl zajistit, aby se porod stal pro rodící ženy hlubokým a intimním zážitkem. K tomuto účelu vybudoval v malé porodnické klinice v Pithiviers tzv. „primitivní pokoj". Rodící ženy zde měly soukromí, pohodlí a svobodu pohybu [Odent, M., 1995].[13] Michel Odent je také autorem myšlenky porodu do vody.

3.2.3. Porod jako možnost volby

Zatímco lékařsky řízený porod se vyznačuje standardizací pracovních postupů a jejich rutinním používáním [Hašková, H., 2001], přirozený způsob vedení porodu respektuje individuální přání rodičky. Pro ženy, jejichž těhotenství mělo fyziologický průběh, se tak porod stává možností volby.[14] Jako hlavní alternativy k zavedenému způsobu porodnictví se jim nabízí [Hohlová, S., Malý, Z., Podalová, S., 1999; Gogela, J., Malý, Z., 1999; Gogela, J., Malý, Z., 2000; Hájek, Z., 2006]:

- **Prostředí** – v rámci přirozeného způsobu vedení porodů se předpokládá pozitivní působení prostředí na pocity a vjemy rodičky. Porodní pokoje by proto měly být zařízeny po vzoru domácího obývacího pokoje a měly by být vybaveny postelí, pohovkou, křeslem, apod. Součástí tohoto pokoje by měla být vana, WC a sprcha, telefon či audiovizuální technika. Zdravotnické pomůcky by měly být před zrakem rodiček ukryty, aby je však bylo možné v případě nastání jakýchkoli komplikací kdykoli použít. Osvětlení pokoje by mělo být tlumené, ze zvukových podnětů by zde měl převládat buď klid nebo tlumená hudba. V tomto prostředí by navíc měla mít rodička zajištěný klid a intimitu. Je vhodné, aby se rodička s prostředím porodu seznámila již během těhotenství v rámci předporodní přípravy k porodu.

[13] K myšlence volného pohybu během porodu přivedly Odenta jeho zkušenosti z vojenské služby v Africe. Zde měl možnost pozorovat rozdíl mezi snahou afrických žen rodit vestoje nebo vsedě a pokyny evropských lékařů nebo porodních asistentek, aby porod probíhal vleže na zádech.

[14] To by jistě nebylo možné bez vyrovnání vztahu lékař-pacient (nejde již o vztah nadřazenosti, ale spolupráce), bez vzniku práv pacientů v etické rovině a bez uznání práv pacientů právními řády. K těmto změnám u nás dochází po roce 1989.

- **Vertikální poloha a volný pohyb** – zavedení horizontální porodní polohy nebyl krok výhodný pro matku a dítě, ale usnadňoval práci porodníků. Porodník měl díky této poloze možnost vědecky pozorovat porodní děje a zároveň mu to usnadňovalo lépe do průběhu porodu zasahovat. Z hlediska rodičky není poloha na zádech příliš vhodná, protože se při ní snižuje krevní průtok dělohou. Významná je tak změna obvykle používané horizontální polohy rodičky do vertikály s využitím zemské gravitace. Rodičce se ponechává také volnost pohybu v průběhu celého porodu.
- **Nefarmakologické prostředky tlumení bolesti** – v průběhu přirozeného vedení porodu je žádoucí, aby se využívalo co nejméně analgetických prostředků.[15] Mezi tyto prostředky patří například aromatoterapie, akupunktura a akupresura, masáže, hypnóza, relaxační techniky (např. Schulzův autogenní relaxační trénink, během kterého dochází k navození pocitů tíže, tepla a uvolnění), koupel.
- **Porod do vody** – jako první začal s porody do vody experimentovat v Sovětském svazu Igor Charkovsky v roce 1963.[16] V Evropě rozšířil myšlenku porodů do vody Michel Odent. Výhodou porodu do vody je méně bolestivý porod, menší poranění porodních cest i menší ztráta krve v porovnání s klasickým porodem. Podmínkami pro takové vedení porodu je však neustálá přítomnost kvalifikované osoby a schválení vodní lázně, která musí být součástí porodního sálu, hygienikem.
- **Porod doma** – porody doma jsou rozšířené především v Holandsku. Důvodů k tomu je hned několik. Jedním z těchto důvodů je nepřerušená tradice. V Holandsku nedocházelo po II. světové válce k hromadnému přesunu porodů do porodnic, ale k propracování metody domácích porodů. Bylo zde tedy možné navázat na zkušenosti porodních asistentek. Dalším důvodem je dokonale vypracovaný systém porodnické péče. K dispozici jsou zde sanitní vozy s potřebným vybavením pro resuscitaci matky i dítěte. Díky dokonalé infrastruktuře jsou navíc tyto sanitní vozy schopny dovézt rodící ženu do nejbližšího porodního zařízení do deseti minut. Otázka porodů v domácnosti je velmi diskutovaným tématem především z hlediska bezpečnosti pro matku a dítě. I těhotenství s fyziologickým průběhem může skončit komplikovaným porodem, průběh porodu nelze nikdy předem

[15] Analgezie při porodu však nesmí být považována za zbytečnou. I přes primární preferenci nefarmakologických metod tlumení bolesti by měla být možnost podání analgezie k dispozici.
[16] První dokumentovaný porod do vody byl však ve Francii popsán již v roce 1803. Tehdy se ale nejednalo o plánovaný porod do vody. Rodička se do teplé lázně ponořila po 48 hodinách porodních bolestí a krátce na to do vody porodila.

odhadnout. Je tak otázkou, zda navrácení porodů do domácího prostředí není v porodnictví krokem zpět a zda by se neměly rodičkám nabízet spíše jiné alternativy, které by jim porod v porodnicích domácí prostředí nasimulovaly.

- **přítomnost blízké osoby na porodním sále** – „přítomnost blízké osoby podporuje pocit bezpečí a snižuje pocit strachu z neznáma i vnímání bolesti. Umožňuje lépe překonat stres. Snižuje pravděpodobnost potřeby analgezie a operačního ukončení porodu... Působí kladně na chování rodičky i personálu“ [Gogela, J., Malý, Z., 2000, str. 201]. V současné době začínají rodičky využívat služeb tzv. dul, tedy speciálně vyškolených žen, které matce poskytují fyzickou a někdy i fyzickou oporu během těhotenství, porodu a poporodního období. Role dul tak navazuje na praxi využívat během porodu zkušené ženy [Klaus, M. H. a kol., 2004], známou z historie porodních praktik i z antropologického exkurzu k porodním praktikám přírodních národů. Nás však bude zajímat především přítomnost partnera rodičky u porodu. Právě přítomnost partnera byla od přesunu porodů do anonymního porodnic důležitým požadavkem rodiček.

4. PŘÍTOMNOST OTCE U PORODU

V zahraničí přestávají být porodní sály uzavřenými aseptickými prostory v 70. letech 20. století a začínají se otevírat pro blízké rodinné příslušníky rodičky [Roztočil, A., 1996]. Nejčastěji přitom rodičku doprovázel její partner, tedy nastávající otec dítěte [Marek, V., 2002]. V České republice se tyto změny v přístupu k fyzické účasti nastávajícího otce u porodu odehrávají v 80. letech minulého století, v plné míře propukají však až po pádu komunismu, tedy v letech devadesátých [Pařízek, A., 2005]. K první účasti nastávajícího otce u porodu došlo v České republice 29. března 1984 ve znojemské nemocnici. Propagátory porodu za přítomnosti partnera byli znojemští porodníci Slezák a Štimpl [Mlynářová, A., Tošner, J., 1995].

Ačkoli se přítomnost otce u porodu jevila být zvláštním výstřelkem, během posledních let se z této skutečnosti stala běžná praxe. Dalo by se dokonce hovořit o komercializaci přítomnosti otce u porodu.[17] V posledních letech začalo v USA rodit společně asi 90% dvojic, ve Velké Británii a u nás je to asi 70% dvojic [Mlynářová, A., Tošner, J., 1995]. Z hlediska historie a antropologického exkurzu je však možné poukázat na nesamozřejmost, s jakou byly k porodům bráni právě nastávající otcové.

4.1. Historie přítomnosti otce u porodu

Z hlediska historie nebyla v Evropě mužská přítomnost u porodu nikdy běžnou záležitostí. Na porod se nahlíželo jako na čistě ženskou problematiku, do které muž nemá vstupovat. Trvalo dlouhou dobu, než se porodu začal účastnit alespoň muž-lékař, ten byl po dlouhá léta akceptován jako jediný muž, který se smí porodu účastnit. Pokud se porodu účastnil nastávající otec, byla to vždy výjimka. Většinou se jednalo o situace, kdy nebylo možné sehnat pomoc zkušených žen [Mlynářová, A., Tošner, J., 1995].

Také v přírodních národech k přímé fyzické účasti otce u porodu většinou nedochází. Žena se zde před porodem odebírá do porodních chýší, kam ji doprovází zkušené ženy ze společenství. Během této doby vykonává nastávající otec řadu rituálů, které nesou označení *kuváda*. Tento termín pochází z francouzského *couver* (v angličtině se setkáváme s výrazy *couvade* nebo též *couvade syndrome*), což v překladu znamená sedět na vejcích. Jako první použil tento termín v roce 1865 britský antropolog Edward B. Tylor [Skočovský, K., 2004].

Hlavní smysl rituálního zapojení nastávajícího otce do porodu lze spatřit jednak ve snaze odpomoci své ženě od porodních bolestí [Cichá, M., Fleišmanová, Š., 2007], jednak si

[17] Změna v přístupu k přítomnosti otce u porodu bude rozebírána v diskuzi na závěr této práce.

muž jejich prostřednictvím potvrzuje svoji roli otce ve společnosti [Trevathan, W., 1987]. Konkrétní příklad kuvády můžeme spatřit například u šošonských mužů. Ti dodržují na znamení účasti s manželčiným a potomkovým stavem přísný půst, kdy mají dovoleno živit se pouze chlebem a vodou. K překonání manželčiných bolestí a k urychlení jejího „uzdravení“ přispívají šošonští muži zase několikakilometrovým během. Po narození dítěte přichází rituální praktika, která muži přikazuje ponořit se do studeného potoka, čímž na sebe symbolicky přebírá roli dítěte, které je vykoupáno ve vodě teplé. Jelikož musí dítě i se svou matkou žít do doby, než u nich dojde k obnovení rovnováhy a čistoty, v porodní chýši, trvá ještě několik týdnů, než muž svého potomka skutečně spatří [Cichá, M., Fleišmanová, Š., 2007].

V jiných společenstvích lze nalézt praktiky, kdy má nastávající otec nejen zakázáno jíst určité pokrmy, ale zároveň musí žít odděleně od ostatních členů svého kmene. V Irsku a Skotsku zase muž napomáhal své ženě od porodních bolestí tím, že nosil kus jejího oděvu [Skočovský, K., 2004].

U některých přírodních národů může být podoba kuvády ovlivněna představou, že původcem všech nemocí jsou zlí duchové, kteří mohou do těla nejsnadněji vniknout otevřenou ránou. Nastávající otec se tak snaží zlé duchy odlákat od své rodící ženy tím, že si rozedře kůži a na lůžku předstírá těžce zraněného a lehce zranitelného člověka. Rodička naopak neprojevuje žádné známky bolesti, tváří se vesele a bezprostředně po porodu se vrací ke své původní práci. Takový průběh kuvády lze spatřit například u brazilského kmene Boróro.[18] Rodičky z tohoto kmene ihned po porodu přeplavou řeku a jdou do lesa sbírat jedlé kořeny. Na tváři mají přitom veselý a spokojený výraz. Jejich muži vypadají naopak velmi uboze, leží na lůžku, pláčí a naříkají. Všichni členové kmene se k muži, jehož žena právě porodila, seběhnou a snaží se ho bezúspěšně utišit. Nakonec prohlásí, že je tento muž těžce nemocen [Marek, V., 2002].

Obdobná podoba kuvády provázela porod dítěte také na území dnešního Španělska a v některých částech Asie. Ženy zde rodily na odlehlém místě mimo domov a mnohdy se stalo, že se bezprostředně po porodu pustily opět do práce. Nastávající otec mezitím ležel v posteli a sténal bolestí. Po svém návratu domů ho žena nakrmila a zahrnula péčí [Skočovský, K., 2004; Doležal, A., 2001].

[18] Jedná se o etnickou skupinu jihoamerických Indiánů žijících v jižní části Mato Grosso v Kolumbii a v pohraničí Brazílie a Paraguaye. Spolu s kmeny Otuké ve východní Bolívii tvoří společnou jazykovou skupinu původního obyvatelstva. Jejich počet není v současné době uváděn. Představují zbytky původních lovecko-sběračských společností Indiánů na náhorních plošinách Jižní Ameriky, kteří se vyznačovali výraznými obyčeji a zvyky. Rituály, spadající pod kuvádu, kdy manžel prožívá porodní bolesti své ženy, u nich popsal český etnograf A.V. Frič. In: Wolf, J. (1984).

4.2. Sociální změny

Důvodem, proč začali být k porodům bráni především partneři rodiček a nikoli ženy z jejího blízkého okolí (např. matka či sestra), jsou jednak změny odehrávající se na úrovni rodiny, a jednak proměny sociálních rolí muže a ženy.

4.2.1. Změny na úrovni rodiny

Soudobá rodina je nejčastěji označována termínem *nukleární*, ale po vzoru francouzského sociologa Émila Durkheima se můžeme setkat také s označením *manželská*, *párová* či *vztahová* rodina. Durkheim tušil základní charakteristiky současné rodiny již v roce 1892, kdy ve své přednášce o manželské rodině tvrdil, že rodina je stále více zaměřená na osobní vztahy, než na rodinné hmotné statky. Důraz na vzájemné, zejména afektivní vztahy se začal projevovat především ve svobodné volbě partnera. Ducha rodiny tak přestávají tvořit věci, ale vztahy mezi mužem a ženou a mezi rodiči a dětmi. V souladu s durkheimovskou představou, podle níž je moderní rodina založena na vztazích, tvrdí také americký funkcionalistický sociolog Talcott Parsons, že se dnešní rodina definuje hlavně emoční podporou, kterou svým členům zaručuje [Singly de, F., 1999].

S rostoucím zaměřením na osobní vztahy, které zatlačilo do pozadí zřetel, jenž byl po tak dlouhou dobu historie rodiny kladen především na majetek, je spojeno zúžení rodiny na nukleární jádro. *Centrální zóna* současné rodiny se tak skládá z muže, ženy a jejich malých dětí. Společně se zúžením, kterým se vyznačuje současná vztahová rodina, se do popředí dostává idea větší autonomie manželského páru vůči příbuzným a předešlým generacím. Talcott Parsons hovoří dokonce o „izolaci manželské párové rodiny“ a o „absenci výraznější solidarity s rodinami předků a potomků v obou liniích“, francouzský sociolog François de Singly se nicméně přiklání k ne tak radikální durkheimovské terminologii, a to konkrétně k pojmům „autonomie“ a „pocity nezávislosti“ dospělých lidí, především těch, kteří žijí v manželství. Je tedy zcela zřejmé, že logika individuálního výběru, svobodné volby a nezištnosti, která oficiálně řídí afektivní vztahy mezi muži a ženami v rámci manželství, se specifickým způsobem rozšiřuje i na ostatní rodinné vztahy. Význam příbuzenstva se v současné společnosti zcela mění. Moderní rodina se tak vyznačuje větší nezávislostí na okruhu příbuzných [Singly de, F., 1999].

