

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií



Bakalářská práce

**Reflexe vyjednávání o domácím porodu:**

**Aktéři, diskurzy, kontexty**

Natálie Richterová

Vedoucí práce: Mgr. Hedvika Novotná

Praha 2014

## **Prohlášení**

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

V Praze dne 12. 5. 2014

---

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Hedvice Novotné za cenné rady a připomínky při vedení této bakalářské práce a za věnovaný čas. Dále bych ráda poděkovala všem svým informantkám za to, že byly ochotny zúčastnit se mého výzkumu a že se se mnou podělily o své zkušenosti. V neposlední řadě bych pak ráda poděkovala své rodině za její trpělivost a podporu při studiu.

# Obsah

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>3</b>
2.1	Dva modely vedení porodu .....	3
2.2	Přirozený porod .....	5
2.2.1	Přirozený porod v kontextu českých zemí .....	5
2.2.2	Zásady přirozeného porodu .....	6
2.2.3	Dostupnost přirozeného porodu v ČR .....	7
2.3	Domácí porod .....	10
2.3.1	Motivace žen pro zvolení domácího porodu .....	10
2.3.2	Statistika plánovaných domácích porodů v ČR .....	11
2.3.3	Postoj lékařů .....	13
2.3.4	Postoj porodních asistentek .....	16
2.3.5	Postoj české veřejnosti .....	19
2.3.6	Domácí porody v českých médiích .....	20
2.3.7	Informace o domácích porodech v ČR .....	24
<b>3</b>	<b>METODOLOGICKÁ ČÁST</b> .....	<b>28</b>
3.1	Výzkumný problém a výzkumné otázky .....	28
3.2	Výzkumná strategie a technika sběru dat .....	28
3.2.1	Průběh rozhovoru .....	29
3.3	Výzkumný vzorek .....	30
3.3.1	Popis výzkumného vzorku .....	31
3.4	Analýza dat .....	32
3.5	Hodnocení kvality výzkumu .....	32
3.6	Etika výzkumu .....	33
<b>4</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
4.1	Důvody žen pro zvolení domácího porodu .....	35
4.2	Vyjednávání ve vztahu s lékaři .....	37
4.2.1	Lékaři v porodnici .....	38
4.2.2	Gynekolog .....	39
4.2.3	Pediatr .....	44
4.3	Vyjednávání s porodní asistentkou .....	46
4.4	Vyjednávání rozhodnutí pro domácí porod ve vztahu s okolím .....	53
4.4.1	Partner .....	53
4.4.2	Širší rodina .....	56
4.4.3	Přátelé .....	61
4.5	Reflexe tématu domácích porodů v českých médiích .....	62
4.6	Reflexe dostupnosti informací o domácím porodu v rámci ČR .....	67

4.6.1	Dva různé přístupy k informacím .....	67
4.6.2	Reflexe dostupnosti informací o domácím porodu v ČR .....	69
4.6.3	Zdroje informací .....	69
<b>5</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>73</b>
<b>6</b>	<b>PRAMENY A LITERATURA</b> .....	<b>79</b>

# 1 ÚVOD

Změna společenské situace po roce 1989 s sebou v následujících letech přináší změny i v oblasti porodnictví. Děje se tak v rámci celkové transformace dosavadního socialistického systému zdravotnictví, ale rovněž pod vlivem kritiky vědecké medicíny a nadměrné medikalizace lidského života. Otevírá se tak diskuze o budoucím směřování českého porodnictví, do které se kromě odborníků postupně zapojují i laici. Předmětem diskuze je modernizace a humanizace dosavadní porodnické péče. Dochází k přehodnocení některých doposud používaných postupů a pod vlivem zahraničních informací se u nás začínají objevovat alternativní podoby péče. Požadavky a představy žen o podobě porodní péče se značně diferencují, což odráží vnitřní proměnu naší společnosti a diverzifikaci životních stylů. V druhé polovině 90. let v rámci procesu obnovování občanské společnosti začínají vznikat občanská hnutí soustřeďující se na otázky porodu. Zakládají je matky nespokojené s podobou porodní péče a porodní asistentky. Vymezují se proti současnému způsobu vedení porodu a označují jej za příliš invazivní. Požadují, aby ženám, které si to přejí, bylo umožněno prožít porod bez medikalizace a s minimálním počtem zásahů ze strany zdravotnického personálu. Patrně pomalé prosazování těchto změn vede k tomu, že už koncem 90. let se začínají objevovat ženy, jež mají zkušenost s domácím porodem a hovoří o něm jako o plánovaném rozhodnutí. Narušuje se tak představa většiny společnosti, že k porodům mimo zdravotnické zařízení dochází výhradně v důsledku překotnosti porodu, kdy rodička nestihne převoz do porodnice. V následujících letech pak počet případů plánovaných domácích porodů narůstá a téma se stává předmětem diskuze mezi odborníky i laiky a rovněž předmětem soudních sporů. Zároveň tato diskuze kopíruje napětí, které panuje mezi vědeckou a nekonvenční medicínou.

V rámci své práce se věnuji tématu domácího porodu, přičemž prostřednictvím kvalitativního výzkumu sleduji jak ženy, jež se pro domácí porod rozhodnou, vyjednávají toto rozhodnutí ve vztahu se svým okolím. Zaměřuji se na to, v jakých rovinách toto vyjednávání probíhá a co je v těchto rovinách předmětem diskuze. Všímám si rovněž toho, v čem se jednotlivé roviny vyjednávání odlišují a co je toho příčinou. Na počátku mého výzkumu však stojí snaha porozumět důvodům, které ženy vedou k tomu, že možnost domácího porodu vůbec začnou zvažovat. Zabývám se tím, jak se ženy s možností porodu doma seznámily a odkud následně čerpaly potřebné informace. Dále pak sleduji způsob, jakým ženy reflektují mediální prezentaci tématu domácích porodů v rámci českých médií. Způsob mediální prezentace tématu totiž mohl ovlivnit charakter vyjednávání zejména ve vztahu s tou částí okolí, která se o danou problematiku jinak nezajímá.

V rámci teoretické části práce, vycházím z prací, jež se zabývají současným stavem českého porodnictví (Hašková, 2001a, 2001b; Hrešanová, 2008, 2011; Hrešanová,

Hasmanová Marháková, 2008) či sociologií zdravotnictví (Bártlová, 2005; Kapr, Koukola, 1998). Pro porozumění důvodům, které vedou ženy k zvolení domácího porodu, jsem vycházela v obecnější rovině z výzkumů spokojenosti rodiček se současnou podobou porodnické péče u nás (Hašková, 2001b; Takács, Seidlerová, 2012), dále pak z několika výzkumů, které se zabývaly přímo motivací žen pro domácí porod (Mrowetz, 2012; Štomerová, 2005, Zemánková, 2010). Důležitým zdrojem informací mi pak byla jednotlivá občanská sdružení, která v rámci České republiky usilují o změnu porodnictví v souladu se zásadami přirozeného porodu (Hnutí za aktivní mateřství, Aperio – společnost pro zdravé rodičovství, iniciativa Normální porod) a které se ve své činnosti věnují i problematice domácích porodů.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Dva modely vedení porodu

Ačkoliv je porod fyziologickým procesem, je zároveň spjat s různými společenskými očekáváními a představami. Tyto představy a očekávání se liší nejen kulturně, ale proměňují se i v průběhu času. V naší západní kultuře je v současnosti možné rozlišit dva přístupy k porodu: model lékařsky vedeného porodu a model péče usilující o přirozený porod. Navzájem se od sebe liší tím, jak na porod pohlíží, i tím, že odlišně konstruuji rizika s porodem spjatá.

Model lékařsky vedeného porodu považuje porod za vysoce labilní proces, jenž v sobě skrývá řadu rizik, jak pro matku, tak pro dítě. Preventivními zákroky a medikalizací se snaží riziko možných komplikací co nejvíce snížit. Aktivní role v rámci vedení porodu přísluší v tomto modelu lékaři, který rozhoduje o provedení jednotlivých zákroků.

Model přirozeného porodu naproti tomu nahlíží na porod jako na přirozený fyziologický proces, do něhož není vhodné zasahovat, pokud pro to nevznikne indikace. Zastánci koncepce přirozeného porodu se tak vymezují zejména proti rutinně a preventivně prováděným lékařským zákrokům. Zatímco model lékařského porodu konstruuje rizikovost porodního procesu vzhledem k jeho nevyzpytatelnosti, model přirozeného porodu považuje za základní zdroj rizik lékařské intervence. V tomto smyslu se hovoří o riziku iatrogenie, tedy o negativním dopadu zákroků prováděných lékařem na zdraví nemocného (Bártlová, 2005). V modelu přirozeného porodu přísluší aktivní role ženě, která je schopna porod zvládnout sama, pokud jsou jí pro to vytvořeny odpovídající podmínky. Pro zastánce přirozených porodů je charakteristické zohledňování vlivu psychologických a sociálních faktorů na průběh porodu (Hašková, 2001b). V modelu přirozeného porodu je důraz kladen na klidné a příjemné prostředí a pocit bezpečí rodičky, které jsou podle této koncepce pro spontánní porodní činnost nezbytné (Labusová, Frydrychová, 2002). Psychologizace porodu poukázala na význam péče o emocionální a psychickou pohodu ženy v průběhu porodu. Pod jejím vlivem došlo už v minulosti k prosazení některých změn v rámci porodnictví (možnost přítomnosti partnera u porodu, neoddělování matky a dítěte po porodu).

Podle Haškové (2001b) je třeba si uvědomit, že oba modely porodu vznikly v určitém dobovém kontextu a podle toho je tak třeba i chápat způsob, jakým porod konstruuji. Zrodu modelu lékařsky vedeného porodu předcházela dlouhá staletí, kdy péče o rodící ženu byla záležitostí pouze porodních bab a porodnictví se nijak nevyvíjelo. Neschopnost řešit většinu porodních komplikací měla za následek vysokou



mateřskou i dětskou úmrtnost. Postupem času však začali porodní báby u porodů nahrazovat lékaři a započal přesun rodiček do porodnic. Způsob vedení porodu se výrazně proměnil. V porodnicích se prosazoval výhradně lékařsky vedený porod, jenž byl charakteristický snahou o urychlení porodu, medikalizací a invazivními technikami. Plošné prosazení medikalizace porodu vzešlo z dobového nadšení z úspěchů vědecké medicíny a přírodních věd.