Zvyšování mezigenerační nezávislosti a rostoucí význam manželské rodiny lze vysledovat na základě několika ukazatelů. Jedním z nich je například změna ve způsobu udělování křestního jména dítěti. Dříve se chlapci jmenovali podle mužů z otcovy strany a

dívky podle žen z matčiny strany, tedy nikoli podle rodičů biologických, ale podle rodičů duchovních (kmotr a kmotra). Dnes rodiče dávají dítěti křestní jméno zcela podle svého vlastního výběru, bez jakékoli snahy zdůraznit kontinuitu mezi generacemi. Talcott Parsons zase upozornil, že v současné společnosti nezávisejí manželé na svých orientačních rodinách ani v oblasti uspořádání domácnosti, ani v oblasti získávání příjmů. Profesionální statut manželů je tak zcela nezávislý na zvláštních vztazích k rodičům. Typická manželská rodina je navíc ekonomicky zcela nezávislá na orientačních rodinách a žije od nich odděleně. Ve velké většině případů je navíc mezi orientačními rodinami a rodinou manželskou značná zeměpisná vzdálenost [Singly de, F., 1999]. Toto samostatné bydlení manželské (*prokreační*) rodiny, které se prosazuje v moderní společnosti, nese označení *neolokalita*.

Z výše uvedených skutečností tak vyplývá, že v moderní společnosti se stal pro matku otec dítěte víceméně jedinou důvěrně blízkou osobou, která ji může v průběhu těhotenství a především při porodu podpořit [Odent, M., 2004]. Kvůli neolokalitě prokreační rodiny je manžel či partner rodící ženy také často jedinou osobou, která je v době započetí porodního procesu nablízku, a může ženu tak v době porodu fyzicky doprovázet [Trevathan, W., 1987].

4.2.2. Proměna sociálních rolí mezi pohlavími

Nástupem kapitalismu s pro něj charakteristickou dělbou práce se začalo o člověku uvažovat jako o pracovníku, jenž je univerzálně použitelný ve výrobním procesu bez ohledu na jeho osobnostní charakteristiky, a to včetně rodové specifiky. „Moderní společnost nemůže fungovat než za předpokladu, že lidé obou pohlaví jsou nejenom uzpůsobeni pro tutéž práci, ale percipují i shodně realitu a mají, s jistými zcela marginálními variacemi, tytéž potřeby“ [Možný, I., 1990, str. 102]. Odlišnosti mezi mužem a ženou tak vycházejí do popředí pouze při plození a rození dětí, jinak se rozdíly mezi pohlavími jeví v perspektivě kapitalistické společnosti jako zcela nepodstatné [Možný, I., 1990].

Zatímco v tradičních společnostech převládal rodový dualismus a komplementarita rolí mezi muži a ženami, v dnešní společnosti se pod vlivem urbanizace a industrializace předpokládá víceméně úplná zastupitelnost mezi pohlavími. Vlivem těchto změn se místa dříve uzavřená příslušníkům mužského pohlaví a místa doposud uzavřená příslušníkům ženského rodu otevřely lidem obou pohlaví [Možný, I., 1990]. Příkladem může být právě přítomnost otce na porodním sále, se kterou se v průběhu historie či napříč kulturami příliš často nesetkáváme a která je příznakem moderní doby.

Tyto změny odpovídají pozitivistické představě o tom, že člověk je řízený především vnějšími stimuly. V rámci pozitivistického pojetí jsou „tradiční rozdíly v sociálních rolích mužů a žen – s výjimkou těch, jež plynou z rozdílné účasti v reprodukčním procesu – *nepřirozené* a tedy ne nutné v tom smyslu, že jsou dány pouze panujícími kulturními vzorci. Jedinec si je osvojuje učením, a učením jsou přenášeny z generace na generaci. Lidská plasticita jim dala historicky vzniknout a lidská plasticita umožní je i změnit“ [Možný, I., 1990, str. 137].

Vůči tomuto pojetí se vymezují sociobiologická pojetí, v rámci kterých je člověk chápán jako vnitřně řízený organizmus. Biologické a psychologické faktory se podle biologicky orientovaných vědců odrážejí v sociokulturním uspořádání společnosti [Poněšický, J., 2004]. Podle nich přitom existuje nápadná podobnost mezi vrozenou psychickou výbavou mužů a žen a tím, jak se ještě historicky nedávno doplňovaly mužské a ženské role [Matoušek, O., 1993].

4.3. Příchod otců na porodní sály

S přesunem porodů do porodnic začaly ženy pociťovat odosobněný styl vedení porodů a požadovaly podporu blízké osoby. Z výše uvedeného vyplývá, že touto osobou byl pro rodičku nejčastěji její partner, nastávající otec dítěte [Odent, M., 2004]. Vzhledem k převládající koncepci lékařsky vedeného porodu, v rámci které nebyla matkám přisuzována kompetence spolurozhodovat o záležitostech porodu, musely mít však argumenty rodiček oporu také v lékařské obci (tzv. opora „seshora“) [Hašková, H., 2001]. Té se jim dostalo v roce 1970, kdy se myšlenka „partnerství při porodu“ zrodila také na konferenci Americké společnosti ženských lékařů. Zde si získala mimořádnou pozornost přednáška profesorky Newtonové, pojednávající o humanizaci porodů. Jak tato profesorka uvedla: „Lékařské předpisy všeobecně zakazují otcům, aby přihlíželi narození vlastního dítěte a poskytli ženám psychickou podporu v pokročilém stádiu bolesti, a to navzdory skutečnosti, že porodní tým nemá čas, aby rodičku v jejích bolestech potěšil... Každý porod provází psychologická krize. V krizi je člověk obzvláště náchylný k silné závislosti na lidech, kteří jsou okolo něho. Jestliže manžel zůstane vyloučen z účasti na bolestech a porodu, hledají mnohé ženy intenzivní spojení s pomocníky při porodu – místo se svými manžely.“ [Mlynářová, A., Tošner, J., 1995, str. 217] V Americe se tak krátce na to rozšířil názor, že humanizaci mezilidských vztahů by opravdu mohlo pomoci společné prožívání porodu matkou i otcem dítěte. Předpokládalo se, že by tak vztah otce k dítěti i matce mohl dostat pevnější základ.

Myšlenka porodu za přítomnosti otce dítěte byla brzy vyzkoušena v praxi a krátce na to se rozšířila i do Evropy, kde se její propagace ujali především francouzští porodníci.

Z výše uvedeného textu vyplývá, že hlavními argumenty pro přítomnost otce u porodu bylo:

- Poskytnutí psychické opory rodičce v prostředí anonymních porodnic, tedy humanizace porodnictví.
- Využití zkušenosti s porodem jako vhodného impulzu k navázání vztahu otec-dítě, tedy humanizace mezilidských vztahů.

5. PROTIKLADNÉ POSTOJE K PŘÍTOMNOSTI OTCE U PORODU

Na téma přítomnosti otce u porodu lze v literatuře nalézt rozporné názory a výsledky výzkumů. Na základě tohoto rozporu se tak mezi odborníky i laiky mohou objevovat jednak příznivci přítomnosti otce u porodu, a zároveň také jeho odpůrci.

5.1. Příznivci přítomnosti otce u porodu

Příznivci přítomnosti otce u porodu vyzdvihují přínos tohoto přístupu ve dvou ohledech. Za prvé to je fakt, že žena prožívá porod za přítomnosti partnera „lehčeji a klidněji“, a za druhé, že muž, kterému je po porodu vloženo do rukou jeho dítě, se o něj dokáže v příštích měsících lépe starat a pečovat o něj [Mlynářová, A., Tošner, J., 1995]. Podle příznivců přítomnosti otce u porodu tak byly splněny oba dva argumenty, na základě kterých se přítomnost otce začala v porodnicích prosazovat: tedy humanizace porodu poskytnutím psychické opory rodičce, a zároveň humanizace mezilidských vztahů získáním vhodného impulzu k vytvoření vztahu otec-dítě. Ve svém postoji se mohou příznivci přítomnosti otce u porodu opřít o následující výzkumy.

Podle některých autorů [David, Kentenich, 1993. In: Čoupek, P., Šporcrová, I., 1999; Henneborn, Cogan 1975. In: Trevathan, W., 1987] přítomnost muže u porodu značně snižuje obavy matek z porodu, zmírňuje porodní bolesti, předchází porodním komplikacím a zkracuje délku porodu. Snížené vnímání porodní bolesti bylo zjištěno na základě skutečnosti, že ženy, jejichž partneři byli porodu přítomni, vyžadovaly podání medikamentózních prostředků tišení bolesti v menší míře, než ženy, které u porodu oporu v podobě doprovodu svého partnera neměly. Ve světle současného konceptu přirozeného porodu, který kritizuje jednostrannou medikalizaci porodu a hovoří o nepříznivém vlivu tišících léků na celkový průběh porodu i na psychický stav rodičky a stav bdělosti novorozence, se jeví přítomnost partnera u porodu jako velmi přínosná.

Podle výzkumů, které se v souvislosti s účastí muže u porodu zaměřily na dopad na utváření pevné vazby mezi otcem a dítětem, jevili muži s porodní zkušeností o novorozence větší zájem, než jaký projevovali muži, kteří porod s partnerkou neprožili. Zvýšený zájem o novorozence se projevoval například upřeným pozorováním novorozence, častými doteky a interakcí tváří v tvář. Otcové, kteří se účastnili porodu svého dítěte, jím byli krátce řečeno následně zcela zaujati [McDonald, 1978; Greenberg, Morris, 1974. In: Trevathan, W. 1987].

Většina mužů, kteří se zúčastnili porodu, se na základě této zkušenosti následně více podíleli na péči o dítě [Liukkonen, Vehvilainen-JuLkunen, 1997. In: Čoupek, P., Šporcrová, I., 1999]. Z tohoto hlediska se může jevit účast otce u porodu jako velmi adaptivní, protože v dnešních mobilních nukleárních rodinách je právě otec jedinou osobou, která se může spolu s matkou na péči o dítě podílet. Otec potřebuje získat důvěru, že je schopný v péči o novorozence obstát. Tuto důvěru mu může zkušenost s přítomností u porodu poskytnout [Trevathan, W., 1987].

Výzkumy, které sledovaly možný dopad přítomnosti otce u porodu, byly prováděny také na území České republiky.

V roce 1992-1993 se přítomností otce u porodu zabývalo gynekologicko-porodnické oddělení Krkonošské porodnice ve Vrchlabí [Kavan, Konvalinová, 1993. In: Čoupek, P., Šporcrová, I.,1999]. Ve svých závěrech uvádějí, že právě manžel rodičky je pro ni ideálním průvodcem porodu, jelikož on nejlépe zná její psychiku. Vzhledem k tomu, že je manžel, popřípadě partner rodičky, osobou, u které se předpokládá, že bude do péče o dítě spolu s jeho matkou nejvíce angažována, je pro něj zkušenost s porodem velmi přínosná.

Gynekologicko-porodnické oddělení SNsP Ostrava [Koťátková, I., Malík, V., Postupa, R., Vlček, L., 1992] podává svědectví o tom, že přítomnost partnera na porodním sále vyvolává v rodičce kladné emoce, které se následně promítají pozitivně do průběhu porodu. Svědčí o tom především zkrácení I. doby porodní a snížený počet porodních poranění.

Další výzkum zaměřený na přítomnost otce u porodu proběhl v době od 1. března 1991 do 30.června 1992 v okolí Brna pod vedením Ivony Šporcrové a Petra Čoupka [Čoupek, P., Šporcrová, I., 1999]. Data byla získána prostřednictvím mezinárodního longitudinálního projektu ELSPAC (*European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood*).

Soubor, se kterým výzkumníci pracovali, obsahoval 1479 rodin. Experimentální skupinu tvořily páry, kde otec byl účasten porodu, do kontrolní skupiny pak byly zařazeny dvojice, kde žena rodila bez přítomnosti otce (v některých případech byla tato skupina rozdělena na podskupiny - vydělena byla skupina, kde žena rodila zcela sama bez přítomnosti další osoby, další podskupiny tvořily ženy rodící s účastí jiných osob, než byl otec). Těhotné ženy sledovali výzkumníci v průběhu těhotenství (od třetího trimestru gravidity), v době porodu a v období šestinedělí. Informace od respondentů získávali dotazníkovou formou.

Autoři výzkumu si stanovili tyto hypotézy:

- Přítomnost otce u porodu bude souviset s omezením aplikace anestézie/analgezie v průběhu prvních dvou dob porodních.

- Otcové účastnící se porodu se budou více angažovat v pracích zabezpečujících chod domácnosti.
- Skupina otců, která přijala účast u porodu, se bude významně lišit v podílení se na péči o dítě od skupiny otců, kteří u porodu nebyli.
- Společné prožití porodu oběma partnery bude mít pozitivní dopad na kojení.

Podle Ivony Šporcrové a Petra Čoupka z tohoto výzkumu vyplývá, že „účast otce při porodu se po narození dítěte pozitivně odráží v jeho pomoci v činnostech zabezpečujících chod domácnosti a v přijetí podílu péče o dítě. Svou přítomností u porodu otcové zároveň kladně podporují kojení“ [Čoupek, P., Šporcrová, I., 1999, str. 35]. Nepodařilo se však prokázat souvislost mezi přítomností otce u porodu a omezením aplikace anestézie/analgezie. Pravděpodobný důvod nepotvrzení této hypotézy zřejmě spočívá v tom, že se muži účastnili ze statistického hlediska komplikovanějších porodů.

Na základě svých zjištění se autorům výzkumu jeví situace, kdy má být otec přítomen u porodu, jako velmi přirozená. Mnohé páry podle nich zcela spontánně signalizují potřebu být v momentě porodu spolu. Nabídku možnosti společného prožití porodu tak vnímají velmi pozitivně a přínosně [Čoupek, P., Šporcrová, I., 1999].

5.2. Odpůrci přítomnosti otce u porodu

K nejznámějším odpůrcům a kritikům fyzické účasti otce u porodu patří již zmiňovaný Michel Odent. Ten přítomnost partnera u porodu vidí jako kulturní nárůstek, kterého je potřeba porod zbavit, aby se mu navrátila jeho přirozenost a instinktivnost [Odent, M., 1995]. V rámci svého pojetí porodů upozorňuje Odent především na snahu všech savců o izolaci během porodu.

Mnoho druhů savců rodí ve tmě, v klidu a stranou od ostatních členů svého druhu. Na rozdíl od savců si rodící ženy často přejí, aby poblíž nich byl někdo, koho znají, a potřebují si v průběhu porodu vytvořit speciální vztah alespoň k jedné osobě, přičemž dnes bývá touto osobou nejčastěji otec dítěte. Michel Odent však tvrdí, že přítomnost otce u porodu nemusí být vždy pro ženu to nejlepší. Proces porodu považuje za nedobrovolný proces, kterému se nedá napomáhat, a přítomnost dalších lidí může průběh porodu z jeho pohledu jen narušovat [Odent, M., 1995].