Koncepce přirozeného porodu se začíná vytvářet v západních zemích v průběhu 60. let minulého století. Děje se tak v širším kontextu kritiky vědecké medicíny a medikalizace lidského života. Zavedení preventivních těhotenských prohlídek a genetických a ultrazvukových vyšetření umožnilo formulovat koncepci rizikového a nízkorizikového těhotenství a porodu (Hašková, 2001a). Výskyt porodních komplikací tak bylo možné do určité míry předvídat. Mohl tak být formulován požadavek na zamezení plošného používání lékařských intervencí i u nízkorizikových rodiček se spontánním porodem. Koncepce přirozeného porodu se vymezila proti modelu aktivně lékařsky vedeného porodu. Kritizovala jeho přílišnou invazivnost, provádění preventivních zákroků i u spontánních porodů a způsob vedení porodu, jenž spíše připomínal gynekologickou operaci (Kapr, Koukola, 1998). Za průkopníka myšlenky přirozeného porodu je považován francouzský porodník Michel Odent. Odent myšlenku přirozeného porodu zpopularizoval počátkem 80. let, kdy vydal svou knihu *Znovuzrozený porod*. Prosazoval, aby aktivní role v průběhu porodu byla navrácena ženě a aby do porodního procesu bylo pokud možno zasahováno co nejméně (Odent, 2000).

## 2.2 Přirozený porod

### 2.2.1 Přirozený porod v kontextu českých zemí

Zde je nutné dodat, že výše popsaný vývoj, který v západních zemích probíhal od 60. let 20. století, se v rámci České republiky dostavuje se zpožděním zhruba dvaceti let. První snahy o humanizaci porodnictví se u nás objevují v 80. letech. V některých porodnicích přestalo oddělování matek a dětí po porodu a porodnice se více otevřely světu (možnost návštěv, první případy přítomnosti otce u porodu). Zavádění těchto změn u nás iniciovali sami lékaři. To je rozdíl oproti západním zemím, kde se tyto změny prosazovaly spíše na základě požadavků klientů a tlaku konzumeristických hnutí (Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008). Výraznější změny v oblasti porodnictví přicházejí až po roce 1989. Souvisejí s transformací zdravotnické péče a zrodem tržního prostředí, postupnou obnovou občanské společnosti, kdy se do diskuze o porodnictví zapojují i laici usilující o humanizaci porodní péče a rozšiřování nabídky služeb v oblasti porodnictví.

Po roce 1989 začíná proces transformace systému zdravotnické péče. Socialistický model zdravotnické péče vyznačující se absencí tržního prostředí a silně paternalistickým přístupem zdravotníků k pacientům postupně mizí (Bártlová, 2005). Ve zdravotní péči se začíná vytvářet tržní prostředí. Spolu se změnou správy a financování nemocnic se začíná prosazovat princip konzumerismu, v rámci něž začíná být pacient chápán jako aktivní klient, volící si mezi nabízenými službami (Hrešanová, 2008). V zájmu nemocnic je tak nabídnout mu co nejširší nabídku služeb. Tyto změny se týkají pochopitelně i porodnictví, kde navíc podle Hrešanové a Hasmanové Marhánkové (2008) jsou předpoklady pro rozvinutí komercionalismu porodnic a konzumerismu ze strany rodiček větší než v jiných oblastech zdravotní péče. Služby poskytované v souvislosti s porodem mají totiž odlišný charakter od péče poskytované v jiných nemocničních odděleních. Model lékařského porodu je sice nadále prosazován jako jediný možný přístup k porodu, ale rozšiřuje se nabídka služeb nabízených v rámci něj, z nichž některé vycházejí z postupů přirozeného porodu (Hašková, 2001b). Rozšiřování nabídky služeb je důsledkem rostoucího konkurenčního tlaku mezi porodnicemi. Nízká porodnost v 90. letech spolu se zrušením spádovosti nemocnic vedla k rozvinutí tržního prostředí v porodnictví, v němž klienti představují významný zdroj příjmů dané instituce (Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008).

### Zrod dvou diskurzů porodnické péče

Vlivem těchto změn se v České republice v oblasti porodnictví postupně zformovaly dva názorové diskurzy: diskurz dominantní a diskurz alternativní (Czabanová, 2011). Představiteli dominantního diskurzu jsou lékaři a odborné lékařské

společnosti (Česká gynekologická a porodnická společnost, Výbor sekce perinatální medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně). Představitelé dominantního diskurzu sice uznávají nutnost změn v oblasti porodnictví, avšak zdůrazňují, že tyto změny se nesmějí dít na úkor dosavadních vynikajících výsledků české perinatální péče. Pro představitele dominantního diskurzu je přednostní zdraví rodičky a plodu a je tedy podle nich nutné, aby péče byla i nadále poskytována jen v plně vybavených zdravotnických zařízeních (porodnicích) schopných řešit případné komplikace, jež mohou v průběhu porodu i po porodu nastat. Představitelé dominantního diskurzu vystupují obvykle jako obhájcí postupů používaných v rámci aktivně lékařsky vedeného porodu. V otázce domácích porodů vystupují jako jejich odpůrci. Plánované porody doma jsou podle nich postupem „non lege artis“ a představují nepřiměřené riziko pro matku i dítě.

Představiteli alternativního diskurzu jsou nespokojené matky a porodní asistentky. Alternativní diskurz je reprezentován především iniciativou Normální porod<sup>1</sup>. Iniciativa Normální porod se snaží „*změnit situaci v českém porodnictví směrem k většímu respektu k rodičce ženě a jejímu dítěti, podporuje porod jako přirozený proces a usiluje o narovnání postavení porodních asistentek v systému péče o ženu a dítě.*“<sup>2</sup> Cílem alternativního diskurzu je především hájit právo žen na svobodnou volbu péče poskytované v průběhu porodu i právo volby místa porodu. Alternativní diskurz, jenž je zastoupen především ženami, tvoří alternativní proud k převládajícímu pojetí porodu, jež je reprezentováno především lékaři a odbornou veřejností.

### 2.2.2 Zásady přirozeného porodu

Zastánci koncepce přirozeného porodu kritizují model lékařsky vedeného porodu z hlediska rutinizace prováděných zákroků, úsilí o standardizaci a nedostatečného zapojování rodičky do rozhodování o průběhu porodu. Neodmítají poznatky moderní medicíny, dosažené technologie ani péči akutní vědecké medicíny řešící patologické případy. Odmítají však, aby tyto postupy byly užívány plošně a preventivně i v případech nízkorizikových rodiček. Podle Haškové (2001a) souvisí rutinizace postupů nejen se snahou zdravotníků eliminovat rizika, ale také se snahou snížit nejistotu jejich rozhodování. Podle Haškové se inovativní a nestandardní postupy neseťkávají s výraznou odměnou a v případě komplikací jsou důsledky jejich aplikace hodnoceny přísněji, než kdyby byly použity postupy lékařského modelu. Standardizace postupů tak může být snahou zdravotníků bránit se případnému obvinění z neposkytnutí obvyklé péče. Zastánci přirozených porodů usilují o to, aby bylo respektováno přání žen porodit bez těchto zásahů, pokud je jejich porod spontánní a nenastaly v jeho průběhu

---

<sup>1</sup> Iniciativu Normální porod založily v roce 2006 zástupkyně organizací Aperio -- Společnost pro zdravé rodičovství, Česká asociace du, Hnutí za aktivní mateřství, Unie porodních asistentek a Porodní asistence.

<sup>2</sup> *Cíl iniciativy Normální porod.* [online]. [cit. 1. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.normalniporod.cz/kontakt/>>.

žádné komplikace. Nadměrné užívání některých lékařských postupů, může podle nich samo vést ke vzniku porodních komplikací (iatrogenní riziko), které může skončit až nutností operativního ukončení porodu (císařský řez).

Zastánci koncepce přirozeného porodu vycházejí při odmítání zákroků u normálně probíhajícího porodu z doporučení Světové zdravotnické organizace (1999). Světová zdravotnická organizace definuje normální porod jako „*spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.*“ (WHO, 1999, s. 6). V rámci sestavení přehledu těchto postupů jsem čerpala nejen z doporučení Světové zdravotnické organizace pro vedení normálního porodu ale i z informačních materiálů Hnutí za aktivní mateřství (HAM) Cesty ke spokojenému porodu (2013). HAM je jednou z organizací, která v rámci ČR usiluje o podporu přirozeného porodu.

Zákroky a postupy, které zastánci přirozeného porodu odmítají, jsem rozdělila na postupy předcházející porodu, postupy v průběhu samotného porodu a postupy používané v době po porodu. Mezi postupy předcházející porodu se řadí: rutinní provádění klystýru a holení, preventivní zavedení kanyly a umělé vyvolání porodu. Z postupů prováděných v průběhu porodu odmítají zastánci přirozených porodů: nemožnost volby porodní polohy rodičkou, rutinní provádění episiotomie (nástřih hráze), rutinní aplikaci oxytocinu pro urychlení porodu, rutinní amniotomii (dirupce vaku blan), řízené tlačení, omezování jídla a pití (WHO, 1999; Sovová, Suchánková 2013). Z postupů prováděných po skončení porodu je odmítán zejména přerušovaný kontakt matky a dítěte. Zastánci přirozeného porodu kladou značný důraz na podporu bondingu, tedy procesu, v němž se vytváří hluboké emoční vazby mezi matkou a dítětem (Sovová, Suchánková, 2013). Požadují, aby matka a dítě od sebe nebyly po porodu oddělovány. To vyžaduje, aby poporodní vyšetření dítěte probíhala na těle matky.

Zde jsem tedy předestřela, proti kterým postupům se zastánci přirozeného porodu vymezují. Požadavky žen, které se rozhodnou pro porod doma, se řídí právě zásadami přirozeného porodu. V následující kapitole se tak pokusím ukázat, jak je přirozený porod dostupný v rámci systému českého porodnictví a dále pak přejdu už k samotnému tématu domácího porodu.