Rizika plynoucí z fyzické účasti nastávajícího otce u porodu vidí Michel Odent především v tom, že mužům bývá zatěžko přijmout a pochopit ženino instinktivní chování v průběhu porodu. Místo toho se jí podle něj často snaží zadržet, aby nevypadávala

z racionálního a sebekontrolujícího stavu. Muže vnímá Odent především jako racionální bytost, která může způsobit, že se žena při porodu nedokáže oprostit od své vlastní racionality a nechat porod plynout jen pomocí hormonální činnosti. Teprve když muž odejde, projevuje se žena bez racionality, začíná křičet a sténat, což podle Odenta znamená, že začíná skutečně rodit [Odent, M., 1995; 2004]. Z tohoto pohledu není pro Odenta skutečnost, že v tradičních civilizacích a přírodních národech asistují rodícím ženám nikoli muži, ale jiné ženy, které už předtím porod prožily, jen shodou okolností. Ačkoli je tak podle Odenta pro průběh porodu nejlepší, když se odehrává v naprostém soukromí a bez zásahu dalších osob, ženská pomocnice při porodu se Odentovi jeví jako lepší volba, než přítomnost nastávajícího otce.[19]

Jak tvrdí Odent, kontakt mezi společníkem přítomným u porodu a rodící ženou může být neobyčejně intimní a nesmírně intenzivně prožívaný. Rodící žena je v mimořádně zranitelném stavu a na svém společníkovi u porodu se může stát minimálně na okamžik zcela závislou. Sexuální podtext, který může doprovázet takový kontakt, pokud tímto společníkem přítomným u porodu je muž, může na rodící ženu působit rušivě v tom smyslu, že se nemusí chovat tak otevřeně a spontánně, jak by si přála, nebo se pak může cítit zahanbená, co všechno ze sebe dala najevo. Kvůli této důležitosti pohlaví partnera při porodu volá proto Odent po renesanci porodních asistentek [Odent, M., 2005].[20]

Podle Michela Odenta může být porod za účasti otce mnohem delší a bolestivější. Pokud se otec chová jako pozorovatel a ujímá se funkce dokumentaristy, kameramana a fotografa v jedné osobě, může být rodící ženou, která potřebuje být ve svém vlastním světě, kde nemusí mluvit ani myslet, vnímán velmi negativně. Odent varuje také před příliš upovídanými otci či otci s nadměrně vlastnickým chováním. Partner, který se snaží svou ženu chlácholit či se jí neustále dotýkat, ji tím vlastně vyrušuje v jejích základních živočišných funkcích a porod tím ztěžuje. Jen málokterý muž podle Michela Odenta pochopí, že žena nepotřebuje v průběhu porodu stimulaci, ale spíše klid. Těhotenství a porod podle tohoto porodníka často změní ženu v úplně jiného člověka. Tento stav v ní může probouzet skryté, po tisíciletí stejné pravěké instinkty a živočišné reakce, kterými může být novopečený otec nepříjemně zaskočen [Odent, M., 1995; 2004].

Michel Odent vidí negativní dopad účasti otce u porodu také v sexuálním životě partnerů. Porod podle něj může posílit přátelství mezi mužem a ženou, ale zároveň může naprosto ochromit jejich sexuální vztah [Odent, M., 2004].

---

[19] Dnes mohou plnit funkci ženské pomocnice při porodu např. duly.

[20] Myšlenky Michela Odenta lze pojmout do rámce biologicky orientovaných myslitelů, kteří zdůrazňují rodová specifika mezi muži a ženami.

Obecně lze říci, že nejčastějšími námitkami, kterými odpůrci přítomnosti otce u porodu argumentují, jsou [Mlynářová, A., Tošner, J., 1995]:

- Přítomnost otce u porodu komplikuje práci porodnického týmu, a to zvláště v těch případech, kdy dochází k nečekaných komplikacím.
- Muž slabší povahy by mohl při pohledu na porodní děj omdlít a způsobit tak personálu další starosti.
- Svým nevhodným chováním (dokumentace porodu, rozmlouvání s ženou v době, kdy potřebuje klid, apod.) muž narušuje průběh porodu.
- Sledování porodu může být pro muže traumatické a může to ovlivnit jeho další vztah k partnerce, především v sexuální oblasti.

Cílem této práce není rozhodnout letitý spor příznivců a odpůrců přítomnosti otce u porodu. To jistě není ani možné. Zástupci obou skupin se opírají o vědecké poznatky či letité zkušenosti,[21] z čehož jasně vyplývá, že přítomnost otce u porodu může mít ve svém důsledku jak pozitivní, tak i negativní dopad.

Otázkou však zůstává, zda existuje způsob, jak vzbudit potenciál přítomnosti otce u porodu, tzn. zda lze posílit pozitiva přítomnosti otce u porodu a potlačit negativa tohoto jevu.

[21] Sporné však mohou být obavy z impotence. Odpůrci přítomnosti otce u porodu často argumentují tím, že přítomnost otce u porodu má negativní dopad na sexuální oblast páru po porodu. Pro obavu z impotence však neexistují žádné objektivní důkazy. Je proto otázka, zda nejde jen o vhodnou příležitost, jak zakrýt impotenci z jiného důvodu, nebo nechuť k pohlavnímu styku s manželkou v případě existence paralelního mileneckého vztahu [Mlynářová, A., Tošner, J., 1995].

6. PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA PRO MUŽE

V rámci konceptu přirozeného způsobu vedení porodů se začalo uvažovat o tom, že psychický stav rodičky může ovlivnit průběh porodního děje (v rámci tohoto konceptu tak vzniká psychosomaticky orientované porodnictví). Porod začal být vnímán jako náročná životní situace, na kterou je potřeba se připravit. Od 20. let minulého století jsme přitom svědky snah o psychologickou pomoc těhotné ženě v přípravě k porodu. Do praxe začínají být tyto psychoprofylaktické metody zaváděny v 50. letech 20. století [Čepický, P., 1992; Ratislavová, K., 2008].

Psychologická příprava těhotných žen k porodu si ve svých počátcích kladla za cíl odbourání porodní bolesti za účelem snížení nebo naprostého odstranění medikalizace porodního procesu. Pod vlivem výzkumů Ronalda Melzacka ze svých cílů následně slevila a měla přinést rodičkám především reálný pohled na průběh porodu a odstranění falešných představ o něm. Současné trendy psychoprofylaxe tak ženy připravují také na možnost patologického nebo operačního porodu. Součástí této přípravy je navíc příprava k rodičovství [Čepický, P., 1992].

Již Ferdinand Lamaze upozorňoval na nutnost, aby se předporodní přípravy účastnil také partner těhotné ženy. Anglická odbornice na přípravu k porodu Sheila Kitzinger, která v rámci předporodní přípravy využívá znalosti ze sociální antropologie a sociologie a nezohledňuje tak pouze fyzické a psychické faktory, ale zároveň také faktory sociální, pracovala v přípravě na porod s páry, aby upevnila partnerskou oporu během těhotenství, porodu a pozdější péče o dítě [Ratislavová, K., 2008].

Jako důležitý faktor, který by mohl vzbudit potenciál přítomnosti otce u porodu, tj. odstranit jeho negativní dopady a posílit pozitivní vlivy, tak shledáváme předporodní přípravu. Pomocí předporodní přípravy se muž může chystat jednak na svoji úlohu během samotného porodu, a jednak na roli otce.

6.1. Příprava na porod

V rámci předporodní přípravy si muž může osvojit tyto dovednosti:

- Vědět, co porod obnáší, jaká je jeho normální fyziologie, jaké zásahy se provádějí, kdy jsou nutné a kdy je lepší se jim pokud možno vyhnout;
- Znát psychologii rodící ženy, být připraven na změnu jejího normálního vědomí a nenechat se vyvézt z míry neobvyklostí jejího chování při porodu;

- Ovládat praktické dovednosti pro úlevu od bolesti a vědět, jak může zcela konkrétně pomoci v různých situacích;
- Být schopen se přizpůsobit momentálním potřebám rodící ženy a přijmout, že je při porodu kvůli ní. Její přání a reakce budou určovat způsob, jakým bude pomáhat.

Tyto dovednosti následně mohou z muže učinit dobrého partnera k porodu [Labusová, E. a kol., 2004], jehož přítomnost bude mít kladný dopad na průběh porodního děje.

Penny Simkinová [Simkin, P., 2004] popisuje úlohu muže během jednotlivých fází porodu. Během I. fáze porodu, která může být velmi zdlouhavá a bolestivá, lze u matky spatřit nejrůznější reakce. Nastávající otec by jí měl v této fázi poskytovat především psychickou oporu a napomáhat od bolesti různými nefarmakologickými metodami (např. pomocí masáží či sprchování).

Druhá fáze porodu, fáze vypuzovací, je pro ženu fyzicky velmi náročná. Nastávajícímu otci je v rámci této fáze doporučováno, aby byl matce na blízku a aby nešetřil pochvalami. I v této fázi tak nastávající matka potřebuje od svého partnera dostávat především psychickou oporu a jeho pozornost.

Během III. fáze porodní se již otec může plně věnovat novorozenému dítěti. Zároveň se může ujmout funkce, kterou většina páru považuje za symbolickou. Jedná se o přestřihnutí pupečníku.

Pokud je otec napřed dobře připraven a ví, jak porod probíhá, neměla by být jeho přítomnost komplikací pro porodní tým [Mlynářová, A., Tošner, J., 1995]. Zároveň nebude porodu jen pasivně přihlížet, ale naplní svoji účast aktivní pomocí rodící ženě [Velemínský, M. jr., Velemínský, M. sr., 2005]. Pomocí předporodní přípravy si tak otec může osvojit dovednosti, prostřednictvím kterých se pak jeho účast u porodu může kladně promítnout do kratší doby trvání porodu, menší potřeby medikace, nižšího výskytu porodnických komplikací či lepší poporodní interakce s novorozencem.

6.2. Příprava na roli otce

Vzhledem k tomu, že lidská mláďata přicházejí na svět značně nesamostatná a odkázaná na péči dospělého člověka, je péče o novorozence a rodičovské chování bezpochyby determinováno biologicky [Čepický, P., 1992]. Na univerzální psychobiologické predispozice rané rodičovské péče, která poskytuje dítěti podporu a usnadňuje mu učení, komunikaci a

regulaci vlastního chování, poukazují poznatky manželů Papouškových [Skočovský, K., 2004]. Ti vrozené vzorce rodičovského chování nazvali pojmem *intuitivní rodičovství*.

Do repertoáru intuitivního rodičovství patří bohatý rejstřík prototypických vzorců chování. Četná pozorování ukázala, že rodiče zjednodušují a přehánějí mluvu a mimické chování, či mají tendenci strukturovat interakce tváří v tvář do jakýchsi dialogů. Nejcharakterističtějším chováním v rejstříku intuitivního rodičovství je typická reakce pozdravení s nepatrným záklonem hlavy, zvednutým obočím a doširoka otevřenýma očima a otevřenými ústy [Papoušek, H., Papoušek, M., 1992; Dittrichová, J., Papoušek, M., Paul, K. a kol., 2004].

Ačkoli současné poznatky o intuitivním rodičovství ukazují, že raná rodičovská péče má v základě univerzální psychobiologické predispozice,[22] neznamená to, že by intuitivní rodičovství bylo naprosto odolné vůči rušivým faktorům. Nežádoucí účinky na jednoho nebo oba partnery mohou mít různé biologické či sociokulturní faktory [Dittrichová, J., Papoušek, M., Paul, K. a kol., 2004].

Co se týče rozvíjení vrozených rodičovských kompetencí u mužů, mohlo by zde jako negativní faktor působit společenské přesvědčení, že jejich význam není pro vývoj a výchovu dětí příliš podstatný. Toto přesvědčení plyne především z kultu mateřství, který nastolil Sigmund Freud svými hypotézami, ve kterých vyzdvihl mateřskou roli jako jedinečnou a bezparalelní, a potvrdil John Bowlby vědeckými poznatky a termínem *mateřská deprivace* [Chvála, V., Trapková, L., 2004].

Na zapomenuté otce v rodinách se začalo myslet až v 70. letech 20. století. „Situace byla tak extrémní, že mladý psycholog z Yaleovy univerzity, Bowlbyho pokračovatel Michael Lamb ve svém článku dokonce pojmenoval otce *zapomenutými přispěvateli k vývoji dítěte*“ [Chvála, V., Trapková, L., 2004, str. 139]. Postupně vznikalo celé hnutí znovuobjevující význam mužů pro výchovu dětí [Chvála, V., Trapková, L., 2004].[23]

Je otázkou, jakým způsobem vzbudit v mužích jejich rodičovské sebevědomí, tj. jak vzbudit jejich vrozené predispozice k utváření pevných vazeb se svými potomky, které jsou u nich často zatemněny společenským očekáváním. Jako podpůrný faktor pro rozvoj vrozených rodičovských schopností by zde mohla zafungovat přítomnost otce u porodu, opřená o kvalitní předporodní přípravu.

---

[22] Jedním z těchto důkazů je skutečnost, že mnoho pozorovaných vzorců chování je univerzálních a povětšinou nezávislých na věku, rodu, rodičovském statutu či kulturním původu.
[23] Např. R. Rohr či J. Martos.

Na porod se bezprostředně váže konstituce rodičovství, která je v přírodních národech provázena rituály. Rituály, prostřednictvím kterých si muži osvojují otcovskou roli v přírodních národech, jsou známé pod termínem kuváda. Dlouhou dobu se myslelo, že kuváda je jen jakousi exotickou záležitostí, avšak kanadská psycholožka Anne Storeyová se svými spolupracovníky zjistila, že u nastávajících otců v moderních podmínkách dochází k hormonálním změnám, které následně vedou k nejrůznějším převratům v chování. K projevům kuvády se tak pod tíhou nových důkazů přidaly kromě rituálních předpisů také fyzické a psychické změny a zvláštnosti, které se vyskytují u nemalého podílu nastávajících otců (10-30%, ovšem údaje mohou být v závislosti na zvolených kritériích mnohem vyšší) v moderní společnosti [Skočovský, K., 2004].

Anne Storeyová například ve svých výzkumech zjistila, že nastávající otcové mají oproti kontrolní skupině bezdětných mužů v průměru asi o 30% nižší hladinu testosteronu. (Jistá variabilita je zcela normální, protože množství tohoto hormonu v krvi kolísá mimo jiné též vlivem denní doby a ročního období. Anne Storeyová vzala však tyto biologické rytmy v úvahu.) Přibližně polovina nastávajících otců měla snížený testosteron během celého těhotenství, bezprostředně po porodu i několik měsíců poté, u ostatních docházelo k jeho poklesu pouze v období po porodu. To by mohlo tlumit agresivní chování u novopečených tatínků a zároveň podporovat otcovskou péči a vazbu na dítě [Skočovský, K., 2004].

Ve výzkumech byla prokázaná také zvýšená hladina prolaktinu či estradiolu. Všechny tyto hormony u nastávajících otců vyvolávaly kromě změn v chování také tělesné příznaky, jako nechutenství (nebo naopak touha po určitém druhu jídla), trávicí potíže, nevolnost a zvracení, bolesti hlavy či bolesti zubů [Skočovský, K., 2004].

Z výše uvedených poznatků vyplývá, že to není jen žena, kdo se v průběhu těhotenství připravuje díky hormonálním změnám na svou novou rodičovskou roli a může jí tak lépe přivyknout. Vedle těhotenství žen se proto začalo hovořit také o „těhotenství mužů“ [Skočovský, K., 2004].

Stávání se otcem a naplňování otcovské úlohy je z pohledu pojetí intuitivního rodičovství dlouhodobým procesem, který začíná již před porodem a pokračuje mnoho let po něm [Skočovský, K., 2004]. Z hlediska pojetí intuitivního rodičovství je tak možné angažovanost muže do průběhu těhotenství a porodu považovat za vhodný faktor v rozvíjení vrozených otcovských kompetencí. Předporodní přípravu lze chápat jako přípravu k rodičovství, svou přítomnost u porodu pak mohou muži vnímat jako důležitou součást svého otcovství.

Hlavním účelem předporodní přípravy je získání informací i praktických návyků a dovedností, které mají nastávajícím rodičům pomoci zvládnout těhotenství, porod a šestinedělí a ulehčit jim péči o novorozence. Průběh předporodní přípravy může být velmi rozmanitý a odvíjí se od nejrůznějších faktorů, ke kterým patří: pořadatel, rozsah, cíl, osoba vedoucího lektora, atmosféra mezi účastníky kurzu či skladba účastníků.

V současné době již předporodní příprava neprobíhá pouze v rámci porodnických zařízení, ale připravují ji i různá občanská sdružení či neziskové organizace. Jednou z těchto neziskových organizací je i Liga otevřených mužů, která vede předporodní přípravu přímo pro nastávající otce. V praktické části bakalářské práce je představena obsahová analýza rozhovorů se dvěma muži, kteří se připravují na svoji účast u porodu právě v rámci kurzů, pořádaných Ligou otevřených mužů.

EMPIRICKÁ ČÁST

7. METODOLOGIE

Úvodní, teoretická část práce představila přítomnost otce u porodu v širších souvislostech. Praktická část bakalářské práce je zaměřena na muže, kteří v době výzkumu očekávají příchod prvního potomka a chystají se na účast u porodu v rámci předporodního kurzu. Tato část práce má sloužit především jako dokreslení teoretických poznatků z literatury o zkušenost konkrétních mužů.

Následující studie se zabývá těmito otázkami: Jak vnímají nastávající otcové období těhotenství? Jaké mají představy spojené s porodem? Jak tito muži hovoří o svém otcovství? Tyto výzkumné otázky de facto strukturovaly rozhovory s komunikačními partnery.

7.1. Design a volba metod sběru dat

Studie byla prováděna na základě kvalitativního výzkumného přístupu. K získávání dat, pomocí kterých bych mohla odpovědět na výše položené výzkumné otázky, byla použita metoda rozhovoru. Při přípravě rozhovorů jsem si určila několik tematických okruhů, na které jsem se chtěla v jejich průběhu zaměřit. Ke každému z těchto tematických okruhů jsem si na základě přečtené literatury a na základě schůzky s jedním z lektorů, který vede předporodní kurzy pro muže v rámci Ligy otevřených mužů, vytvořila zároveň několik otázek, které bych mohla svým komunikačním partnerům položit. Během rozhovorů, které jsem s vybranými muži prováděla osobně, jsem tak měla k dispozici určitý návod, který mi sloužil k tomu, abych žádný okruh témat nevynechala. Připravený seznam tematických okruhů, který jsem měla k dispozici v průběhu rozhovorů, mi následně pomohl také při vyhodnocování získaných dat.

Podoba rozhovorů nebyla předem přesně daná, některé otázky vyplynuly teprve v průběhu rozhovoru. Rozhovory měly tedy polostrukturovanou formu. Výhodou této výzkumné metody v podobě polostrukturovaného rozhovoru je volnost, kterou komunikačním partnerům při odpovídání ponechává, a dále menší riziko, že dojde ke zkreslení z důvodu chybně položených a předem daných otázek.

Při navržení metodologie jsem měla v úmyslu uskutečnit rozhovory s minimálně deseti nastávajícími otci, kteří se chystají na svou první účast u porodu v rámci předporodního kurzu. Původní záměr mi však překazila neochota, s jakou jsem se při sháněná komunikačních partnerů setkala. Nejprve jsem oslovila šest těhotných žen ze svého okolí (čtyři z těchto žen jsou mé spolupracovnice ze zaměstnání, se dvěma z nich se stýkám v soukromém životě).

Všechny ženy mou žádost o rozhovor s jejich partnery odmítly, aniž by se s nimi domluvily. Své rozhodnutí mi všechny nastávající maminky odůvodnily stejným způsobem. Obávaly se, aby rozhovor do bakalářské práce nevzbudil v mužích pochybnosti o účasti u porodu.

Bylo zřejmé, že je potřeba oslovit přímo nastávající otce. Při shánění respondentů jsem se proto obrátila na Ligu otevřených mužů, tedy na neziskovou organizaci, která pořádá předporodní kurzy určené výhradně pro mužské účastníky. Získala jsem tak kontakt na tři nastávající otce, kteří prošli předporodním kurzem, vedeným v rámci této neziskové organizace. Dva ze tří oslovených mužů na mou písemnou žádost o rozhovor odpověděli kladně, jeden muž neodpověděl vůbec. Rozhovory se tak uskutečnily se dvěma komunikačními partnery.

Uvědomuji si, že vzhledem k nízkému počtu komunikačních partnerů není možné získaná data a závěry zobecnit na populaci českých mužů, kteří se chystají na první účast u porodu. Nízkou reliabilitu tohoto výzkumu však jistým způsobem nahrazuje vysoká míra validity. Mým cílem je přiblížit čtenáři představy a očekávání konkrétních mužů, kteří se v současné době ocitají v určité životní situaci.

Volbu místa konání rozhovorů jsem ponechala na svých komunikačních partnerech, a to z toho důvodu, aby se jednalo o prostředí jim známé. Oba rozhovory tak proběhly v pražských kavárnách. Hned na úvod jsem se svých komunikačních partnerů zeptala, zda souhlasí s nahráváním rozhovorů na diktafon, přičemž ani jeden z nich mou žádost neodmítl. Samotné představení tématu bakalářské práce a teoretických předpokladů z literatury jsem ponechala až na samotný závěr rozhovoru, aby nedošlo k možnému zkreslení odpovědí mých komunikačních partnerů.

Během přepisu rozhovorů jsem text oprostila od přebytečných výrazů, jakými jsou například citoslovce, některá opakující se slovní spojení, nedokončené věty či informace „organizačního“ řádu, a to především kvůli lepší srozumitelnosti. Jedná se tedy o selektivní přepis rozhovorů. Cílem této práce je především obsah odpovědí mých komunikačních partnerů, než přesná formulace jejich slov.

Svým komunikačním partnerům jsem během rozhovoru nabídla, zda budou chtít předložit přepsané rozhovory ke schválení, avšak ani jeden z nich této nabídky nevyužil. Kvůli nezbytnému zachování anonymity komunikačních partnerů neuvádím jejich příjmení a na základě náhodného výběru z kalendáře jsem pozměnila také jejich křestní jména.

Lepší srozumitelnost při čtení přepsaných rozhovorů jsem se pokusila zajistit vlastní komentovanou transkripcí:

( ) kratší pauza
(...) delší pauza
(!) zdůraznění
(smích) smích

7.2. Komunikační partneři

Předložená studie je založená na obsahové analýze provedených rozhovorů se dvěma komunikačními partnery, kteří byli ochotní mi rozhovor poskytnout. Komunikační partneři byli vybráni na základě těchto ukazatelů: oba muži se chystají na první účast u porodu v rámci předporodního kurzu; partnerky těchto mužů nemají žádné porodní zkušenosti. Kontakt na oba muže jsem získala od PhDr. Martina Járy, který vede v rámci neziskové organizace Ligy otevřených mužů předporodní přípravu, určenou výhradně mužským účastníkům.

Daliborovi je 34 let, vystudoval vysokou školu s elektrotechnickým zaměřením a pracuje jako obchodník ve firmě, která distribuuje výpočetní techniku. Přiznává, že je v současné době v zaměstnání velmi spokojený. Pochází z Ostravy, ale již od dob studií žije v Praze, kde si s manželkou pořídili také vlastní byt, zatížený hypotékou.

Daliborově manželce je v době rozhovoru 30 let, vystudovala střední ekonomickou školu a pracuje jako asistentka v zahraniční firmě. V manželském svazku spolu žijí pět a půl roku, jako přátelé se však znají již deset let. Termín porodu mají stanovený na začátek dubna, v době rozhovoru byla tak Daliborova manželka ve 21. týdnu těhotenství. Založení rodiny bylo plánované a chtěné.

Kryštofovi bylo v době rozhovoru 27 let a vystudoval střední odbornou školu s elektrotechnickým zaměřením. Pracuje jako obchodník v oblasti elektroinstalací a je v tomto zaměstnání podle svých slov velmi spokojený. Pochází z Prahy, kterou kvůli ruchu v průběhu těhotenství s partnerkou opustili. V současné době žijí v rodinném domě manželčiných rodičů v Rudné u Prahy, kde mají samostatnou bytovou jednotku. Do budoucna s manželkou plánují postavit si vlastní rodinný dům mimo Prahu.

Kryštofově manželce je 25 let a právě dokončila magisterské studium na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze. Během studií pracovala v mediální agentuře jako plánovačka mediálních kampaní. V manželském svazku spolu žijí tři roky, ale znají se již od

dětství. Termín porodu měli stanovený na 10. ledna, v době rozhovoru byla tak Kryštofova manželka již v devátém měsíci těhotenství. Založení rodiny plánovali.

8. PŘEDSTAVY A OČEKÁVÁNÍ NASTÁVAJÍCÍHO OTCE

Obsahovou analýzu budu členit do několika oblastí, na které jsem se zaměřila v rozhovorech se svými komunikačními partnery. Jednotlivé podkapitoly korespondují zároveň s výše uvedenými výzkumnými otázkami, přičemž každá z výzkumných otázek je sledována v samostatném oddílu této kapitoly.

8.1. Těhotenství očima nastávajícího otce

Teoretická část práce představila období těhotenství jako dobu, během které dochází k psychickým a tělesným změnám nejen u nastávajících matek, ale zároveň také u nastávajících otců. Vlivem hormonální činnosti se u mužů mění jejich chování a mohou se dostavit také změny v psychické a fyzické oblasti. Tato podkapitola bude sledovat, jak období těhotenství vnímají komunikační partneři.

Oba komunikační partneři se shodují na tom, že období těhotenství, alespoň co se jeho počátků týče, provázely především **obavy**, aby nedošlo ke komplikacím, které by mohly ohrozit zdraví plodu či jejich manželek. U Dalibora byly přitom tyto obavy podpořeny vlastní zkušeností z minulosti, kdy první těhotenství jeho manželky skončilo spontánním potratem. Ke svým pocitům v průběhu těhotenství Dalibor říká: „*U toho druhýho těhotenství bylo samozřejmě víc strachu, protože jsme měli tu předchozí špatnou zkušenost a* ( ) *báli jsme se...*“ Zároveň ale vyjadřuje jistou naději: „*Člověk některý věci ovlivnit nemůže, takže jsme hlavně doufali, že vše bude v pořádku.* ( ) *Měl jsem obavy, ale zároveň jsem prožíval takový* ( ) *radostný očekávání, že přijde něco novýho.*“ Kryštof své pocity během těhotenství vyjadřuje podobně: „*Tak pořád to bylo v takový obavě, aby všechno bylo v pořádku. Člověk okolo sebe pořád slyší, co nevychází, takže jsem furt žili v takovým napjatým očekávání.*“ Také Kryštof nehovoří v souvislosti s těhotenstvím jen o obavách, ale zároveň o tom, že přichází něco nového: „*Během toho těhotenství jsme začali taky plánovat do budoucna, co bude dál.*“

Z výroků komunikačních partnerů je patrné, že očekávání příchodu potomka pro ně nepředstavuje jen „jiný stav“ jejich manželek, ale že se jedná o vzájemný prožitek, jehož chtějí být součástí. Zapojení do průběhu těhotenství se u nich projevuje například tím, že chodí se svými manželkami na lékařské prohlídky s ultrazvukem, byli se podívat na porodnici, ve které má porod proběhnout, či pomáhají se zajištěním věcí, které budou s příchodem novorozence potřebovat (od hraček až po větší automobil). Svoji **úlohu v těhotenství** vyjadřuje Dalibor jednak ve vztahu k fyzickým a psychickým změnám své manželky a zároveň ve vztahu k očekávanému příchodu potomka. Ke své úloze v souvislosti

s psychickými změnami, probíhajícími u manželky, Dalibor říká: „*Manželka má teď návaly emocí, který já samozřejmě musím nějak zvládat... Má na to právo..., snažím se jí vždycky poskytnout oporu a říct, že jsme na to dva, že v tom není sama, že má kolem sebe člověka, na kterýho se může spolehnout...*“ Na partnerčiny připomínky ke svému vhledu Dalibor reaguje podle svých slov tímto způsobem: „*Snažím se jí vysvětlit, že se mi opravdu líbí, jak vypadá fyzicky. Ona vždycky říká, že vypadá jako Venuše, a já no to, že to se mi právě líbí* (smích). *Snažím se jí takhle podpořit.*“ Ve vztahu k očekávanému příchodu potomka hovoří Dalibor o této úloze: „*Já to beru tak, že je to naše dítě a že v tom jedeme spolu* (!)... *To, že ho má shodou okolností v bříšku moje manželka, neznamená, že bych jí měl říct, ať si jde k tomu doktorovi sama, ať ho porodí.* ( ) *Beru to prostě tak, že u toho všeho chci být taky* (!)...“ Kryštof se ke své úloze během těhotenství vyjadřuje podobně. Jednak zmiňuje svoji roli ve vztahu ke své těhotné manželce: „*Starám se o tu ženu.... Během těhotenství se u ní objevila ohromná ženskost,* ( ) *silný mateřský pud... Dělám tý ženě takovou oporu a prožíváme to všechno spolu naplno*,“ a zároveň ve vztahu k očekávanému příchodu potomka: „Ta *moje úloha v těhotenství mi přijde podobná jako pak v budoucnu při tom porodu - bejt úplně rovnocennej rodič tomu dítěti, který se sice narodí mojí ženě, z mojí ženy, ale bude naše* (!). *Ona je sice těhotná, ale to dítě čekáme spolu* (!)...“

Období těhotenství nevnímají komunikační partneři jen jako období změn svých manželek, hovoří také o **změnách**, kterých si všímají sami **na sobě**. Kryštof k této oblasti říká: „*Poslední dobou si na sobě všímám toho, že nedokážu mluvit o ničem jiným, než o těhotenství a o tom, že budeme rodit a že čekáme miminko. Až budeme mít miminko doma, tak se svět bude točit jenom okolo něj* (smích).“ Dalibor dokonce tvrdí: „*Já jsem těhotnej taky* (smích). *Já tloustnu..., jsem náladovej.* ( ) *Já mám pocit, že jsme na sebe se ženou tak nějak naladěný, že jsem prostě těhotnej taky.*“

8.2. Představy o porodu

Jak bylo uvedeno v teoretické části předložené práce, porodní praktiky prošly během historie ohromnými změnami. Zatímco v období středověku a počátkem novověku probíhaly porody v domácnosti rodičky za pomoci porodní báby (postava známá též z přírodních národů a tradičních civilizací), ve století dvacátém se již porody odehrávají v prostředí aseptických porodnic a nad jejich průběhem dohlíží lékařský personál. Taková změna ve způsobu vedení porodu přinesla ohromný přínos v oblasti snížení úmrtnosti rodiček a novorozených dětí, ale vybrala si také svou daň. Rodící ženy se začaly v prostředí anonymních porodních sálů cítit

osaměle, což se negativně projevovalo na jejich psychickém stavu. V rámci pronikání psychologických metod do porodnictví se tak na porodní sály dostává nastávající otec dítěte. Muž svoji rodící ženu především psychicky podporuje a dodává jí pocit, že není ve svých bolestech sama.

Jak se dívají na současný způsob vedení porodů komunikační partneři, jak hovoří o své úloze, představách či o svém rozhodnutí se porodu zúčastnit, to je tématem následující podkapitoly.