### **2.2.3 Dostupnost přirozeného porodu v ČR**

Podle zjištění Haškové (2001b) je zcela přirozený porod v České republice dostupný stále jen výjimečně. Neznamená to však, že by v českém porodnictví nedocházelo k nějakému vývoji. Postupně se prosazují v porodnictví některé postupy, které jsou zastánci přirozených porodů stavěny do opozice k aktivně lékařsky vedeným porodům. V minulosti se podařilo prosadit přítomnost otce u porodu či možnost

rooming-in<sup>3</sup>. V současnosti ženy usilují především o možnost výběru porodní polohy rodičkou. Podle zjištění Haškové jsou porodnice vybaveny pomůckami pro přirozený porod (např. vana, porodní stolička a porodní míč). Rodičky však nejsou o možnosti využití těchto alternativ k aktivně lékařsky vedenému porodu dostatečně informovány. Otázkou je i reálný zájem rodiček o samotný přirozený porod. Výsledky studie Haškové ukázaly, že ženy i nadále upřednostňují spíše aktivně lékařsky vedený porod. Zároveň se však ukázalo, že celá čtvrtina žen (s dítětem do 1,5 roku) by si přála, aby do jejich porodu zasahoval zdravotnický personál co nejméně. Jen třetině těchto žen se však podařilo si porod podle svých představ prosadit, přičemž jejich počet byl omezen jen na ty, jejichž porod probíhal spontánně (Hašková, 2001b). Je tedy patrné, že část populace českých žen se neztotožňuje s aktivně lékařsky vedeným porodem a ráda by prožila svůj porod bez nadbytečných lékařských zásahů a mohla se podílet na rozhodování v jeho průběhu.

Výzkum, z něhož vychází Hašková (2001b), byl realizován v roce 2000. Je otázkou jakými změnami české porodnictví v uplynulých letech prošlo a zda tyto změny usnadnily i dostupnost přirozeného porodu v českých porodnicích. Výzkum Takács a Seidlerové (2012) z roku 2012 ukazuje, že ze strany rodiček v současnosti panuje nejvyšší spokojenost zejména s fyzickým pohodlím porodnic a poskytovanými službami. To souvisí s modernizací porodnic a zlepšováním jejich materiálního vybavení. Naopak nejméně jsou ženy spokojeny s participací rodičky na rozhodování o průběhu porodu. Jen 35 % žen bylo umožněno odmítnout některé z rutinně prováděných zákroků a vyšetření a jen necelá čtvrtina žen si mohla sama zvolit porodní polohu. Ženy rovněž nebyly spokojeny s nadřazeným přístupem a nedostatkem zájmu ze strany personálu. Zdá se tak, že změny v českém porodnictví sice probíhají, ale soustředí se patrně zejména na modernizaci porodnic (zlepšování technického a materiálního vybavení), oslabení paternalistického přístupu zdravotnického personálu a zapojení rodičky do spolurozhodování o průběhu porodu se však prosazuje jen pozvolna. Zároveň se však dá usuzovat, že uplynulé roky přinesly změny v souvislosti s určitým zlepšením dostupnosti přirozeného porodu. Zdá se, že zájem žen o alternativy k aktivně lékařsky vedenému porodu vedl k tomu, že se postupně začínají objevovat porodnice snažící se vyjít vstříc přání rodiček, jež chtějí svůj porod prožít v klidném prostředí a bez zásahů do porodního procesu. To mimo jiné potvrzuje výše zmíněný rozvoj tržního prostředí v rámci českého porodnictví, kdy se porodnice snaží rozšiřováním služeb reagovat na poptávku ze strany rodiček. Vznikají tak porodnice nakloněné přirozeným porodům.

### „Přátelské porodnice“

Podle Porodního domu U Čápa v současnosti existují v České republice tři porodnice nakloněné přirozeným porodům – tzv. „přátelské porodnice“. Označení

---

<sup>3</sup> „Rooming-in je možnost nepřetržitého kontaktu matky a dítěte na pokoji na oddělení šestinedělí.“ (Hašková, 2001b, s. 19)

„přátelská porodnice“ používá Porodní dům U Čápa pro porodnice „jež se snaží svými postupy vyjít vstříc zdravým ženám, které si přejí porodit bez zásahů a rušení, a které si přejí, aby je zdravotníci v jejich úsilí podpořili, nejen jim to umožnili.“<sup>4</sup> Nejedná se o oficiální označení, vycházející z certifikátů a avizované poskytované péče, ale vychází z hodnocení porodních asistentek a ze zpětných vazeb od žen, jež v daných porodnicích porodily. V současnosti jsou takto označeny tři porodnice: porodnice ve Vrchlabí, porodnice v Jihlavě<sup>5</sup> a Centrum aktivního porodu (CAP) v porodnici v Kadani. Nejdéle působící a nejnámější z těchto porodnic je porodnice ve Vrchlabí.

### Porodní domy

Porodní domy představují jakýsi přechod mezi prostředím klasické porodnice a porodem v domácnosti. Péče poskytovaná v porodních domech je individuální a neinvazivní a zajišťují ji porodní asistentky. Porodní dům klade důraz na příjemné a klidné prostředí snažící se evokovat prostředí domova, ale to vše při garanci rychlé dostupnosti lékařské pomoci. Porodní domy vznikají v dosahu nemocničního zařízení, takže v případě že během porodu nastanou komplikace, je rodička převezena do plně technicky a personálně vybaveného zařízení schopného vzniklé komplikace ihned řešit. To je jedna z hlavních výhod porodů v porodních domech ve srovnání s porody v domácnosti, kde bohužel dostatečně rychlý převoz rodičky do porodnice není možné zaručit. První snaha o založení porodního domu v České republice se uskutečnila v roce 2002, kdy vzniknul Porodní dům U Čápa. Do současné doby však Porodnímu domu U Čápa nebyla udělena potřebná registrace, která by mu umožnila poskytovat ženám péči i v průběhu porodu<sup>6</sup>. V České republice tak dosud porodní domy, v nichž by mohly probíhat porody, neexistují.

V současnosti jsou tak u nás stále jediným oficiálním místem porodu porodnice. Ačkoliv nedochází k plošnému prosazení přirozeného porodu v rámci porodnic, lze říct, že v posledních letech vznikají porodnice, které se snaží přáním žen po přirozeném porodu vyjít vstříc. Pokud však ženy hledají porodnici v blízkosti bydliště, může je od porodu v některé z těchto porodnic odrazovat dojezdová vzdálenost.

---

<sup>4</sup> *Přátelské porodnice* [online]. [cit. 19. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.pdcap.cz/Texty/Porodnice/Porodnice.html>>.

<sup>5</sup> Porodnické oddělení podporující přirozené porody vzniklo v porodnici 28. února 2012. *Porodnice v Jihlavě* [online]. [cit. 23. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.pdcap.cz/Texty/Porodnice/Jihlava.html>>.

<sup>6</sup> *Od CAPu po Čápa ... aneb jak k tomu došlo, že dnes je všechno, tak jak je.* [online]. [cit. 16. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://pdcap.cz/Texty/Historie/Historie.html>>.

## 2.3 Domácí porod

V této kapitole usiluji o zmapování situace domácích porodů v rámci České republiky. Zabývám se tím, jaké jsou důvody žen, které se rozhodnou pro domácí porod. Dále se věnuji postoji odborné veřejnosti (lékaři, porodní asistentky) k domácím porodům, přičemž ukazuji, v čem se jejich postoje k problematice domácích porodů liší a jaké to má příčiny, což by mělo umožnit následně porozumět odlišnému charakteru vyjednávání v rámci těchto vztahů. Rovněž se věnuji kontextu, v jakém se téma domácích porodů objevuje v rámci českých médií. Nakonec se pak věnuji dostupnosti informací o domácím porodu v rámci ČR a roli, kterou v šíření informací sehrávají občanská sdružení a činnost některých soukromých porodních asistentek.

### 2.3.1 Motivace žen pro zvolení domácího porodu

V rámci České republiky existuje jen několik málo výzkumů zkoumajících motivaci žen pro zvolení domácího porodu. Vycházím ze zjištění tří výzkumů: Mrowetz (2012), Štomerová (2005) a Zemánková (2010). Závěry výzkumů se shodují v tom, že ženy se rozhodují pro domácí porod především proto, že chtějí prožít svůj porod přirozeně a bez vnějších zásahů. To je však poměrně široké vysvětlení, a proto bych ráda ukázala, co si ženy pod tímto požadavkem představují. Motivy žen se dají rozdělit na požadavky na podobu péče v průběhu porodu a na požadavky na podobu poporodní péče. V rámci péče v průběhu porodu ženy požadovaly především respektování jejich přání o nezasahování do porodního procesu (medikalizace, lékařské zákroky), možnost svobodné volby porodní polohy, respektování přirozeného tempa porodu a zajištění soukromí. Například právě možnost svobodné volby porodní polohy podle zjištění Haškové (2001b) silně ovlivňuje celkovou spokojenost ženy s porodem. Hašková dále zjistila, že jen čtvrtině žen se spontánním průběhem porodu bylo umožněno si polohu zvolit, přičemž nemožnost pohybu byla řazena ženami ve výzkumu mezi jeden ze čtyř nejhorších zážitků z porodu. Ženy, které rodí doma a mohou si tedy porodní polohu samy zvolit, volí jinou polohu než polohu na zádech (Štomerová, 2005). V rámci poporodní péče požadovaly ženy nerušený kontakt s miminkem po narození (bonding), jenž mimo jiné zahrnuje provádění poporodního ošetření a vyšetření dítěte na těle matky a rovněž umožnění ženě pečovat o dítě podle vlastních představ už od narození (Mrowetz, 2012; Zemánková, 2010). Právě požadavek bondingu se ve výzkumu Mrowetz (2012) i Zemánkové (2010) umístil na prvním místě. Podle Sovové a Suchánkové (2013) bonding vyžaduje, aby od sebe matka a dítě nebyly po dobu minimálně dvou, ideálně až dvanácti hodin po porodu oddělovány. Ačkoliv většina porodnic v současnosti uvádí, že bonding podporuje, reálná zkušenost žen z českých porodnic je jiná. Podle výzkumu Mrowetz (2012) bylo jen 19 % žen umožněn

nepřerušovaný dvouhodinový kontakt s dítětem po porodu a jen 2 % žen zažilo nepřerušovaný kontakt s dítětem po dobu 12 hodin.