Nejprve se zaměřím na to, jak vnímají komunikační partneři podobu současného **porodnictví**. Dalibor například tvrdí: „*Těhotenství není nemoc, takže nepatří do nemocnice* (!). *Přitom všechny porodnice jsou dneska u nemocnic, ale proč?... Pro naše zdravotnictví je člověk jenom součástka, kterou je potřeba opravit... Porodnice jsou opravdu továrny na porody.*“ Kryštof se k současnému vedení porodů vyjadřuje podobně: „*Přijde nám hezký, když ten porod probíhá přirozeně..., když to není jak na běžícím pásu podle všech těch někdy zbytečných zvyků porodnic...*“

V závislosti na podobě porodnictví hovoří pak komunikační partneři o významu účasti nastávajícího otce u porodu a o **úloze**, kterou zde muž sehrává. Dalibor vzpomíná na porody předešlých generací: „*Dřív se rodilo doma, takže žena byla v prostředí, který znala a který pro ní bylo intimní... A navíc k sobě měla porodní bábu...*“ V závislosti na prostředí porodu uvažuje o úloze nastávajícího otce: „*Když ženy rodily doma, podporoval je chlap určitě jinýma věcma, než fyzickou přítomností. Myslím si, že právě kvůli přesunutí porodů do neutrálního a cizího prostředí porodnic je důležitá ta podpora na fyzický úrovni...*“ Svoji myšlenku vzápětí také odůvodňuje: „*Je důležitý, aby tam ta žena měla někoho známýho, aby to prostředí nebylo úplně cizí a neznámý...*“ Také Kryštof vzpomíná na to, jak porody probíhaly dřív, na rozdíl od Dalibora mluví však o době poměrně nedávné: „*Nedokážu si představit, že u porodu mojí maminky za komunistů nemohl bejt můj otec. Nemohl přijít ani na návštěvu. Ona tam vlastně přijela, odrodili jí a byla tam sama. To muselo být hrozně těžký* (!)...“ Zároveň se Kryštof vyjadřuje k účasti u porodu, která je dnes nastávajícím otcům již umožněna: „*V tom neznámým prostředí budeme dva, takže vytvoříme silnější partu... Myslím si, že k tomu porodu je potřeba nějaká pohoda a klid, což dokáže zajistit ten partner, pokud teda není nějakej hysterickej a afektovanej* (smích).“ Svoji úlohu u porodu vidí tak oba komunikační partneři v poskytování psychické opory rodící ženě v prostředí anonymních porodnic. Dalibor konkrétně tvrdí: „*Budu tam jako opora* (!). *Dula by tam měla bejt jako člověk, kterej komunikuje s doktorama, já bych tam měl bejt jako podpora tý manželce.*“

Kryštof hovoří podobně: „*Žena potřebuje podporu (!). Určitě jí pomůže, když tam budu, bude víc v klidu...*“

Své **rozhodnutí** se porodu fyzicky zúčastnit bere Dalibor jako „*...samozřejmost... Mám potřebu bejt u všeho po celou dobu* (!)*... Mě se ten porod přeci taky týká* (!)*...*“ Kryštof hovoří podobně: „*Přijde mi to přirozený u toho porodu bejt... Přijde mi běžný a automatický, že ten muž svojí ženu podpoří a zažije taky něco pořádnýho...*“ Zároveň Kryštof upozorňuje podobně jako Dalibor na to, že se těhotenství a porod netýkají jen jeho manželky: „*Přijde mi normální se porodu zúčastnit. Je to něco, co jsme spolu se ženou začali, čím procházíme spolu v tom těhotenství, a i potom se o miminko budeme starat spolu, tak proč bysme u toho porodu neměli být taky oba...*“ Odhodlání komunikačních partnerů se porodu fyzicky zúčastnit se projevuje také v jejich snaze si co nejlépe naplánovat období kolem stanoveného termínu porodu. Jak tvrdí Dalibor: „*Budu se snažit dva, tři, čtyři tejdny kolem porodu odkládat pracovní aktivity tak, abych nikam nemusel.*“ V případě, že by mu v účasti u porodu přeci jen vnější okolnosti zabránily, bylo by to podle jeho slov „*...velké zklamání. Chtěl bych tam bejt* (!)*...*“ Kryštof hovoří i v této oblasti velmi podobně: „*Snažím se v blízkosti termínu porodu bejt nablízku a furt mít mobil a plnou nádrž... Neplánuju nic, co by mě mohlo někde zdržet, dávám tomu hodně priorit, takže doufám, že se k porodu dostanu a že dokonce budu ten, kdo manželku do porodnice poveze.*“

Představy spojené s porodem Dalibor vyjadřuje takto: „*Představu o porodu člověk získá z těch předporodních kurzů, který absolvuje, ale jsem samozřejmě zvědavý, jak to všechno nakonec proběhne. Představuji si, že to bude vše v klidu a že to bude pro oba hluboký zážitek.*“ Kryštof k samotným představám spojeným s porodem říká: „*Jsem plnej očekávání... Mám představu, že to bude všechno v pohodě... Představuju si intimitu a soukromí toho prožitku...*“

Oba komunikační partneři hovoří o **významu** své fyzické účasti u porodu. Dalibor například tvrdí: „*Je to pro mě důkaz, že do všeho jdeme s manželkou spolu* (!)*... Je to takové vyvrcholení, takový to v dobrým i zlým,* ( ) *nebo ne zlým, ale v tom těžkým...*“ Kryštof ke své účasti u porodu říká: „*Chci u porodu bejt, protože tak zažiju něco, co se zažívá v současnosti jednou, dvakrát za život... Je to něco výjimečnýho* (!)*... Navíc budu mít pocit, že můžu bejt nějak nápomocnej.*“

8.3. Já otec

Podle předchozí části této práce existují u mužů vrozené předpoklady k otcovství. Tzv. intuitivní rodičovství je vrozené všem lidem bez ohledu na věk, pohlaví či původ. Stávání se otcem je z hlediska intuitivního rodičovství dlouhodobým procesem, který začíná již před porodem, přičemž na základě aktivního angažování otce do průběhu těhotenství a příprav na porod se může účast u porodu stát nedílnou součástí jeho otcovství.

Předložená podkapitola sleduje, jak komunikační partneři hovoří o možném dopadu své účasti u porodu na život nově vzniklé rodiny, o svém otcovství, či o svých představách spojených s blízkým příchodem potomka.

Oba komunikační partneři hovoří v souvislosti s tím, jak si představují své doposud nenarozené potomky, o **přání** poznávat v dítěti sami sebe. Dalibor například říká: „*Až dítě bude vyrůstat a já se v něm budu poznávat, tak to bude hezký vědět, že něco po mně zdědilo. Teď jsme vlastně byli na 3D ultrazvuku a žena mi tvrdila, že to dítě má pusu po mně. Já jsem to teda neviděl, ale bylo to milý* (smích)...“ Kryštof v této souvislosti hovoří o **naději**, že by potomek mohl uskutečnit jeho nesplněné sny: „*Vypadá to, že to bude holčička... Představuju, že by po mně mohla mít hudební nadání, který nějak rozvine... Já hraju zájmově na basovou kytaru, ale nikdy jsem neměl ten dril... Doufám, že ona to v tomhle směru dotáhne dál...*“ Na druhou stranu ale přiznává, že by nebyl zklamaný, kdyby se dcera jeho zájmům nevěnovala: „*Třeba bude úplně hluchá* (smích)*, ale ať bude dělat cokoli, tak určitě předčí všechny moje očekávání* (!).“

Oba komunikační partneři se shodují na tom, že by se jejich účast u porodu mohla **kladně promítnout** do způsobu fungování nově vzniklé rodiny. Podle Dalibora: „*Myslím si, že ty společně prožitý věci..., i ty* ( ) *bolestivý, dokážou partnery stmelit a hodně to posílí jejich vztah. Okamžik porodu je důležitej pro celou tu rodinu, je to moment, kdy vzniká něco novýho...*“ Kryštof vidí kladný přínos nejen v účasti u porodu: „*Já myslím, že ta moje účast bude mít... vliv na vztah, který máme se ženou, a i na vztah k tomu miminku, který já uvidím, jak se rodí... Bude to určitě silnej emocionální zážitek... Takový společný intimní a soukromý prožitek...*,“ ale také v tom, že se muž angažuje již v průběhu těhotenství: „*Myslím si, že když člověk ukáže už v průběhu toho těhotenství a porodu, že má zájem, tak se to pak v té rodině promítne.*“

Komunikační partneři se rozcházejí v tom, kdy podle nich začíná jejich **otcovská úloha**. Zatímco Kryštof hovoří o tom, že mu „*...subjektivně přijde, že otcem jsem až po porodu. Myslím si, že otcem jsem, když mám dítě...*,“ Dalibor si podle svých slov myslí, že jeho otcovská úloha „*...už začala. Když si hladím manželčino bříško, tak už vnímám, že tam*

někdo je... Komunikujeme spolu, zatím sice zprostředkovaně, ale už je tam někdo, kdo mě vnímá. Ta otcovská role nezačíná zdaleka tím porodem, ale už právě v průběhu těhotenství".

Kryštof vidí konkrétní podobu své otcovské úlohy: „*Budu asi doma pracovat víc, než pracuju* (smích)*, abych byl ženě opravdu tou velkou oporou pro život. Budu se snažit bejt co nejvíc doma s naším miminkem a se ženou, aby to nebyla jenom ona, kdo se o miminko stará, ale abysme se starali společně...*," a zároveň v souvislosti se svým otcovstvím říká: „*Nastane mi velká, nová role. Spoustu věcí pochopím z jinýho úhlu, nastavím si jiný priority. (...) Mám ale obavy, abych vychovával to své dítě k lásce a byl pro něj zároveň ta správná otcovská autorita v dobrým slova smyslu...*" Ve své snaze být pro dítě zároveň milujícím a uznávaným otcem nemá podle svých slov žádnou předlohu: „*Ideální otec neexistuje...*" Dalibor ve vztahu ke svému otcovství tvrdí: „*Život dostane nový rozměr... Člověk teď začne směřovat svojí energii zase někam dál, než jsou jenom nějaký kurzy, kina, zábava. Už jsme měli potřebu stát se rodičema, založit další generaci* (!)." Ve své otcovské roli by chtěl Dalibor dosáhnout především toho, „*...aby se k nám to dítě, až bude dospělý, rádo vracelo...*" Ani Dalibor nebude při svém naplňování otcovské úlohy čerpat z nějakých vzorů: „*Ideální neexistuje, ani otec ani muž...*" Bude se v tomto směru podobně jako Kryštof spoléhat především sám na sebe, což vyjadřuje slovy: „*Budu se snažit dělat to nejlepší, co umím, a budu doufat, že to bude dobře... Člověk musí v rámci svých možností udělat maximum* (!)."

Oba komunikační partneři se ve většině oblastech, na které jsem se v rozhovoru s nimi zaměřila, shodují. Těhotenství a porod nevnímají jen jako „ženskou záležitost", ačkoli je to z důvodu fyziologických rozdílů mezi pohlavími vždy žena, kdo dítě ve svém těle nosí a přivádí na svět. Jedná se o období, která se jich samotných bytostně dotýkají. V samotném porodu vidí oba komunikační partneři především emocionální zážitek, kterého chtějí být také součástí a který se následně kladně projeví na životě jejich nově vzniklých rodin. Zdůrazňují především možnost být v okamžiku zrození potomka po boku své manželky a poskytovat jí potřebnou oporu a pocit jistoty v prostředí anonymních porodnic. V souvislosti s angažováním do průběhu těhotenství a přípravami na účast u porodu zdůrazňují komunikační partneři především fakt, že chtějí být pro své potomky rovnocennými rodiči.

Praktická část této práce přináší obraz konkrétního muže, který se aktivně zapojuje do průběhu těhotenství a připravuje se na porod, který chápe jako součást svého otcovství.

Vzhledem k závěrům teoretické části bakalářské práce by bylo jistě přínosné zaměřit se dále na výzkumy, které by potvrdily vliv předporodní přípravy.

DISKUZE

Přítomnost otce u porodu prošla během své existence vývojem. Zatímco se zpočátku jevila být zvláštním výstřelkem, v současné době se stává běžnou praxí. Změna v přístupu k přítomnosti otce u porodu vede k otázce, zda se v průběhu let neproměnily také důvody, které muže na porodní sály vedou.

Dříve si musely partnerské dvojice v systému lékařsky řízených porodů právo na účast muže na porodním sále vybojovávat, a to za pomoci odborníků, kteří byli nakloněni přirozenému řízení porodů. Z toho lze usuzovat, že účast otce u porodu byla projevem oboustranné touhy nastávajících rodičů.

Otázkou je, zda lze i v dnešní době přítomnost muže na porodním sále chápat jako projev společného rozhodnutí partnerů, nebo zda jde spíše o módní záležitost, která patří k dobrému tónu.

Přítomnost otce u porodu začala podléhat společenskému očekávání a pro mnohé muže se stává povinností. Předpokládá se, že muž k porodu svého dítěte půjde, přičemž tato samotná účast či neúčast slouží pak k zhodnocení, jakým je muž otcem. Muž je hodnocen jako dobrý či špatný otec pouze na základě toho, zda byl či nebyl u porodu. Dopad takové účasti není již podstatný. Dobrý otec je zkrátka ten, který u porodu byl, ačkoli jeho účast neměla žádný přínos, špatný otec je ten, který k porodu nešel, i když mohlo jít o vzájemnou domluvu obou partnerů a muž se mohl na příchod dítěte aktivně připravovat.

Do budoucna bude jistě zajímavé sledovat další vývoj přístupu k přítomnosti otců u porodu.

ZÁVĚR

Příchod mužů na porodní sály představoval skutečnou humanizaci porodů. Předpokládalo se, že se přítomnost otce u porodu kladně promítne jednak do samotného průběhu porodního děje, a jednak do následné péče otce o dítě. V průběhu času se však ukázalo, že přítomnost otce u porodu může mít ve svém důsledku jak pozitivní, tak i negativní dopady.

Kolem protikladných výsledků výzkumů i dlouholeté praxe se začali formovat skupiny zastánců a odpůrců přítomnosti otce u porodu. Zastánci porodů za přítomnosti otce zdůrazňovali kladný vliv na porod a rozvoj otcovských kompetencí. Odpůrci často argumentovali komplikacemi, které muž svou přítomností na porodním sále způsobuje porodnímu personálu, možností, že otec při pohledu na porodní děj omdlí, či nevhodným chováním, kterým muž do porodního děje zasahuje a tím ho komplikuje.

Na základě dostupných výzkumů a informací se nelze přiklonit na stranu ani jedné z těchto skupin osob. To ani nebylo úmyslem práce. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda existuje způsob, pomocí kterého je možné vzbudit potenciál přítomnosti otce u porodu, tj. jak posílit jeho pozitivní efekt a potlačit negativní dopady. Jako vhodná metoda k tomuto účelu byla shledána předporodní příprava zaměřená na partnerskou dvojici a na otce. V rámci této předporodní přípravy muž jednak získá reálné představy o průběhu porodu a o možných komplikacích, které mohou nastat, a zároveň si osvojí dovednosti, pomocí kterých pak může ženě pomoci od bolestí. V současné době je navíc do předporodní přípravy zahrnuta také příprava na rodičovskou roli. Předporodní příprava a účast otce u porodu tak může v muži vzbudit jeho vrozené kompetence k otcovství.

Předporodní příprava zaměřená na partnerskou dvojici a na otce není jistě jediným vhodným předpokladem k tomu, aby mohla být přítomnost otce u porodu ku prospěchu. Nejdůležitější předpokladem k tomu, aby mohla být přítomnost partnera u porodu přínosná, je jistě vzájemné přání nastávajících rodičů prožít porod společně a nikoli jen snaha naplnit společenské očekávání.

Přítomnost otce u porodu se stává hodnotícím kritériem pro to, jakým je muž otcem. Ve své podstatě je ale tato účast na porodním sále pouze vhodnou příležitostí k tomu, jak začít otcovskou úlohu teprve naplňovat.

LITERATURA

BINDER, T. Lékařské vedení porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, roč. 15, č. 4, str. 492-495.

CICHÁ, M.; FLEIŠMANOVÁ, Š. Těhotenství a porod - vybrané zvyklosti a rituály. *Florence*. 2007, roč. 3, č. 1, str. 20-22.

COLIN, V. L. *Human attachment*. New York: McGraw-Hill Companies, 1996. ISBN 0-07-011839-6.

ČEPICKÝ, P. *Psychologie ženy. Učební text pro střední zdravotnické školy, obor porodní asistentka*. Praha: vlastním nákladem, 1992, str. 19-35.

ČEPICKÝ, P.; LÍBALOVÁ, Z. Historie vedení porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, roč. 15, č. 4, str. 460-470.

ČEPICKÝ, P.; LÍBALOVÁ, Z. Mechanismus porodu hlavičkou. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, roč. 15, č. 4, str. 471-478.

ČEPICKÝ, P.; PEČENÁ, M. a kol. Koncepce přípravy těhotných žen k porodu. *Čes. Gynek*. 1990, roč. 55, č. 10, str. 768-772.

ČOUPEK, P.; ŠPORCROVÁ, I. Co přináší přítomnost otce u porodu. *Praktická gynekologie*. 1999, roč. 3, č. 5, str. 31-36.

ČUNDERLÍK, A.; MIKULAJ, V. Účasť otce pri pôrode - „štandard“ alebo „nadštandard“. *Lékařský obzor*. 2000, roč. 49, č. 5, str. 169-170.

DITTRICHOVÁ, J.; PAPOUŠEK, M.; PAUL, K. a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada Publishing, 2004, str. 77-100. ISBN 80-247-0399-8.

DOLEŽAL, A. Mechanika porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2000, roč. 9, č. 1, str. 243-252.

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

DOLEŽAL, A. Vznik vědeckého porodnictví a naše území. *Čes. Gynek*. 1996, roč. 61, č. 4, str. 244-248.

FEKOŇOVÁ, E.; MAREŠOVÁ, E.; VENDLEROVÁ, E. Přítomnost otce u porodu. *Sestra*. 2000, roč. 10, č. 3, str. 15.

FIALOVÁ L. a kol. *Dějiny obyvatelstva českých zemí*. Praha: Mladá Fronta, 1998. ISBN 80-204-0720-0.

GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman Press, 2002. ISBN 80-86356-13-2.

GOGELA, J.; MALÝ, Z. Porodnické alternativy. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2000, roč. 9, č. 1, str. 201-203.

GOGELA, J.; MALÝ, Z. Porod do vody, pro a proti. *Čes. Gynek*. 1999, roč. 64, č. 2, str. 126-128.

GORDON, R. *Podivuhodné dějiny lékařství*. Praha: Melantrich, 1995. ISBN 80-7023-208-0.

HÁJEK, Z. Alternativní vedení porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, roč. 15, č. 4, str. 496-500.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.

HAŠKOVÁ, H. *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2001. ISBN 80-85950-97-9.

HAŠKOVÁ, H. a kol. *Rovné příležitosti mužů a žen při slaďování rodiny?* Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2003, str. 39-104. ISBN 80-7330-048-6.

HOHLOVÁ, S.; MALÝ, Z.; PODALOVÁ, S. Srovnání bezpečnosti vertikální a horizontální porodní polohy. *Čes. Gynek*. 1999, roč. 64, č. 2, str. 100-102.

CHERTOK, L. *Psychosomatické metody bezbolestného porodu: historie, teorie a praxe*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1966.

CHVÁLA, V. Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část I. *Psych&Som* [online]. 2006, roč. 4, č. 1 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z WWW: <http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_1/chvala_gyn_106.htm>

CHVÁLA, V. Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část II. *Psych&Som*. 2006, roč. 4, č. 2, str. 61-70.

CHVÁLA, V. Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část III. *Psych&Som*. 2006, roč. 4, č. 3, str. 100-106.

CHVÁLA, V.; TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9.

JELÍNKOVÁ, J.; KUKLA, L.; TYRLÍK, M. Aspekty pozitivního prožívání těhotenství. *Čes. Gynek*. 2004, roč. 69, č. 3, str. 178-181.

KAPR, J. *Kniha pro nastávajícího otce*. Praha: Avicenum, 1977.

KAPR, J.; KOUKOLA, B. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: SLON, 1998. ISBN 80-85850-49-4.

KLAUS, M. a kol. *Porod s dulou: rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-34-5.

Kolektiv autorů. „Mužské“ otazníky nad porodem. *Aperio*. 2004, roč. 3, č. 1, str. 4-5.

Kolektiv autorů. Potřebují muži duly? *Aperio*. 2004, roč. 3, č. 1, str. 10-11.

KOPŘIVOVÁ, D. Psychoprofylaxe. *Moderní babictví* [online]. 2007, roč. 5, č. 12 [cit. 2010-05-05] Dostupné z WWW: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/clanek.php?c=2>

KOŘÍNKOVÁ, L. *Otcovství jako protipól k mateřství*. Praha: Institut základů vzdělanosti Univerzity Karlovy, 2001. Bakalářská práce.

KOŤÁTKOVÁ, I.; MALÍK, V.; POSTUPA, R.; VLČEK, L. První zkušenosti s přítomností otce u porodu na ženském oddělení SNsP Ostrava. *Čes. Gynek.* 1992, roč. 57, č. 8, str. 437-438.

KUŽELOVÁ, M. Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babictví*. 2003, roč. 1, č. 2, str. 39-42.

KUŽELOVÁ, M. Předporodní příprava. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2, str. 298-300.

LABUSOVÁ, L. a kol. *Průvodce porodnicemi České republiky: ucelený přehled služeb porodnic Čech, Moravy a Slezska s hodnocením*. Praha: Argo, 2004.

LAWSON, E. T. *Náboženství Afriky. Tradice v proměnách*. Praha: Prostor, 1998. ISBN 80-85190-83-4.

LEBOYER, F. *Porod bez násilí: kniha, která seznamuje se zcela novým způsobem vedení porodu*. Praha: Stratos, 1995. ISBN 80-85962-04-7.

LENDEROVÁ, M. Porodní bába, akušér, lékař. *Gynekolog*. 2005, roč. 14, č. 5, str. 228-234.

MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-867-0.

MAREK, V. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. ISBN 80-7281-090-1.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-7-8.

MLYNÁŘOVÁ, A. Historie porodu. *Plánování rodiny & reprodukční zdraví*. 2000, roč. 3, č. 3, str. 66-69.

MLYNÁŘOVÁ, A. Postoj ke komplikovaným porodům v minulosti. *Gynekolog*. 2001, roč. 10, č. 2, str. 75-77.

MLYNÁŘOVÁ, A. Těhotenství a příprava na porod v období starověku a středověku. *Gynekolog*. 1999, roč. 8, č. 1, str. 40-43.

MLYNÁŘOVÁ, A.; TOŠNER, J. Historie přítomnosti muže u porodu. *Gynekolog*. 1995, roč. 4, str. 216-218.

MOŽNÝ, I. *Moderní rodina: Mýty a skutečnosti*. Brno: Blok, 1990. ISBN 80-7029-018-8.

MYŠÁKOVÁ, H.; PROCHÁZKOVÁ, M. Předporodní příprava – předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. *Moderní babictví* [online]. 2006, roč. 4, č. 9 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z WWW: < http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/clanek.php?c=6>

ODENT, M. Otcové u porodu - přínos i riziko. *Aperio*. 2004, roč. 3, č. 1, str. 6-7.

ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-69-1.

PAPOUŠEK, H.; PAPOUŠEK, M. Beyond Emotional Bonding: The Role of Preverbal Communication id Mental Growth and Health. *Infant Mental Health Journal*. 1992, vol 13, no. 1, s. 43-53.

PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-321-4.

POLLAK, K. *Medicína dávných civilizací*. Praha: Orbis, 1976.

PONĚŠICKÝ, J. *Fenomén ženství a mužství: psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-374-1.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, A. a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, str. 8-54. ISBN 80-7013-230-2.

ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-339-2.

RŮŽIČKA, R. *Medicína dávných civilizací*. Olomouc: Poznání, 2004. ISBN 80-86606-18-X.

SIMKIN, P. *Vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-308-5.

SINGLY DE, F. *Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-249-1.

SKOČOVSKÝ, K. O těhotenství tatínků. *Psychologie dnes*. 2004, roč. 10, č. 12, str. 22-23.

SOBOTKOVÁ, D.; ŠTEMBERA, Z. Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: I. těhotenství. *Čes. Gynek*. 2003, roč. 68, č. 4, str. 249-254.

SOBOTKOVÁ, D.; ŠTEMBERA, Z. Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: II. porod. *Čes. Gynek*. 2003, roč. 68, č. 5, str. 370-372.

SOBOTKOVÁ, D.; ŠTEMBERA, Z. Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: III. poporodní období. *Čes. Gynek*. 2003, roč. 68, č. 6, str. 385-389.

STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-31-0.

ŠINDELÁŘOVÁ, A. Předporodní příprava. *Moderní babictví* [online]. 2005, roč. 3, č. 7 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z WWW: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/clanek.php?c=8>

ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby: kde mohu přivést své děťátko na svět?* Praha: Argo, 2005. ISBN 80-7203-653-X.

ŠTROMEROVÁ, Z. Porodní plán. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, roč. 15, č. 4, str. 501-510.

ŠULOVÁ, L. Různé přístupy k porodu. *Plánování rodiny & reprodukční zdraví*. 1999, roč. 2, č. 2, str. 48-50.

TREVATHAN, W. *Human Birth: an Evolutionary Perspective*. New York: Aldine de Gruyter, 1987. ISBN 0-202-02029-0.

VAN GENNEP, A. *Přechodové rituály: systematické studium rituálů*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-178-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VELEMÍNSKÝ, M. jr.; VELEMÍNKSÝ, M., sr. Muž, žena a těhotenství. *Prevence*. 2005, roč. 4, č. 4, str. 16-23.

WOLF, J. *Abeceda národů. Výkladový slovník kmenů, národností a národů*. Praha: Horizont, 1984.

Internetové zdroje:

www.aperio.cz

www.iham.cz

www.levret.cz

http://web.ilom.cz/

PŘÍLOHY

A) Selektivní přepis rozhovoru s Daliborem

Vzpomeneš si na chvíli, kdy Ti partnerka oznámila, že čekáte potomka?
(smích) Já musím udělat úvod. (...) My jsme čekali dítě už vloni, ale ( ) měli jsme spontánní potrat. Bylo to vlastně někdy ve třetím měsíci, takže relativně brzo. U toho prvního těhotenství si přesně vzpomínám na situace, kdy jsme počali, přesně si vzpomínám, jak mi žena oznámila, že čekáme dítě, a pak bohužel jsou samozřejmě i ty nepříjemný věci, kdy při kontrole vyšlo najevo, že přestalo tlouct srdíčko a žena musela jít na potrat. Začátkem července jsme měli původní termín porodu a ( ) nějak jsme intuitivně věděli, že do začátku července se nám určitě nepodaří podruhé otěhotnět. To se nakonec prokázalo. To druhý těhotenství bylo zajímavý, protože ( ) nám těhotenský test vyšel negativní, ale my už oba věděli nebo tušili, že je žena těhotná. Opravdu jsme měli nevysvětlitelnej a ničím nepodloženej pocit, že čekáme potomka.

Prožíval jsi něco v tom okamžiku, kdy už bylo zřejmé, že čekáte potomka? Záleží na Tobě, jestli chceš mluvit i o tom prvním těhotenství…
( ) V tom prvním případě to bylo překvapení, protože jsme to neplánovali. (...) Těšil jsem se, ale měl jsem malinko obavy, jestli to zvládneme. U toho druhýho těhotenství bylo samozřejmě víc strachu, protože jsme měli tu předchozí špatnou zkušenost a ( ) báli jsme se. Samozřejmě člověk některý věci ovlivnit nemůže, takže jsme hlavně doufali, že vše bude v pořádku. ( ) Měl jsem obavy, ale zároveň jsem prožíval takový ( ) radostný očekávání, že přijde něco novýho.

Když se teď pozastavím nad průběhem toho těhotenství, změnil se u Tebe nějak ten prvotní pocit?
( ) To první těhotenství skončilo vlastně v prvním trimestru, kdy manželce bylo hodně špatně, měla tenkrát těhotenský nevolnosti. Teď je ( ) ve druhým trimestru, takže už má zase chuť k jídlu, už jí roste bříško, takže ono to má takovej svůj vývoj. Je to samozřejmě psychicky náročný pro nás pro oba. Manželka má teď návaly emocí, který já samozřejmě musím nějak zvládat. Myslím, že máme dobře nastavenou komunikaci, takže jsme schopný si spoustu věcí, kdy ona třeba reaguje iracionálně, vyříkat. Má na to právo, jsou to prostě pocity, takže se snažím jí vždycky poskytnout oporu a říct, že jsme na to dva, že v tom není sama, že má

kolem sebe člověka, na kterýho se může spolehnout. ( ) Manželka má samozřejmě teď takovej ten pocit, že vypadá strašně, že je taková tlustá a že já si určitě najdu nějakou mladou a hubenou (smích). Snažím se jí vysvětlit, že se mi opravdu líbí, jak vypadá fyzicky. Ona vždycky říká, že vypadá jako Venuše, a já na to, že to se mi právě líbí (smích). Snažím se jí takhle podpořit.

Mluvíš tady o tělesných a psychických změnách, kterými prochází v průběhu těhotenství Tvá partnerka. Pozoruješ nějaké změny také na sobě?

No, já jsem těhotnej taky (smích). Já tloustnu, často chodím na záchod, jsem náladovej. ( ) Já mám pocit, že jsme na sebe se ženou tak nějak naladěný, že jsem prostě těhotnej taky.

Účastníš se spolu s partnerkou v průběhu těhotenství lékařských prohlídek?

Pokud mi to práce dovolí, pokud nemám nějakou akci, kterou nemůžu odložit nebo přehodit, tak jdu s ní.

Co takové hodně praktické věci jako nákupy věcí pro miminko?

My jsme zatím nakoupili nějaký dětský body, ale to spíš pro sebe, abysme se měli na co těšit (smích). Jinak je na nákupy věcí pro miminko ještě brzy. Ale manželce jsem koupil jeden speciální dárek k Vánocům. Ona má ráda Bon Jovi, tak jsem jí koupil triko s nápisem *Mám rád Bon Jovi, stejně jako moje máma* (smích).

Ale už pomalu připravujeme dětskej pokojíček. Teď jsme vystěhovali v bytě jednu místnost, chceme jí v lednu vymalovat, dát tam dětskej koberec a nakoupit dětskej nábyteček, aby to bylo připravený.

Myslíš si, že máš v průběhu toho těhotenství nějakou úlohu?

Já to beru tak, že je to naše dítě a že v tom jako jedeme spolu (!). Což zní asi hrozně triviálně. (...) To, že ho má shodou okolností v bříšku moje manželka, neznamená, že bych jí měl říct, ať si jde k tomu doktorovi sama, ať ho porodí. ( ) Beru to prostě tak, že u toho všeho chci být taky (!). Jedeme v tom spolu (!).

Znáte již pohlaví dítěte?

Ano. Takhle, chtěli jsme ho vědět, ale řekli jsme si, že to nebudeme nikomu říkat.

To chápu, nic neprozrazuj. Jméno už vybrané máte…

Ještě ne, ale půjčili jsme si knížku, která se jmenuje tuším *Jak se bude jmenovat Vaše dítě*, kde jsou popsaný jména a jejich významy. Chceme to projít nejdřív každej sám, udělat seznam, a pak je porovnat proti sobě a udělat užší výběr. Pak se rozhodneme.