V souvislosti s domácím porodem se hovoří o tom, že se ženy pro něj obvykle rozhodují na základě negativní zkušenosti z předchozího porodu v porodnici. Tento předpoklad výsledky všech tří výzkumů potvrzují. Zároveň však výzkumy Mrowetz (2012) a Zemánkové (2010) ukazují, že k domácímu porodu se čím dál častěji uchylují i prvorodičky, a to až ve třetině případů. U prvorodiček samozřejmě předchází negativní zkušenost z porodu v porodnici důvodem k rozhodnutí pro domácí porod být nemůže. To však nebrání tomu, aby se dalo předpokládat, že se pro něj prvorodičky patrně rozhodují z důvodu strachu z průběhu porodu v porodnici. Podle Mrowetz (2012) až čtvrtina prvorodiček uváděla jako nejsilnější motiv k domácímu porodu snahu vyhnout se traumatickému zážitku z porodu v porodnici. Obavy prvorodiček mohou pramenit z vyprávění jejich okolí (matka, sestra, kamarádka) o porodu v porodnici (Štromerová, 2005). Negativní zkušenost z předchozího porodu je u prvorodiček navíc zřejmě nahrazena zkušeností z návštěv porodnic v průběhu těhotenství. V porodnicích ženy na základě rozhovorů se zdejšími personálem zjišťují, že přání rodičky zde nebude dostatečně respektováno. Právě požadavek respektování přání rodičky ze strany personálu označovaly téměř všechny ženy, jež rodily doma jako nutný předpoklad pro to, aby v případě dalšího těhotenství zvažovaly porod v porodnici (Zemánková, 2010). Ačkoliv patrně existuje určitá část žen, která by volila porod doma i v případě rozšíření nabídky alternativních podob porodnické péče (přátelská porodnice, porodní centrum, porodní dům), existují zde zároveň ženy, které se pro domácí porod rozhodují z důvodu absence těchto alternativ a obav z porodu v porodnici. Podle Mrowetz (2012) je potřeba „*vyločit posttrauma jako motiv k porodu mimo zdravotnické zařízení, tzv. ‚negativní volbu‘ zkvalitněním služeb a rozšířením nabídky služeb v porodnictví a humanizací porodnictví.*“ (Mrowetz, 2012, s. 8).

Zároveň se však ukázalo, že pokud ženy už jednou doma porodily, v případě dalšího těhotenství málokdy zvažují porod v porodnici, pokud pro něj neexistuje indikace (Štromerová, 2005; Zemánková, 2010). To souvisí s tím, že ženy svůj domácí porod hodnotí v naprosté většině případů pozitivně (Štromerová, 2005).

### **2.3.2 Statistika plánovaných domácích porodů v ČR**

V České republice neexistuje statistika domácích porodů. Vývoj počtu domácích porodů je možné pouze usuzovat z údajů každoročně zveřejňovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Zde jsou evidovány všechny porody, jež proběhly mimo zdravotnické zařízení, což znamená, že vedle plánovaných domácích porodů jsou sem řazeny i porody překotné, kdy rodička nestihla přesun do



porodnice. Česká lékařská komora se domnívá, že plánované domácí porody tvoří jen třetinu ze všech porodů mimo zdravotnické zařízení<sup>7</sup>.

O nárůstu domácích porodů se dá podle porodních asistentek hovořit od roku 2001 (Štomerová, 2005). To dle mého názoru může souviset se zánikem Centra aktivního porodu (CAP), které působilo v letech 1998–2000 v pražské Fakultní nemocnici Na Bulovce. Centrum aktivního porodu se specializovalo na vedení porodů v souladu se zásadami přirozeného porodu a porodní péče zde byla zajišťována porodními asistentkami. Patrně jeho zánik mohl vyvolat v řadách žen snahu o hledání porodnického zařízení umožňující přirozený porod. Absence takového zařízení u nás, je nakonec přivedla k rozhodnutí pro domácí porod. Naproti tomu statistika ÚZIS začíná hovořit o výraznějším nárůstu plánovaných domácích porodů až od roku 2006 (ÚZIS, 2007). Ještě v roce 2003 zpráva o Rodičce a novorozenci situaci porodů mimo zdravotnické zařízení popisuje takto: „*Očekávaný nárůst v souvislosti se vzrůstající popularitou ‚alternativních‘ přístupů, nebo s aktivitami soukromých porodních asistentek se nedostavuje a meziročně dokonce počet těchto novorozenců poklesnul.*“ (ÚZIS, 2004).

Statistika ÚZIS tedy hovoří o růstu počtu porodů mimo zdravotnické zařízení od roku 2006, kdy se mimo zdravotnické zařízení narodilo 268 dětí (ÚZIS, 2007). V následujících letech se počet dětí narozených mimo zdravotnické zařízení téměř zdvojnásobil. Už v roce 2008 se mimo zdravotnické zařízení narodilo 437 dětí (ÚZIS, 2009). V následujících letech se počet porodů pohyboval okolo 400 porodů/rok. Výraznější úbytek počtu porodů mimo zdravotnické zařízení přichází v roce 2012, kdy se doma narodilo již jen 245 dětí (ÚZIS, 2013a). Je poměrně pravděpodobné, že se jedná o důsledek nového zákona o zdravotních službách (Zákon 372/2011 Sb.), jenž znesnadňuje asistenci u porodů doma. To by ukazovalo na to, že značný podíl z porodů mimo zdravotnické zařízení tvoří tedy plánované porody doma.

Jedním z možných ukazatelů toho, zda se jednalo o plánovaný domácí porod, je, kdo u něj asistoval. V případě asistence lékaře se dá předpokládat, že ve většině případů se jedná o překotný porod a přivolaného lékaře záchranné služby. Naproti tomu při asistenci porodní asistentky, partnera rodičky či jiného příbuzného se předpokládá, že se spíše jednalo o plánovaný domácí porod. Právě rostoucí počet porodů mimo zdravotnické zařízení, u nichž asistovala porodní asistentka, ukazuje, že počet plánovaných domácích porodů stoupá. Zatímco v roce 2000 se narodilo mimo zdravotnické zařízení u porodu vedeného porodní asistentkou jen asi 8 % dětí, v roce 2009 se jedná už o 34 % případů (ÚZIS, 2011a).

V důsledku chybějících dat o počtu domácích porodů, neexistují v České republice ani studie, jež by se zabývaly rizikovostí plánovaných domácích porodů ve srovnání s porody v porodnici. Mrowetz (2012) zároveň poukazuje na to, že v kategorii

---

<sup>7</sup> Česká lékařská komora. 2012. *Odborné stanovisko Vědecké rady ČLK k porodům v domácnosti* [online]. Praha: Česká lékařská komora [cit. 15. 12. 2013]. Dostupné z: <<http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html>>.

plánovaných domácích porodů se je možné setkat s různými druhy porodů. Ty vykazují různou míru rizikovosti a odlišný přístup rodičů. Vedle domácích porodů asistovaných porodní asistentkou, jež bývají obvykle ztotožňovány s kategorií plánovaných domácích porodů, existují i plánované domácí porody bez porodní asistence. V tomto případě se může jednat o svobodné rozhodnutí rodičů (tzv. free birth), ale řadí se sem i případy porodů neasistovaných ze sociálních důvodů (péči porodní asistentky zdravotní pojišťovny neproplácejí) a kategorie asociálních porodů (např. utajované porody). Neasistované porody jsou samozřejmě v důsledku absence dohledu zdravotnické vyškolené osoby rizikovější a mohou tak negativně ovlivňovat údaje o bezpečnosti domácích porodů (Mrowetz, 2012).

Zda se jednalo o překotný či plánovaný domácí porod se dá usuzovat ze statistických údajů ÚZIS o porodní váze dítěte. Porodní asistentky poskytují totiž asistenci jen u těch porodů v domácnosti, kde byl ukončen 37. týden těhotenství. Porodní váha dítěte by tak měla přesahovat 2500 gramů (Pařízek, 2008). V letech 2008–2012 se podle ÚZIS mimo zdravotnické zařízení narodilo 1820 dětí (ÚZIS, 2009; 2010; 2011b; 2012; 2013a). Z toho zemřelo dvanáct dětí, přičemž z těchto zemřelých dětí mělo porodní váhu nad 2500 gramů šest dětí. Je možné, že i v případech zbylých šesti úmrtí se mohlo jednat o plánovaný domácí porod, ale pokud ano, byly to porody neasistované.

Je patrné, že přestože v ČR neexistují studie zabývající se bezpečností domácích porodů a neexistuje tu ani jasná evidence plánovaných domácích porodů, jisté statistické údaje mohou napovědět o vývoji v této oblasti. Dá se říci, že po letech 2006–2011, kdy počet domácích porodů pravděpodobně stoupal, dochází od roku 2012 k jejich postupnému poklesu, což může být dáváno do souvislosti s legislativní změnou, jež mění situaci domácích porodů v rámci ČR. K mírnému poklesu porodů mimo zdravotnické zařízení dochází rovněž už po roce 2009 (ÚZIS, 2010), což může být důsledek toho, že od tohoto roku začínají výrazněji vystupovat proti plánovaným domácím porodům zástupci odborné lékařské veřejnosti (Czabanová, 2011).

### **2.3.3 Postoj lékařů**

Lékaři vystupují v naprosté většině případů jako odpůrci domácích porodů. Lékaři považují porod za labilní proces, v jehož průběhu i po jeho skončení může nastat řada komplikací, které vyžadují okamžitý lékařský zákrok. Ani u zcela fyziologicky probíhající těhotenství, tak nelze vyloučit riziko, že v průběhu porodu nastanou komplikace ohrožující život rodičky či dítěte, které si vyžádají operativní ukončení porodu. K chirurgickému ukončení porodu se podle Pařízka (2008) přistupuje v až 12 % případů těhotenství, které se zdály bezproblémové. Z pohledu lékařů je tak nezbytné, aby porody probíhaly v nemocnicích, kde je dostupný porodní sál vybavený pro okamžité operativní ukončení porodu. V případě akutních komplikací na straně dítěte (např. akutní hypoxie) či na straně matky (např. embolie či poporodní krvácení) je nezbytné, aby došlo k ukončení porodu do 15 minut od stanovení indikace. Česká

gynekologická a porodnická společnost dodržení tohoto patnácti minutového limitu v rámci porodnic garantuje, ale poukazuje na to, že v případě porodu v domácím prostředí tento limit garantovat nemůže. Podle člena výboru Perinatologické sekce České gynekologické a porodnické společnosti MUDr. PhDr. Pavla Čepického, CSc. je tak předpoklad zastánců domácích porodů, že pokud nastanou při porodu komplikace, lze je vyřešit přivoláním rychlé záchranné služby, mylný (Čepický, 2009).

V souvislosti s odmítáním domácích porodů poukazují lékaři i na skutečnost, že v České republice neexistují výzkumy zabývající se srovnáním bezpečnosti domácích a nemocničních porodů u nízkorizikových rodiček. V České republice rovněž neexistují spolehlivé statistické údaje o počtu domácích porodů, jejich průběhu a výskytu komplikací v jejich průběhu (Feyereisl, 2012). Lékaři také odmítají argument zastánců domácích porodů o tom, že v řadě západních zemí jsou domácí porody běžné. To podle lékařů není pravda a i v zemích, kde domácí porody představují regulérní možnost porodnické péče, se pro domácí porod rozhodne jen několik žen z tisíce. Jedinou výjimku představuje Holandsko, na které se právě většina zastánců domácích porodů odvolává a kde domácí porody tvoří 38 % všech porodů. Podle Pařízka (2008) se jedná o ojedinělou situaci, jež je dána historickou tradicí a náboženskými důvody. Srovnání s Českou republikou však neobstojí, protože v Holandsku je v souvislosti s rozšířením domácích porodů na rozdíl od České republiky vypracován speciální systém porodnické péče. Ten zahrnuje rychlou dostupnost porodnických zařízení (do 10 minut) a sanitní vozy vybavené pro resuscitaci matky a dítěte.

Postoj české lékařské odborné veřejnosti k domácím porodům je tak značně jednoznačný. Možnost domácích porodů podporuje jen 17 % lékařů (Hašková, 2001b). Lékaři si však zároveň uvědomují, že je třeba nadále usilovat o změny v českém porodnictví. Je patrné, že zastánci a odpůrci domácích porodů vnímají odlišně důvody, které vedou ženy k domácím porodům. Lékaři se domnívají, že je potřeba usilovat o modernizaci porodnic, což zahrnuje v první řadě zlepšování materiálního vybavení porodnic a důraz na pohodlí a útulnost.

*„Vývoj porodnictví nelze zastavit a porody se domů již nevrátí. Byl by to krok zpět. Je třeba však mít stále na mysli zvelebování a vybavení porodnických zařízení, která by se měla čím dále tím více podobat domácímu klidnému prostředí, ovšem s možností včasného řešení akutně vzniklé situace ohrožující život maminky nebo dítěte.“* (Pařízek, 2008, s. 477)

Naproti tomu podle zjištění Haškové (2001b), ženy, které podporují domácí porody, neuvádějí, že by důvodem jejich postoje byla nespokojenost s nedostatečným vybavením porodnic pomůckami pro alternativní porod a celkový vzhled porodnic. Důvodem jejich nespokojenosti, která je vede k podpoře domácích porodů, je negativní zkušenost s chováním středního zdravotnického personálu během porodu, nerespektování přání rodičky a pocit, že nemohou svůj porod ovlivňovat. Lékaři však označují zvyšování participace rodičky na rozhodování o průběhu porodu z hlediska zkvalitňování porodní péče za méně důležité (Hašková, 2001b). Zde se tedy opět

ukazuje, že odborná lékařská veřejnost se rozchází se zastánci domácích porodů nejen v chápání rizik v souvislosti s porodem, ale liší se i jejich náhled na důvody, které vedou ženy k rozhodnutí pro domácí porod.

### **Postoj lékařů k alternativám domácích porodů**

Lékaři sice vystupují jako odpůrci domácích porodů, ale část z nich je nakloněna hledání alternativ v oblasti porodnické péče. Zatímco možnost volby domácího porodu obhájí podle zjištění Haškové (2001b) jen necelá pětina lékařů, celá polovina lékařů by podpořila zavedení možnosti ambulantních porodů. Ambulantní porod představuje alternativu k domácím porodům. Vychází vstříc přání rodičů na zkrácení doby pobytu v porodnici při zachování minimálních rizik pro matku a dítě v průběhu porodu. Podmínkou pro ambulantní porod je fyziologický průběh porodu a dobrý zdravotní stav matky a dítěte po porodu. Při ambulantním porodu může matka s dítětem opustit porodnici už za 12 hodin po porodu a následná poporodní péče pak už probíhá v domácnosti rodičky, kde jsou zajištěny pravidelné návštěvy pediatra a zdravotní sestry (Pařízek, 2008). Česká neonatologická společnost je však v otázce ambulantních porodů zdrženlivější a doporučuje pobyt novorozence v porodnici po dobu 72 hodin po porodu, minimálně však alespoň po dobu následujících 48 hodin. (Slavíková, Straňák, 2008). Ambulantní porody nebyly donedávna legislativně ošetřeny a prosazení ambulantního porodu bylo v praxi poměrně obtížné (Sovová, 2006). Pokud matka chtěla z porodnice odejít dříve než po doporučených 72 hodinách, musela podepsat negativní revers. Od ledna 2014 došlo k formalizování podmínek pro ambulantní porod (např. kdo kontroluje zdravotní stav novorozence po opuštění porodnice), žena však nadále podepisuje informovaný souhlas, aby byla s dítětem propuštěna domů.

### **Stanoviska profesních lékařských organizací k domácím porodům**

Stanovisko českých porodníků a gynekologů vyjadřují lékařské společnosti: Česká gynekologická a porodnická společnost a Česká lékařská komora. Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS ČLS JEP) považuje plánovaný domácí porod za postup *non lege artis*, tedy postup, jenž je v rozporu se současným vědeckým poznáním. Rovněž i Česká lékařská komora (ČLK) plánované domácí porody odmítá. Poukazuje na to, že je to právě systém organizace perinatální péče, který svými výsledky dlouhodobě řadí Českou republiku mezi nejvyspělejší země světa. Česká lékařská společnost je přesvědčena, že nárůst domácích porodů by mohl negativně ovlivnit mateřskou a novorozeneckou nemocnost i úmrtnost. Nárůst domácích porodů je podle ČLK způsoben činností některých soukromých porodních asistentek, které podle nich přispívají k šířícímu se zájmu o domácí porody. Podle ČLK však tyto porodní asistentky dostatečně neupozorňují na jejich rizika. Výhody domácích porodů podle ČLK v žádném ohledu nemohou vyvážit rizika, které domácí porod pro matku a dítě představuje.

*„Jedinou zárukou bezpečného vedení porodu je porodní sál, který je vybaven pro stanovení diagnózy a řešení náhle vzniklých stavů před porodem, za porodu i po porodu. Z těchto důvodů jsou porody v domácnosti v pojetí současné medicíny nedoporučitelné, jejich důsledkem by mohlo být zhoršení výsledků perinatální péče na úroveň méně rozvinutých zemí. Česká republika by tak ztratila kredit státu s vynikajícími výsledky v perinatologii srovnatelnými s nejvyspělejšími zeměmi světa.“<sup>8</sup>*

#### **2.3.4 Postoj porodních asistentek**

V České republice působí dva druhy porodních asistentek: porodní asistentky, jež působí v ordinaci gynekologa a v porodnici a soukromé porodní asistentky, jež mají vlastní praxi. Zatímco péče porodních asistentek v gynekologické ordinaci a v porodnici je hrazena ze systému zdravotního pojištění, péči soukromé porodní asistentky si ženy musejí hradit samy. Podle údajů z roku 2010 je v České republice registrováno 6200 porodních asistentek, z nichž asi 100 má soukromou porodní praxi<sup>9</sup>. Soukromé porodní asistentky nabízejí péči v přípravě na porod, doprovod k porodu v porodnici a péči během šestinedělí. Při hledání porodní asistentky se žena může obrátit na některou z organizací sdružující porodní asistentky: Českou konfederaci porodních asistentek (ČKPA) nebo Unii porodních asistentek (UNIPA). Organizace pak poskytnou ženě kontakt na porodní asistentku se soukromou praxí působící v blízkosti bydliště. Zde je však nutné dodat, že jen velmi malá část porodních asistentek nabízí kromě doprovodu k porodu v porodnici i porodní asistenci u porodu v domácím prostředí. Podle odhadu porodní asistentky Zuzany Štrometerové (2005) je v České republice asi jen 10–15 porodních asistentek ochotných asistovat u domácího porodu. Až na výjimky pak porodní asistentky tuto službu otevřeně nenabízejí a svolí k ní až po dohodě s danou ženou. Výjimkou jsou porodní asistentky Ivana Königsmarková a Zuzana Štrometerová, které mají registraci opravňující je k vedení domácího porodu a které donedávna tuto službu oficiálně nabízely. Sehnat porodní asistentku ochotnou vést porod v domácím prostředí je pravděpodobně snazší v Praze, kde působí obě zmíněné porodní asistentky. Některé ženy z pohraničních oblastí využívají při domácím porodu porodní asistenci porodních asistentek z Německa, Rakouska a Polska, kde je postoj k domácímu porodu liberálnější<sup>10</sup>. V souvislosti s novým zákonem o zdravotních službách (Zákon 372/2011 Sb.) účinným od 1. 4. 2012 je však legální asistence porodní asistentky při porodu doma v podstatě nedostupná.

---

<sup>8</sup> *Odborné stanovisko Vědecké rady ČLK k porodům v domácnosti*. [online]. [cit. 18. 3. 2014]. Dostupné z: <[http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz\\_99307](http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz_99307)>.

<sup>9</sup> *Porodní asistentky spočítaly úspory pojišťoven, když zaplatí péči*. UNIPA. [online]. [cit. 8. 2. 2014]. Dostupné z: <[http://www.unipa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=107&Itemid=97](http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=107&Itemid=97)>.

<sup>10</sup> *Porod v domácím prostředí*. UNIPA. [online]. [cit. 9. 2. 2014]. Dostupné z: <[http://www.unipa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=201:porodvdomacimprostredi&catid=42:porod&Itemid=124](http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=201:porodvdomacimprostredi&catid=42:porod&Itemid=124)>.