Znáte už porodnici, ve které budete rodit?

Porodnici si dneska musíš vybrat. V porodnicích, ve kterejch je nával, rovná se v těch kvalitních, je potřeba se registrovat opravdu hodně brzo. Registrovali jsme se do Krče, spíš pro svůj pocit, abysme někde byly registrovaný, ale ( ) máme dobrý reference na neratovickou porodnici, protože tam nechávaj tatínka na pokoji i přes noc. Nicméně manželka se teď setkala s porodní asistentkou, s takovou tou dulou, a ona jí doporučila nemocnici v Příbrami. Na tu Příbram máme dobrý reference a chceme se tam někdy zajet podívat, jestli bude den otevřených dveří, abychom viděli, jak vypadá to prostředí. Porodní asistentka nám říkala, že tam právě umožňujou i alternativní věci, takže například nenutěj epidurál.

Co si myslíš o současném porodnictví?

Pro naše zdravotnictví je člověk jenom součástka, kterou je potřeba opravit. To je jako kdybys přijela s autem do servisu, ten technik nadzvedl kapotu, trochu se v tom hrabal, pak to zaklapl a řekl, že je to dobrý. Ale co s tím dělal, na co si máš dát příště pozor, to se nedovíš. Takže když se pak v našem zdravotnictví pacient na něco ptá, tak si doktoři říkaj: „Co je mu do toho?“ Asi je v nich pořád takový podezření: „Co když nás chce napráskat, že jsme to udělali špatně.“ A druhá věc je, že to těhotenství není nemoc, takže nepatří do nemocnice (!). Přitom všechny porodnice jsou dneska u nemocnic, ale proč? My se s manželkou zajímáme o alternativní metody v porodnictví, a všichni nás od toho odrazujou a strašej různýma komplikacema. Jak to ty ženský dělaly dřív? Můj děda se narodil na poli. Na prababičku to přišlo na poli, domů se vrátila i s dědou, tam ho hodila do košíku a šla vařit večeři.

Systém současného porodnictví se Ti tedy příliš nezamlouvá...

No ano (!). Dřív se rodilo doma, takže žena byla v prostředí, který znala a který pro ní bylo intimní. Udělala si tam podmínky, který chtěla mít, který jí vyhovovaly, a navíc k sobě měla porodní bábu. Chlapa vyšouply někam, aby jim nepřekážel, a ten porod měla prostě takový, jaký chtěla. Teď žena přijde do nějaký továrny na porody, kde do jedněch dveří vleze dva v jednom, a z druhých vylezou už dva (smích). To je prostě fabrika, porodnice jsou opravdu továrny na porody.

Chystáš se jít k porodu, jak jsi k této myšlence dospěl?

( ) Mám potřebu bejt u všeho po celou dobu (!). Pokud mě teda doktoři nevyženou, protože budou muset dělat císařskej řez, nebo pokud mě tam žena nebude v určitej okamžik chtít, tak to budu samozřejmě respektovat. ( ) Ale jinak to beru tak, že mě se ten porod přeci taky týká (!). Budu tam jako podpora, ( ) už jenom aby tam žena měla někoho známýho. Máme taky porodní asistentku, která s námi může u porodu bejt, což je docela dobrý. Dula tam s námi bude z toho titulu, že to je jednak člověk, se kterým stihneme během těhotenství navázat vztah, takže v tom neznámým prostředí nebudeme úplně sami, budeme tam mít podporu, a jednak zná ten proces, ví, co může nastat a může nám poradit. Pro nás je to poprvý, takže nevíme, jestli to, co nám doktor bude doporučovat, je to nejlepší. U toho porodu nebude ani čas se s ním domlouvat nebo hádat. Ta asistentka nám může poradit. Já tam chci bejt z toho titulu, aby tam žena měla někoho známýho, nejen ten neutrální personál.

Probíral jsi svoji účast u porodu s partnerkou?

Nemuseli jsme o tom ani nějak diskutovat. Myslím si, že jsme to oba brali jako hotovou věc (!). Partnerka je ráda, že tam budu s ní.

Přemýšlel jsi o své účasti u porodu už před samým početím potomka?

Nemůžu říct, že bysme o tom s partnerkou někdy mluvili, ale myslím, že je to kvůli tomu, že jsme to oba dva brali jako samozřejmost. Nebyl důvod o tom mluvit, protože jsme oba brali, že to tak bude (!).

V průběhu historie nebylo příliš obvyklé, aby se muži porodu účastnili. Co si o tom myslíš?

(...) Takhle, když ženy rodily doma, podporoval je chlap určitě jinýma věcma, než fyzickou přítomností. Myslím si, že právě kvůli přesunutí porodů do neutrálního a cizího prostředí porodnic je důležitá ta podpora na fyzický úrovni. Dneska je důležitý, aby tam ta žena měla někoho známýho, aby to prostředí nebylo úplně cizí a neznámý. ( ) Takže já si myslím, že dřív, když ta žena byla ve známým prostředí a s těma známejma lidma, tak tam toho muže opravdu fyzicky nepotřebovala. Myslím si, že v naší společnosti je právě potřeba ta fyzická přítomnost jako podpora.

Už jsi hovořil o tom, že nebudeš jediným partnerem u porodu, že tam s Vámi bude i dula. Přemýšleli jste s manželkou o tom, že byste si přizvali ještě někoho jiného, třeba někoho z širšího rodinného okruhu?

To ne (smích). ( ) Nevím, jestli by byla účast někoho dalšího z rodiny přínosná. Spíš si myslím, že by taková účast měla rušivej vliv (!).

Máš představu o tom, jak bude samotný porod probíhat?

Představu o porodu člověk získá z těch předporodních kurzů, který absolvuje, ale ( ) jsem samozřejmě zvědavý, jak to všechno nakonec proběhne. ( ) Představuji si, že to bude vše v klidu a že to bude pro oba hluboký zážitek.

Těšíš se na porod?

Já se těším na to dítě (!). Těším se na to, až ho uvidím. Teď ho třeba cejtím přes bříško, ale těším se, až bude na světě. Takže ( ) těším se i na ten porod (smích).

Probíhají u Tebe i nějaké obavy?

Tak obavy mám samozřejmě, aby všechno proběhlo v pořádku, protože stát se může ledacos. Přeci jenom není to rutinní záležitost jako třeba vytržení zubu. ( ) Může se stát ledacos, takže obavy trošku mám, aby byli oba v pořádku.

Myslíš si, že budeš mít u porodu nějakou úlohu?

Budu tam jako opora (!). Dula by tam měla bejt jako člověk, kterej komunikuje s doktorama, já bych tam měl bejt jako podpora tý manželce.

Znamená pro Tebe účast u porodu něco?

Je to pro mě důkaz, že do všeho jdeme s manželkou spolu (!) Je to taková ta cílová rovinka. Je to takové vyvrcholení, takový to v dobrým i zlým, ( ) nebo ne zlým, ale v tom těžkým. (...) Nejsou to jenom ty příjemné chvíle, co spolu můžeme zažít, ale i tyhle bolesti.

Prožíval bys nějak, kdyby ses porodu zúčastnit nemohl? Například z důvodu pracovní vytíženosti?

Budu se snažit dva, tři, čtyři tejdny kolem porodu odkládat pracovní aktivity tak, abych nikam nemusel.

Přeci jen, kdybys tam být nemohl...

Bylo by to pro mě velké zklamání, chtěl bych tam bejt (!). Ale mohlo by to proběhnout tak, jak mi říkal kolega. Jemu se narodilo druhý dítě hrozně rychle. Manželka jela na kontrolu do porodnice, přišlo to tam na ní, a než stačil přijet, tak dítě bylo venku. Třeba to půjde tak rychle, že to z nějakýho důvodu nestihnu. Udělám ale všechno pro to, abych tam mohl bejt (!).

Myslíš si, že bude mít Tvá účast u porodu nějaký přínos?

Určitě (!). Myslím si, že nejdůležitější je ta podpora, kterou budu dávat svý manželce. (...) A podle mě i to dítě to musí nějak vnímat.

Myslíš si, že bude mít Tvá účast u porodu nějaký negativní dopad?

Nejsem si ničeho vědom.

Představuješ si nějak první okamžiky po porodu?

( ) Já nevím (smích). Představuju si, že to bude za mnou, že to bude všechno v pořádku, a že budeme už tři.

Představuješ si, jaké Tvé dítě bude?

( ) Tak já si nepředstavuju asi nic konkrétního, ale až dítě bude vyrůstat a já se v něm budu poznávat, tak to bude hezký vědět, že něco po mně zdědilo. Teď jsme vlastně byli na 3D ultrazvuku a žena mi tvrdila, že to dítě má pusu po mně. Já jsem to teda neviděl, ale bylo to milý (smích). Prý vypadá jako já, když jsem ráno rozespalej (smích). Tak to bylo takový hezký.

Představuješ si život nově vzniklé rodiny?

Všichni tvrděj, že se nám změní život ( ). Samozřejmě to dítě je nějaký omezení. My jsme dřív měli takový stavy, že nebudeme moct chodit do kina nebo do divadla. Po tom prvním těhotenstvím a po tom spontánním potratu se nám některý věci ujasnily. Teď to bereme tak, že ( ) život dostane nový rozměr. Už jsme měli takovou potřebu ten život někam dál posunout. Člověk teď začne směřovat svojí energii zase někam dál, než jsou jenom nějaký kurzy, kina, zábava. Už jsme měli potřebu stát se rodičema, založit další generaci (!).

Myslíš si, že se na život Vaší nově vzniklé rodiny promítne Tvá účast u porodu?

Myslím, že to může bejt (!). Myslím si, že ty společně prožitý věci, i ty ( ) nechci říkat nepříjemný, ale ( ) i ty bolestivý, dokážou partnery stmelit a hodně to posílí jejich vztah. Okamžik porodu je důležitej pro celou tu rodinu, je to moment, kdy vzniká něco novýho. Teď spolu chodíme, žijeme, bydlíme, ale za chvíli tu bude někdo další, vůči komu nebudeme mít jenom vyživovací povinnosti, ale i povinnost ho vychovat a udělat z něj slušnýho člověka. Z té role partnerské se najednou člověk přesouvá do role rodičovské. Bude tady někdo, kdo vznikl díky mně, kdo je na mně závislej, kdo mě potřebuje, ať už fyzicky nebo emocionálně, citově. ( ) Je to prostě velkej závazek.

Teď jsi mluvil o nové otcovské roli... Kdy si myslíš, že Tvá role otce začíná?

No, já si myslím, že už začala. Když si hladím manželčino bříško, tak už vnímám, že tam někdo je. Zatím ho teda nevidím, jenom teda na ultrazvuku, ale už ho přes to bříško cejtím. Komunikujeme spolu, zatím sice zprostředkovaně, ale už je tam někdo, kdo mě vnímá. Ta otcovská role nezačíná zdaleka tím porodem, ale už právě v průběhu těhotenství.

Co pro Tebe znamená být otcem?

Dát životu další rozměr (!). (...) Zároveň je to pro mě jakoby závazek bejt dobrej táta.

A jaký je podle Tebe dobrý táta?

To se asi nedá přesně popsat. ( ) Chtěl bych dosáhnout toho, aby se k nám to dítě, až bude dospělý, rádo vracelo.

Máš nějaký vzor pro svoji otcovskou roli, nějaký otcovský ideál?

Já myslím, že ideální neexistuje, ani otec ani muž. Asi by se daly nějak naformulovat vlastnosti, který by měl mít, ale nikoho takovýho neznám. Upřímně řečeno, v mém životě ty mužský vzory moc nebyly. Já se budu v tomhle směru snažit dělat to nejlepší, co umím, a budu doufat, že to bude dobře. Samozřejmě, že se bojím toho, že se budu snažit vyvarovat chyb, který udělali mý rodiče, a nadělám tak spoustu vlastních chyb. To je ale asi přirozený. Člověk ale musí v rámci svých možností udělat maximum (!).

Jakých pět charakteristik Tě podle Tebe v současné době nejvíce vystihuje?

Tak určitě jsem manžel, ( ) jsem opora, ( ) jsem těhotný (smích), ( ) jsem v očekávání a (...) jsem táta.

Která z těchto charakteristik Tě podle Tebe vystihuje nejvíc?

(...) Asi ta opora. Teda doufám (smích).

B) Selektivní přepis rozhovoru s Kryštofem

Vzpomenete si na chvíli, kdy Vám partnerka oznámila, že čekáte potomka?
To je celkem jednoduchý, ono to teda vypadá dost ideálně (smích). My jsme spolu už delší dobu žili, manželka zatím studovala, tak jsme ještě miminko neplánovali, ale teď dostudovala, takže jsme si řekli, že tomu necháme volný průběh (smích). Otěhotněli jsme poměrně rychle.

Objevily se u Vás v tu dobu, kdy jste se dozvěděl, že čekáte potomka, nějaké pocity?
No určitě jsme si o tom s manželkou povídali, ( ) o hodně věcích si povídáme. Když jsme se o tom těhotenství bavili, tak jsem hlavně cejtil, že to ještě zdaleka není úplně jistý, protože ty první tři měsíce jsou vždycky kritický. Ty první tři měsíce jsme ani nikomu neříkali, že je manželka těhotná, bylo to takový naše tajemství (smích).

Když přešly ty první tři kritické měsíce, změnily se u Vás emoce spojené s těhotenstvím partnerky?
Tak pořád to bylo v takový obavě, aby všechno bylo v pořádku. Člověk okolo sebe pořád slyší, co nevychází, takže jsem furt žili v takovým napjatým očekávání.

Kromě obav...
Během toho těhotenství jsme začali taky plánovat do budoucna, co bude dál.

Pozorujete u své partnerky v průběhu těhotenství nějaké změny, když samozřejmě pomineme rostoucí bříško?
(smích) No v současný době je nejmarkantnější to břicho, který je opravdu ohromný (smích). Ale co jsem vypozoroval zásadního u svý partnerky, ( ) během těhotenství se u ní objevila ohromná ženskost, ( ) silný mateřský pud. Moje žena byla hodně ( ) ambiciózní, měla hodně plánů - kariéra, budoucnost pro ní byla naprosto jasná, všude měla otevřený dveře. I jsme mluvili o tom, že budu klidně s miminkem doma na mateřský dovolený já. A pak přišlo těhotenství a v jeho průběhu ta moje žena začala zařizovat pokojíček, čte si všechny možný literatury, posílá mě na kurzy (smích). Ta obrovská ženskost, to mateřství se v ní objevilo opravdu ( ) razantně. Když jsme se brali, tak ani neměla pocit, že by chtěla mít děti, spíš až někdy daleko do budoucna. (...) Ona hodně věcí bere vážně a poctivě, stejně jako partnerství, tak teď i to těhotenství. To jsem nečekal.

Šel byste na rodičovskou dovolenou?

Vzhledem k tomu, že manželka je taková sebevědomá (smích). Já nejsem nějak extra cílevědomej člověk, ale naopak takovej ten humanitní a myslím si, že umím komunikovat s dětma. Nedělá mi problém skončit v zaměstnání, ve kterým jsem, a myslím si, že bych si pak třeba našel zaměstnání líp než moje žena. Dokázal bych si představit bejt na mateřský dovolený, nedělalo by mi to žádný problém.

Využije manželka této Vaší nabídky?

Když jsem to manželce zezačátku navrhl, že na mateřskou půjdu já, tak říkala, že by to byla skvělý, ale v průběhu toho těhotenství si to rozmyslela a říká, že by chtěla být určitě s miminkem doma ona. ( ) Bohužel.

Třeba se vystřídáte…

Třeba, jo. Třeba manželka půjde do zaměstnání, až nebude muset kojit a doma s miminkem budu já.