Postoj porodních asistentek k domácím porodům, rozhodně není jednotný. Dotazníkové šetření zájmu porodních asistentek z vybraných českých porodnic ukázalo, že mezi porodními asistentkami panuje spíše nedůvěra k domácím porodům. Jen 8 % porodních asistentek uvedlo, že by bylo ochotné vést domácí porod a že nad touto možností uvažovaly. Naprostá většina z nich (92 %) nad touto možností neuvažovala a 82 % z nich se nedomnívá, že je dostatečně připravená na vedení porodu doma (Kosková, 2009). Tyto výsledky ukazují, že postoj porodních asistentek k domácím porodům a vlastní kompetenci pro jejich vedení je poměrně zdrženlivý. Roli zcela určitě hraje i to, zda se jedná o porodní asistentku působící v porodnici nebo soukromou porodní asistentku. Jak již bylo uvedeno, domácí porody hájí spíše soukromé porodní asistentky, které právo na výběr místa porodu chápou jako součást ženy svobodné volby výběru porodní péče. Pro účel mé práce je však důležitá hlavně skutečnost, že v České republice působí porodní asistentky nakloněné domácím porodům, z nichž část je ochotná při porodu v domácím prostředí asistovat.

### **Podmínky porodní asistentky pro porod doma**

Pro to aby porodní asistentka souhlasila s vedením domácího porodu, musí těhotná žena splňovat stanovené podmínky. Podmínky porodní asistentky pro poskytnutí asistence u porodu doma jsou: dosažený 37. týden těhotenství, dobrý zdravotní stav matky a pozice dítěte hlavou dolů. Žena rovněž musí být připravena na to, že pokud nastanou komplikace, je nutné odjet do porodnice (Doležalová, 2004). Porodní asistentky tak po ženách obvykle požadují, aby se během těhotenství v porodnici zaregistrovaly. Pokud je matka ochotna na tyto podmínky přistoupit, mohou se s porodní asistentkou na domácím porodu dohodnout. Dohoda, kterou mezi sebou rodička a porodní asistentka během těhotenství uzavřely, je však v průběhu těhotenství či už během porodu, kdykoliv vypověditelná, pokud se žena doma přestane cítit bezpečně. Porodní asistentka zase může od dohody ustoupit tehdy, kdy rozpozná jakoukoliv možnou komplikaci a rozhodne se pro přesun do porodnice (Doležalová, 2006).

### **Změna situace domácích porodů v souvislosti s novým zákonem o zdravotních službách**

Legislativní situace domácích porodů v České republice se výrazně mění v dubnu 2012. Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, platný od 1. 4. 2012 totiž vystavuje porodní asistentky, které by asistovaly u domácího porodu bez platné registrace riziku uložení pokuty do výše 1 milionu korun. Vyhláška č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, která vešla v platnost rovněž v roce 2012, ukládá porodním asistentkám povinné technické vybavení. Podle

právničky Zuzany Candiglioty je vybavení, jež stanovuje nová vyhláška splnitelné, problémem však je, že krajské úřady odmítají porodním asistentkám registrace k vedení domácích porodů vydávat<sup>11</sup>. V současné době pokud se ženy rozhodnou pro porod doma, jsou odkázány pouze samy na sebe anebo se mohou domluvit s porodní asistentkou na neoficiální asistenci u domácího porodu. Porodní asistentka se tak ale vystavuje hrozbě pokuty, a to i v případě, že porod proběhne bez komplikací.

## **Stanoviska vybraných sdružení porodních asistentek k domácím porodům**

V České republice sdružují porodní asistentky zejména dvě organizace: Česká konfederace porodních asistentek (ČKPA) a Unie porodních asistentek (UNIPA). ČKPA byla založena v roce 1997 a sdružuje více než tisíc porodních asistentek. UNIPA vznikla v roce 2005 po odchodu Ivany Königsmarkové (současné prezidentky UNIPA) a několika dalších porodních asistentek z ČKPA a má zhruba 100 přihlášených členek. Ačkoliv se UNIPA v základních otázkách s ČKPA shoduje, ve své činnosti se více zaměřuje na otázku domácích porodů.<sup>12</sup>

### **Stanovisko ČKPA<sup>13</sup>**

Česká konfederace porodních asistentek domácí porody neodmítá. Podporuje právo žen na svobodnou volbu péče, ale poukazuje na to, že v České republice nefunguje systém komplexní a návazné péče s jakým je možné se setkat v zahraničí, který by jasně určoval podmínky, kdy je možné k domácímu porodu přistoupit a zajišťoval péči porodní asistentky.

*„Jako profesní organizace hájící zájmy žen, dětí i porodních asistentek podporujeme právo ženy na svobodnou volbu místa porodu, ale za současně jasně stanovených pravidel (vypracovaných společně porodními asistentkami a lékaři) – včetně fungující návazné spolupráce s lékařem porodníkem a neonatologem v nemocnici i v ambulanci,*

---

<sup>11</sup> Nemůžete najít porodní asistentku k porodu doma? Obráťte se o pomoc na soud! – rozhovor s právníčkou Zuzanou Candigliotou z Ligy lidských práv. [online]. [cit. 25. 2. 2014]. Dostupné z: <[http://www.evalabusova.cz/rozhovory/z\\_candigliota.php](http://www.evalabusova.cz/rozhovory/z_candigliota.php)>.

<sup>12</sup> Výzva k vytvoření jednotné profesní organizace porodních asistentek v České republice rozbor situace a návrh postupu podle ČKPA. [online]. [cit. 25. 2. 2014]. Dostupné z: <[http://ckpa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=127:vyzva-k-vytvoeni-jednotne-profesni-organizace-porodnich-asistentek-v-eske-republice-rozbor-situace-a-navrh-postupu-podle-kpa&catid=3:kpa-home&Itemid=20](http://ckpa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=127:vyzva-k-vytvoeni-jednotne-profesni-organizace-porodnich-asistentek-v-eske-republice-rozbor-situace-a-navrh-postupu-podle-kpa&catid=3:kpa-home&Itemid=20)>.

<sup>13</sup> Domácí porody – stanovisko České Konfederace Porodních Asistentek (ČKPA) - největší profesní organizace porodních asistentek v ČR, která je jako jediná zastoupena v mezinárodní (ICM) a evropské (EMA) profesní asociaci porodních asistentek. [online]. [cit. 27. 2. 2014]. Dostupné z: <[http://ckpa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=126:domaci-porody-stanovisko-eske-konfederace-porodnich-asistentek-kpa-nejvti-profesni-organizace-porodnich-asistentek-v-r-ktera-je-jako-jedina-zastoupena-v-mezinarodni-icm-a-evropske-ema-profesni-asociaci-porodnich-asistentek&catid=3:kpa-home&Itemid=20](http://ckpa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=126:domaci-porody-stanovisko-eske-konfederace-porodnich-asistentek-kpa-nejvti-profesni-organizace-porodnich-asistentek-v-r-ktera-je-jako-jedina-zastoupena-v-mezinarodni-icm-a-evropske-ema-profesni-asociaci-porodnich-asistentek&catid=3:kpa-home&Itemid=20)>.

*kteřá zajistí bezpečí a vyloučí diskriminaci nejenom příjemců péče (rodičky, novorozenci), ale také poskytovatelů péče.“*

Česká konfederace porodních asistentek se domnívá, že téma domácích porodů je součástí širší problematiky celkové prenatální a perinatální péče. Pokud tedy Česká republika chce snížit počet domácích porodů, je potřeba usilovat o humanizaci porodnické péče a rozšíření možností porodnické péče. Podle ČKPA je potřeba: umožnit ženám s fyziologickým porodem volbu mezi lékařsky vedeným porodem a přirozeným porodem, podpořit vznik porodních domů v blízkosti porodnic, zkrátit dobu povinné hospitalizace, pokud jsou žena i novorozenec bez komplikací, opětovně zavést návštěvní službu porodních asistentek u matek v šestinedělí.

### **Stanovisko UNIPY<sup>14</sup>**

Unie porodních asistentek považuje domácí porod za plnohodnotnou možnost volby v rámci porodní péči. Podle stanoviska Unie porodních asistentek je však domácí porod možné doporučit jen ženám s normálním těhotenstvím. Porod doma je naopak nedoporučitelný v případě, že u ženy existuje vysoké riziko komplikací, dítě je v poloze koncem pánevním či pokud se jedná o vícečetné těhotenství. Unie porodních asistentek formuluje doporučení pro zajištění péče během domácího porodu. Těmi jsou: péče registrované porodní asistentky, kontrola zdravotního stavu během těhotenství porodní asistentkou nebo lékařem, zajištění poporodní péče, kontrola dítěte lékařem v 1. týdnu po porodu, zajištění otestování dítěte na vrozené a metabolické vady, zajištění potřebného ošetření dítěte (zahrnuje aplikaci vitamínu K).

### **2.3.5 Postoj české veřejnosti**

Česká společnost není domácím porodům nakloněna. V rámci výzkumu realizovaného společností Stem/Mark (2011) se dvě třetiny české populace označily přímo za odpůrce domácích porodů. Za příznivce domácích porodů se pak označila jen desetina české populace. Hlavní námitkou ze strany odpůrců je to, že domácí porod znamená vysoké riziko komplikací pro matku a dítě a že u něj není zajištěna profesionální lékařská péče. Většina dotázaných tak podle průzkumu souhlasila se změnami Ministerstva zdravotnictví, jež mají omezit počet domácích porodů. Průzkum dále ukázal, že postoj k domácímu porodu je u mužů a žen odlišný. Zatímco ženy více než muži preferují alternativní podoby porodu v porodnici, v otázce domácích porodů je více odpůrkyň mezi ženami (Stem/Mark, 2011). V postoji žen k domácím porodům bezesporu sehrává roli vlastní zkušenost z porodu. To dokazují i zjištění Haškové

---

<sup>14</sup> *Zajištění péče během porodu doma – doporučení.* [online]. [cit. 28. 2. 2014]. Dostupné z: <[http://www.unipa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=218:zajistenipecebehemporodu\\_doma&catid=34](http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=218:zajistenipecebehemporodu_doma&catid=34)>.



(2001b). Hašková zjistila, že ženám, které domácí porody schvalují, případně uvádějí, že je spíše podporují, je společné to, že mají negativní zkušenost s průběhem posledního porodu. Tyto ženy jsou pak mnohem více nakloněny i alternativám domácího porodu (např. ambulantní porod). Ačkoliv se tedy ukazuje, že mezi částí ženské populace může být obava z porodu v porodnici do jisté míry chápána, s ohledem na vnímaná rizika není domácí porod považován za přijatelné řešení. Dá se předpokládat, že pokud se ženy v průběhu těhotenství rozhodnou pro domácí porod, setkávají se s převážně negativními reakcemi. Je tedy otázkou, jakým způsobem se s případným nesouhlasem okolí vypořádávají a zda vůbec přistoupí k tomu, aby se se svým rozhodnutím svěřily svému okolí.

Ženy samozřejmě o svém rozhodnutí hovoří se svými partnery. Podle zjištění Štromerové (2005) je partner přítomen u domácího porodu v 95 % případů. Jeho případný nesouhlas tak může mít velký vliv na rozhodnutí ženy pro porod doma. Souhlas partnera je pro ženu rozhodně důležitý. Žena se během těhotenství potřebuje cítit klidně a bezpečně a je pro ni důležité vědomí, že ji její partner podporuje a s rozhodnutím souhlasí, či jej alespoň respektuje. Podle zjištění Zemánkové (2010) 60 % mužů s rozhodnutím ženy родit doma souhlasilo od počátku, téměř třetina žen pak uváděla, že partner zpočátku nesouhlasil, ale postupně změnil názor. Ukazuje se tak, že v řadě případů je postoj partnera zpočátku odmítavý a dochází zde tak k diskusi mezi partnery o tom, zda porod skutečně doma proběhne. Zároveň i v ostatních případech je pravděpodobné, že téma domácího porodu bylo mezi partnery předmětem diskuze. Diskuzi pravděpodobně iniciuje žena, případně k ní dochází na základě zájmu obou partnerů. Podle zjištění Štromerové (2005) a Zemánkové (2010) je totiž domácí porod nápadem partnera jen v minimu případů. Je možné, že situaci ženám do jisté míry usnadňuje skutečnost, že v posledních letech se muži čím dál tím více zapojují do přípravy na porod. Čtou společně s partnerkami literaturu o porodu, doprovázejí ženy na vyšetření, navštěvují s nimi předporodní kurzy a v porodnicích mohou být přítomni i u samotného porodu (Skočovský, 2004). Zatímco ve vztahu s partnerem je rozhodnutí pro domácí porod záležitostí společné dohody a případné diskuze, ve vztahu s okolím (širší rodina, přátelé) je na uvážení ženy a partnera, zda se s plánováním porodu doma rozhodnou svěřit. Od svěřeni se s plánováním domácího porodu může ženy odrazovat vnímaný postoj české veřejnosti k problematice domácích porodů a obavy z možného konfliktu či nepochopení. Výzkum Zemánkové (2010) ukázal, že ženy mají tendenci hovořit o zvažování domácího porodu otevřeněji se svými vrstevníky než s rodinou.

### **2.3.6 Domácí porody v českých médiích**

Téma porodu a porodnictví vstupuje do českých médií výrazněji až po roce 1989. Před rokem 1989 se sice v českých médiích příspěvky z oblasti porodnictví občas objevily, ale zaměřovaly se vždy jen na dílčí aspekty porodu. Rovněž i diskuze

o podobě a budoucím směřování porodnictví se, pokud probíhala, soustředila výhradně v odborných kruzích. Teprve až v 90. letech se téma porodnictví stává předmětem veřejné diskuze, do které se začíná zapojovat i laická veřejnost. Zásadní roli hrála obnovující se občanská společnost, v této otázce zastoupená zejména nespokojenými matkami a otci a činnost porodních asistentek, jež usilovaly o vymezení jejich postavení v systému zdravotnické péče.

Média si tématu porodu začínají více všimnout až v druhé polovině 90. let. Téma porodu a práv ženy na výběr péče poskytované v jeho průběhu se řadí do širšího tématu postavení ženy ve společnosti, jež je součástí genderové tematiky. Podle Haškové (2001a) bylo téma genderu v první polovině 90. let ještě málo médii reflektováno, neboť pozornost médií se soustředila na jiné jevy společensko-politicko-ekonomické transformace. Vznikající veřejnou diskuzi o nutnosti změn v českém porodnictví však média musela nakonec začít reflektovat.

Jak již bylo zmíněno výše, v současnosti v České republice v oblasti porodnictví existují dva názorové diskurzy: diskurs dominantní, reprezentovaný lékaři a odbornými lékařskými společnostmi a diskurs alternativní, jež reprezentují nespokojené matky a některé porodní asistentky. V rámci této kapitoly bych ráda ukázala, jak je mediální prostor mezi představiteli obou diskurzů rozdělován a jak toto rozdělení mediálního prostoru může ovlivňovat postoj veřejnosti k problematice domácích porodů.

Témata, jimiž se zabývají představitelé alternativního diskurzu, se podle mého názoru řadí do kategorie proženských témat. Podle Řeháčkové (2006) prosazování proženských témat do médií se děje především z osobní iniciativy jednotlivých novinářek a novinářů, neboť po nich neexistuje velká poptávka ze strany vedení redakcí. V prosazování proženských témat do médií hrají rovněž nezastupitelnou roli jednotlivci a organizace, zainteresovaní v tématu. To zda média o daném tématu skutečně napíší, se pak odvíjí od jejich schopnosti spolupráci s médii navázat. Podle Řeháčkové pokud jsou tyto angažované skupiny a jednotlivci vědomi, jak média fungují, je pravděpodobné, že se jim podaří získat potřebný prostor pro jejich vyjádření. Zároveň si však podle Řeháčkové musejí být vědomi toho, že média nemohou vystupovat jako aktivistická a nelze tak od nich očekávat angažovanost v problému. Média by tak měla spíše usilovat o vyváženou reprezentaci názorů obou stran. V tomto případě tedy poskytnout dostatek prostoru pro vyjádření představitelům alternativního diskurzu (porodním asistentkám a matkám), jež jsou zastánci přirozených a domácích porodů.

Jak je ve skutečnosti mediální prostor rozdělován ukazují mediální analýzy. Vycházím ze závěrů dvou mediálních analýz tématu domácích porodů, jež byly u nás uskutečněny. První mediální analýza společnosti Newton Media sledovala příspěvky týkající se tématu domácích porodů v českých médiích od října 2008 do března 2009. Analyzovány byly texty celostátních deníků, internetových serverů, regionálního titulů, televizního a rozhlasového vysílání. Mediální analýza ukázala, že z celkem 345 příspěvků negativně hodnotila domácí porody téměř polovina příspěvků (41 %), zatímco pozitivně vyznělo jen 8 % příspěvků, zejména osobní zkušenosti matek a otců (Newton Media, 2009). Zároveň však mediální analýza ukázala, že rozložení počtu

příspěvků mezi zástupce obou diskurzů bylo značně vyrovnané. Druhá mediální analýza tématu domácích porodů v českých médiích byla realizována v diplomové práci Analýza novinářské práce se zdroji na příkladu domácích porodů a hormonální antikoncepce. Zde byly příspěvky týkající se domácích porodů sledovány ve vybraných periodikách (časopisy Reflex a Instinkt a deníky Hospodářské noviny, Lidové noviny, Mladá Fronta a Právo) od ledna 2005 do prosince 2009. Tato mediální analýza ukázala, že počty příspěvků představitelů alternativního diskurzu a dominantního diskurzu byly vyrovnané, v prvních analyzovaných letech dokonce příspěvky představitelů alternativního diskurzu převládaly (Czabanová, 2011).

Kritika, která směřuje vůči médiím a jejich prezentaci polemiky zástupců obou diskurzů poukazuje především na polarizaci a zjednodušování dané problematiky. Podle Jonášové (2011) jsou požadavky představitelů alternativního diskurzu omezovány jen na možnost výběru místa porodu a vytrácí se tak další aspekty a okolnosti rození. Ztrácí se tak ze zřetele, že představitelé alternativního diskurzu ve skutečnosti primárně usilují o otevření debaty o možnosti individuální volby poskytované péče, tedy svobodě volby a z toho plynoucí osobní zodpovědnosti za tuto volbu. Czabanová (2011) ve své mediální analýze tématu domácích porodů rovněž poukazuje na skutečnost, že představiteli dominantního diskurzu jsou požadavky představitelů alternativního diskurzu zužovány jen na prosazování domácích porodů. Mediální analýzy ukazují, že prostor pro vyjádření dostávají zástupci obou diskurzů zhruba stejný, ale vyjádření zástupců dominantního diskurzu má v očích veřejnosti vyšší kredibilitu a je považováno k tématu za relevantnější. Liší se totiž argumenty, jež představitelé obou diskurzů používají. Zatímco lékaři a odborné lékařské společnosti disponují medicínskými daty zahrnující stabilně skvělé statistické výsledky českého porodnictví, představitelé alternativního diskurzu pouze poukazují na nedostatky v oblasti psychosociální péče v českém porodnictví (nerespektování přání žen ohledně způsobu vedení jejich porodu, nedostatečná psychická podpora žen v průběhu porodu, neosobní, nadřazený a rutinní přístup některých zdravotníků).

### **2.3.6.1 Vývoj mediální prezentace domácích porodů**

Příspěvky s tématem přirozených a domácích porodů se častěji objevují v tištěných periodikách. V rubrikách pro ženy v těchto periodikách se pak objevují rozhovory s představiteli alternativního diskurzu, porodními asistentkami či matkami, jež mají zkušenost s porodem doma. V televizi, jak se zdá, se objevuje téma domácích porodů převážně v rámci zpravodajství, v důsledku čehož zde spíše dominují příspěvky o případech tragických domácích porodů či související legislativní změny. V posledních letech však dostávají představitelé alternativního diskurzu prostor i zde.