Všiml jste si na sobě v průběhu těhotenství nějakých změn?

(...) Poslední dobou si na sobě všímám toho, že nedokážu mluvit o ničem jiným, než o těhotenství a o tom, že budeme rodit a že čekáme miminko. Až budeme mít miminko doma, tak se svět bude točit jenom okolo něj (smích).

A Vaše úloha během těhotenství?

Úloha v těhotenství? Manželka mě požádala, abych s ní jezdil na různý kontroly, na ty ultrazvuky, a já jsem to rád dělal a dělám. ( ) Ta moje úloha v těhotenství mi přijde podobná jako pak v budoucnu při tom porodu - bejt úplně rovnocennej rodič tomu dítěti, který se sice narodí mojí ženě, z mojí ženy, ale bude naše (!). Ona je sice těhotná, ale to dítě čekáme spolu (!). Snažím se během toho těhotenství zařizovat spoustu věcí, teď jsme třeba koupili auto, aby nemusela jezdit s kočárkem autobusem. ( ) Takže ta moje úloha je taková, že se starám o tu ženu. ( ) A večer zpívám nebo broukám do bříška (smích). Tím, že se zajímám o to těhotenství, tím, že například chodím s manželkou na kurzy, tak si myslím, že tý ženě dělám takovou oporu a prožíváme to všechno spolu naplno.

Zapojujete se do nákupů věcí pro miminko?

Já mám za úkol nakupovat hračky (smích). Mám jich docela málo zatím, ale do budoucna to doženu (smích).

Znáte už pohlaví potomka?

Vypadá to, že to bude holčička. Nakoupili jsme šatičky, bačkůrky a botičky. ( ) Myslím, že to bude princezna (smích).

Máte už pro holčičku vymyšlené jméno?

Máme (smích). Mojí ženě se hrozně líbilo jméno Emma, ještě dřív než chtěla děťátko. Mně se to taky líbí, takže budeme mít Emmu s dvěma „m“ (smích).

Znáte porodnici, ve které budete rodit?

Budeme rodit u Apolináře v Praze na Karlovým náměstí. A ( ) to z několika důvodů. Mimochodem, narodila se tam moje žena, ale to není nijak rozhodující. Hlavně tam máme známýho, přítele mýho tchána, ke kterýmu chodí manželka i do poradny. A máme taky dobrý zvěsti o týhle porodnici. Naše kamarádka tam dělala porodní asistentku a říkala, že je to tam dobrý. A byli jsme tam na dvou kurzech, během kterých nás tam provedli a hezky mluvili o porodu a o těhotenství.

Jak jste dospěl k myšlence se porodu fyzicky zúčastnit?

Přijde mi přirozený u toho porodu bejt. Akorát kdyby třeba manželce vadilo, že tam jsem, tak bych odešel. (...) Přijde mi běžný a automatický, že ten muž svojí ženu podpoří a zažije taky něco pořádnýho. ( ) Bude to určitě silnej emocionální zážitek. (...) V tom neznámým prostředí budeme dva, takže vytvoříme silnější partu. Nedokážu si představit, že u porodu mojí maminky za komunistů nemohl bejt můj otec. Nemohl přijít ani na návštěvu. Ona tam vlastně přijela, odrodili jí a byla tam sama. To muselo být hrozně těžký (!). Myslím si, že k tomu porodu je potřeba nějaká pohoda a klid, což dokáže zajistit ten partner, pokud teda není nějakej hysterickej a afektovanej (smích).

Říkal jste, že spoustu věcí probíráte s manželkou společně. Rozebírali jste také Vaši účast u porodu?

( ) Manželka se mě ptala, jestli chci být u porodu, nebylo to tak, že bych za ní přišel a řekl jí, že chci bejt u jejího nebo teda spíš u našeho porodu. Ale to proto, že jsem s tím počítal od začátku. Když se mě manželka zeptala, jestli chci bejt u porodu, tak jsem řekl, že určitě jo (!).

Napadlo Vás, že půjdete k porodu, ještě před samotným početím potomka?

Jo, mně to přijde normální se porodu zúčastnit. Je to něco, co jsme spolu se ženou začali, čím procházíme spolu v tom těhotenství, a i potom se o miminko budeme starat spolu, tak proč bysme u toho porodu neměli být taky oba. Pokud jí to teda vyloženě nebude vadit, že tam budu. To, že k porodu půjdu, jsem měl jasný, už když jsme zjistili, že jsme těhotný, že čekáme miminko.

Budete jediným partnerem rodičky u porodu, nebo se ho bude účastnit ještě někdo z Vašeho okolí, příp. jste si pozvali profesionální porodní asistentku - tzv. dulu?

Budu jediným partnerem u porodu. Bavili jsme se o dule, ale nakonec jsme tuhle možnost zavrhli. ( ) Moje žena by vyloženě nerada, kdyby u porodu byli další příbuzní. Teoreticky by tam mohla být třeba ještě sestra, ale maminka, to ne. Spíš ten porod bereme jako takový společný intimní a soukromý prožitek. Stejně jako jsme o těhotenství neřekli nikomu dalšímu tři měsíce, bylo to naše tajemství, tak ten porod bude ( ) náš zážitek, kterej chceme prožít v co možná největším soukromí.

Tu dulu jste nakonec zavrhli z jakého důvodu?

Nebyl čas to řešit. A tím, že jsme se v porodu tak hrozně vzdělali (smích), tak nám to nepřišlo nijak potřebný. Já myslím, že ta dula je vhodná pro člověka, kterej vůbec netuší, co porod obnáší, a nebo nemá partnera, kterej by byl schopnej být pro tu budoucí matku oporou.

Vy jste tedy nastávající otec a dula v jedné osobě…

(smích) Já jsem taková dula (smích). V každém případě, při porodu doma by byl určitě takovej člověk potřebnej, aby nahradil zdravotníka. Ale my nepotřebujeme bejt tři na ty doktory (smích).

Máte představy o tom, jak bude samotný porod probíhat?

Já jsem plnej očekávání a samozřejmě si to nějakým způsobem představuju. Mám představu, že to bude všechno v pohodě. Teď si dokážu představit ten prostor, tu konkrétní místnost. ( ) Představuju si intimitu a soukromí toho prožitku. ( ) Představuju si taky, že to bude nějak šikovně v sobotu k večeru nebo v pátek večer (smích), žádnej stres.

Když mluvíme o představách týkajících se porodu, máte sepsaný porodní plán?

Máme, pan Jára mi poslal svůj plán, co měl, ( ) tak jsme ho s manželkou přepsali podle toho, co nám přišlo podstatný a nakonec v něm máme čtyři nebo pět věcí, který nám přijdou důležitý.

Mohu se zeptat, co jste si tedy do svého plánu zahrnuli?

Jednak aby partner, neboli já (smích) mohl bejt u všech vyšetření a věděl, co se děje. Potom tam žena uváděla, že by nechtěla, aby u porodu byli nějací medici, protože chceme co největší soukromí. Další věc byla, aby jí nebyly podávaný tišící léky, pokud to ona sama nebude chtít, a abychom měli tzv. zlatou hodinku po porodu, abychom tam mohli bejt jenom my tři.

Dalo by se říci, že jste tedy pro přirozenější průběh porodu?

No, nejsme žádní indiáni, ani žádní extrémní alternativci (smích), ale přijde nám hezký, když ten porod probíhá přirozeně, když tam mohou být lidi sami v soukromí, když to není jak na běžícím pásu podle všech těch někdy zbytečných zvyků porodnic. Bylo by hezký, kdyby ten porod fungoval sám nebo tak nějak přirozeně.

Těšíte se na porod?

Mě dost ovlivňuje to, co prožívá partnerka, protože přece jenom je to její tělo a její pocity. Ona se na porod těší, a mě to těší, takže se v podstatě taky těším (smích). To mi dodává pocit, že to zvládnu. ( ) A těším se na porod, protože přeci jenom jsme teď v takovém očekávání, takže ( ) to bude velkej zlom.

Máte z porodu obavy?

( ) Člověk může mít obavy, ale ty jsou podle mně zbytečný. Zatím nemáme žádné problémy, takže ( ) obavy vyloženě nemám. Spíš možná o sebe, jestli to zvládnu (smích).

Jak vidíte svoji úlohu u porodu?

Mám potřebu u toho bejt. Jednak z toho důvodu, že žena potřebuje podporu (!). Určitě jí pomůže, když tam budu, bude víc v klidu. ( ) A na druhou stranu si to taky chci jednoduše užít, chci u porodu bejt, protože tak zažiju něco, co se zažívá v současnosti jednou, dvakrát za život. Je to nějakej adrenalin. ( ) Je to něco výjimečnýho (!). Je to pro mě nová zkušenost, takový životní zážitek. ( ) Já myslím, že ta moje účast bude mít taky vliv na vztah, který máme se ženou, a i na vztah k tomu miminku, který já uvidím, jak se rodí. Kdybych byl doma a žena by mi zavolala, že porodila, abych se přijel podívat na miminko, tak to je prostě divný. (...) Ta účast u porodu pro mě znamená takový poznání života, nebo porodu novýho člověka.

Dokážete si představit, že by Vám nějaké vnější okolnosti, jako je třeba odcestování na služební cestu, Vaši účast u porodu překazily?

Já jsem byl asi před týdnem docela nechlazenej a obával jsem se právě, že se nebudu moct kvůli nemoci porodu účastnit. A ohledně té práce, snažím se v blízkosti termínu porodu bejt nablízku a furt mít mobil a plnou nádrž a bejt připravenej dojet kamkoli, kdykoli (smích). Neplánuju nic, co by mě mohlo někde zdržet, dávám tomu hodně priorit, takže doufám, že se k porodu dostanu a že dokonce budu ten, kdo manželku do porodnice poveze.

Bude mít Vaše účast u porodu nějaký přínos?

Bude to neobvyklý, zvláštní, společný prožitek. Určitě si líp vytvořím vztah k miminku díky tomu, že uvidím, jak se ten tvoreček rodí. Navíc budu mít pocit, že můžu něco udělat pro to, aby ( ) všechno proběhlo v pořádku. Budu nějak nápomocnej.

A nevýhody?

Nevidím v tom žádnou nevýhodu, už jenom z tý podstaty, že si přeju u porodu bejt.

Představujete si první okamžiky po porodu?

Představuju si je stejně jako samotný porod. Představuju si intimitu toho prožitku a soukromí těch prvních chvil. (...) Chtěli bysme, aby bylo miminko hned po porodu přiložený manželce a abysme mohli být na tom sále chvíli po porodu jenom my tři. Pokud to půjde, chceme, aby miminko prožilo co nejmenší šok z toho přijití na svět.

Představujete si, jaké Vaše dítě bude?

Představuju si, že to bude krásný, a určitě to bude krásný (smích) miminko, ( ) šikovná a chytrá holčička.

Co byste například chtěl, aby Vaše dítě zdědilo po Vás?

(...) Já třeba myslím na takový ty nesplněný sny, co mám. ( ) Představuju si, že by po mně mohla mít hudební nadání, který nějak rozvine. Když ne, tak ne, ale představuju si, že by mohla být šikovná a že bych jí rád dal možnost, aby se v hudbě vzdělala. Já hraju zájmově na basovou kytaru, ale nikdy jsem neměl ten dril, abych chodil do hudebky, a taky cílevědomost. Doufám, že ona to v tomhle směru dotáhne dál. Třeba bude úplně hluchá (smích), ale ať bude dělat cokoliv, tak určitě předčí všechny moje očekávání (!). A po ženě bude určitě velmi inteligentní a cílevědomá, ( ) a hezká (smích). A bude vědět, co chce (smích).

Vybavuje se Vám život nově vzniklé rodiny?

Rodinnej život se stane opravdu rodinným životem. Hodně věcí půjde stranou, což si teď sice nedovedu představit, ale vím, že to tak je. Budu asi doma pracovat víc, než pracuju (smích), abych byl ženě opravdu tou velkou oporou pro život. Budu se snažit bejt co nejvíc doma s naším miminkem a se ženou, aby to nebyla jenom ona, kdo se o miminko stará, ale abysme se starali společně. V těch prvních tejdnech bych si třeba mohl vzít i dovolenou. Chtěl bych jí napomoct k tomu, aby získala jistotu, že to všechno zvládne a že to s ní nesu (!).

Myslíte si, že se na tomto životě nově vzniklé rodiny promítne Vaše účast u porodu?

Já si myslím, že to s tím souvisí. Myslím si, že když člověk ukáže už v průběhu toho těhotenství a porodu, že má zájem, tak se to pak v té rodině promítne.

Co samotná péče o miminko?

Tak já mám spoustu mladších sourozenců, takže v tomhle směru obavy nemám. Dokážu nakrmit, přebalit, i když to pro mě asi nebude úplně top zábava (smích).

Kdy a čím podle Vás začíná otcovská role?

Mně subjektivně přijde, že otcem jsem až po porodu. Myslím si, že otcem jsem, když mám dítě. Moje žena mi třeba už teď z legrace říká taťko, ale já se budu opravdu jako otec cítit, až se miminko narodí. (...) Ale moje žena to asi vnímá trochu jinak. Bere to tak, že už jsme rodiče, zplodili jsme potomka, který se vyvíjí a měl by přijít brzo na svět.

Co to pro Vás znamená, že se stanete otcem?

(...) Já si vůbec nedokážu představit, co to je otcovství, ale určitě mi nastane velká, nová role. Spoustu věcí pochopím z jinýho úhlu, nastavím si jiný priority. (...) Mám ale obavy, abych vychovával to své dítě k lásce a byl pro něj zároveň ta správná otcovská autorita v dobrým slova smyslu. Přece jenom jsem takovej vtipálek, tak aby mě ta moje dcera nebrala jenom jako sranda taťku.

Máte v tomto směru nějaký vzor, nějaký otcovský ideál, kterého byste chtěl docílit?

Ideální otec neexistuje, ale ( ) samozřejmě budu poměřovat to, co chci a nechci dělat na svým otci. Takový měřítko otcovství mám samozřejmě ze svého otce, některý věci chci dělat stejně jako on, ale některý chci dělat jinak a budu si muset hledat vlastní cestu. Ne že bych chtěl otce nějak soudit, ale chtěl bych být na rozdíl od něj otec, který se svýma dětma víc mluví a vede je k sebevědomí a vlastnímu názoru, ( ) k debatě, ( ) k diskuzi. Chtěl bych vytvářet takový prostředí, který ( ) je otevřený k diskusi a k nějakýmu růstu osobnosti (!).

Kdybyste měl uvést 5 charakteristik, které Vás v současné době nejvíce vystihují, které by to byly?

To je asi nejtěžší otázka, taková hodně na tělo. (...) A to jsem se sebou 27 let (smích). Co mě charakterizuje? (...) To je těžký, (...) ale já to vymyslím, nebo ( ) uvědomím si to. (...) Není to jednoduchý. (...) Tak myslím si, že jsem technickej typ, technik. ( ) Myslím, že jsem nekonfliktní, snažím se věci řešit nekonfliktně. ( ) Zároveň jsem ale vznětlivej a cholerickej, takže když mě něco rozruší, dokážu vystřelit. ( ) Myslím, že jsem docela zábavný (smích) a ( ) myslím, že jsem tolerantní, aspoň občas (smích).

Kterého z těchto přívlastků byste se nikdy nevzdal a vystihuje Vás tak podle Vás nejvíce?

Já nevím, ty vlastnosti jsou dost provázaný a hodně spolu souvisí. Ta nekonfliktnost s tolerancí a zábavností mě dohromady vystihují nejlíp. ( ) Je to provázaný.