Mediální obraz domácích porodů se v průběhu uplynulých let vyvíjel. Podle mediální analýzy Czabanové (2011) je počátkem masovějšího zájmu o téma domácích porodů rok 2005. To podle mě souvisí s nárůstem domácích porodů po roce 2001 (Štromerová, 2005), kdy média tuto skutečnost začínají s určitým časovým odstupem

reflektovat. Mediální analýza Czabanové (2011) ukázala, že v letech 2005–2008 bylo ve sledovaných médiích nejvíce prostoru věnováno ženám-matkám, jež své dítě porodily doma. Prostor byl rovněž věnován i porodním asistentkám jako představitelkám alternativního diskurzu. Ukazuje se tak, že v prvních letech mediálního zájmu o domácí porody byl důraz kladen především na osobní příběhy a zkušenosti představitelů alternativního diskurzu. Od roku 2007 začínají do médií více vstupovat zástupci dominantního diskurzu. Zpočátku se jedná zejména o vyjádření oficiálních zástupců míst jako je ministerstvo nebo nemocnice. Od roku 2008 se pak do debaty zapojují více i porodníci. Rok 2009 je pak prvním rokem, kdy bylo více mediálního prostoru věnováno zástupcům dominantního diskurzu než zástupcům diskurzu alternativního (Czabanová, 2011).

Od roku 2009 rovněž dochází k výraznému nárůstu příspěvků o domácích porodech. Podle Czabanové (2011) je to způsobeno třemi událostmi: soudním procesem Porodního domu U Čápa s Magistrátem Hl.m.Prahy a Ministerstvem zdravotnictví a dvěma případy tragických domácích porodů. Mediální obraz domácích porodů bezesporu nejvíce ovlivňují případy tragických domácích porodů, kde domácí porod skončil postižením nebo dokonce smrtí dítěte. V uplynulých letech se v médiích výrazněji objevily tři případy tragických domácích porodů. První z nich se odehrál v únoru 2009, druhý v červenci 2009 a třetí v září 2011. Nejvýrazněji obraz domácích porodů poškodil případ tragického domácího porodu, u kterého asistovala porodní asistentka Ivana Königsmarková. Ivana Königsmarková, prezidentka Unie porodních asistentek a zřejmě nejznámější česká porodní asistentka<sup>15</sup> v červenci 2009 asistovala u plánovaného domácího porodu, který skončil tragicky. Při porodu došlo k přidušení dítěte a jeho těžkému zdravotnímu postižení, na jehož následky dítě po dvaceti měsících zemřelo. Porodní asistentka byla obviněna z těžkého ublížení na zdraví z nedbalosti. V roce 2011 byla Ivana Königsmarková odsouzena k dvouletému podmíněnému trestu, pětiletému zákazu činnosti a povinnosti uhradit zdravotní pojišťovně náklady na léčení dítěte ve výši 2,7 milionu korun<sup>16</sup>. Další tragický případ domácího porodu, jenž měl dopad na mediální obraz domácích porodů, se odehrál v září 2011. Soud za něj udělil podmínku a dvouletý zákaz činnosti porodní asistentce Zuzaně Štromerové. Zuzana Štromerová, zakladatelka Porodního domu U Čápa asistovala v září 2011 u neplánovaného domácího porodu, při němž se dítě narodilo mrtvé. Tyto dva případy tragických porodů, tak negativně ovlivnily mediální obraz domácích porodů. To bylo ještě zesíleno tím, že obviněny v nich byly dvě nejvýraznější obhájkyně domácích porodů, porodní asistentky Ivana Königsmarková a Zuzana Štromerová. Ačkoliv byla porodní asistentka Ivana Königsmarková v roce 2014 obvinění zbavena, vrhla tato událost velmi negativní světlo na její osobu i celkovou prezentaci domácích porodů.

---

<sup>15</sup> Podle zjištění společnosti Newton Media byla Ivana Königsmarková v letech 2008–2009 nejcitovanějším představitelem alternativního diskurzu. (Newton Media, 2009)

<sup>16</sup> V srpnu 2013 Ústavní soud rozsudek zrušil z důvodu podezření, že znalecká expertíza obžaloby je zaujatá a následně v lednu 2014 Obvodní soud pro Prahu 3 porodní asistentku osvobodil.

V médiích se i nadále objevují příběhy matek a otců, jež popisují svou zkušenost s porodem doma. Tyto příběhy se objevují zejména v rubrikách pro ženy tištěných periodik. V roce 2013 například vyšel v magazínu OnaDnes rozhovor s českou ekonomkou Markétou Šichtářovou, jež své tři děti porodila doma (*Děti jsou dobrá investice, říká ekonomka*, Magazín OnaDnes 14. 1. 2013). Tématu domácích porodů se věnovala i televize – např. dne 3. 10. 2013 v pořadu Máte slovo Michaely Jílkové, kde alternativní diskurz byl zastoupen otci, jejichž partnerky porodily dítě doma.

V médiích tak k tématu domácích porodů dostávají prostor pro vyjádření, jak jeho obhájci, tak jeho odpůrci. K pozitivnímu obrazu domácích porodů mohou přispívat zejména osobní příběhy matek a otců, jež popisují zkušenosti s domácím porodem, případně iniciativa občanských sdružení usilujících o humanizaci porodnické péče a prosazení možnosti svobodné volby pro ženy. Tyto snahy jsou však součástí širšího diskurzu alternativní péče usilujícího o prosazení změn do českého porodnictví v souladu se zásadami koncepce přirozeného porodu. Snahy o zlepšení českého porodnictví zejména z hlediska psychosociální péče česká veřejnost zřejmě oceňuje, neboť právě v těchto aspektech porodnické péče panuje mezi českými rodičkami nejnižší spokojenost (Takács, Seidlerová, 2012). V otázce domácích porodů jsou však pro většinu české společnosti relevantnější odborné názory lékařů, jež odmítají domácí porody z hlediska zvýšených rizik pro matku i dítě.

### **2.3.7 Informace o domácích porodech v ČR**

Informace a jejich dostupnost mají značný význam pro to, jak ženy prožívají a zpětně vnímají svůj porod. Průzkum agentury STEM ukázal, že ženy, jež se v průběhu těhotenství věnovaly shánění informací z oblasti možnosti volby způsobu porodu, vykazovaly následně větší spokojenost s průběhem porodu (Hašková, 2001b). Ženy na základě dostupných informací formulují svou představu o způsobu vedení porodu a následně vybírají mezi porodnickými zařízeními, které jim slibují tuto představu uskutečnit. Stejně tak i ženy, jež se rozhodnou pro domácí porod se obvykle nejdříve seznamují s možnostmi porodnické péče poskytované u nás. Svou představu o podobě vedení svého porodu formulují na základě zásad přirozeného porodu. Informace hrají pro ženy v průběhu těhotenství klíčovou roli, neboť na jejich základě se ženy rozhodují pro výběr místa porodu. V případě žen, jež se rozhodují pro domácí porod, je dostupnost informací o něm důležitá ještě z hlediska diskuze a zdůvodňování jejich rozhodnutí ve vztahu s okolím.

## Vybrané organizace a občanská hnutí a jejich činnost

V šíření informací o přirozeném porodu a domácím porodu sehrávají klíčovou roli zájmová občanská sdružení (Hašková, 2001a). Diskuze o oblasti porodnictví, která nastoupila v průběhu 90. let, našla své vyústění v sjednocování zastánců alternativního diskurzu porodnické péče, jež jim umožnilo lepší formulaci jejich požadavků. Zároveň kromě tlaku na změny v porodnictví tyto organizace usilují o osvětovou činnost a seznámení společnosti s porodnickými přístupy vycházejícími z myšlenky přirozeného porodu. Za vznikem těchto organizací stály v závěru 90. let zejména nespokojené matky, které požadovaly poskytování péče podle pravidel přirozeného porodu a rovněž i porodní asistentky, které touto cestou usilovaly o rehabilitaci své profese a oficiální vymezení jejich postavení ve stávajícím systému porodnické péče (Mrzilková Susová, 2005). Koncem 90. let tak vznikají první organizace, jež si kladou za cíl šířit povědomí o alternativách k aktivně lékařsky vedenému porodu. Nejvýrazněji se v těchto otázkách angažují Hnutí za aktivní mateřství (HAM) a sdružení Aperio.

### Hnutí za aktivní mateřství (HAM)

Hnutí za aktivní mateřství vzniklo v roce 1999<sup>17</sup> a zaměřuje se na poskytování zdravotně-právního poradenství, zprostředkování informací o těhotenství a porodu a prosazování zájmů a práv rodičů. Usiluje o podporu normálního a zdravého porodu<sup>18</sup>. HAM si klade za cíl podpořit aktivní přístup žen k jejich porodu. Na jeho stránkách je dostupný seznam literatury vydané v České republice týkající se přirozeného a domácího porodu, kontakty na jiné organizace a sdružení zabývající se přirozeným porodem, právní dokumenty vztahující se k českému porodnictví. Cílem sdružení je šířit informací o různých způsobech vedení porodu (Hašková, 2001a) a usiluje o to, aby české porodnictví nabízelo bezpečnou péči odpovídající nejnovějším vědeckým doporučením a trendům. Ve své činnosti se HAM opírá o doporučení Světové zdravotnické organizace pro péči v průběhu normálního porodu. HAM spolupracuje s mateřskými centry, kde pořádá přednášky a semináře na toto téma (Hašková, 2001a).

### A-centrum

V rámci hlavního města, kde žila většina mých informátorek, působí mateřské centrum A-centrum („Áčko“). A-Centrum bylo založeno v roce 1998. V rámci A-centra probíhají přednášky a workshopy zaměřené na přirozený porod, působí zde porodní asistentky poskytující individuální poradenství v průběhu těhotenství a probíhají zde kurzy předporodní přípravy vedené porodní asistentkou Ivanou

---

<sup>17</sup> Původní název sdružení bylo Hnutí za aktivní porod a zájem sdružení se soustředil výhradně na otázky porodnictví. Postupně rozšiřování zájmu sdružení i na ostatní oblasti mateřství vedlo v roce 2000 k přejmenování sdružení na Hnutí za aktivní mateřství (HAM).

<sup>18</sup> *Hnutí za aktivní mateřství: Naše cíle*. [online]. [cit. 5. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.iham.cz/o-nas/nase-cile/>>.

Königsmarkovou. V rámci A-centra se nachází knihovna, v níž si ženy mohou zakoupit nebo zapůjčit knihy a DVD o přirozeném a domácím porodu. A-centrum dále nabízí k zapůjčení porodnické pomůcky (porodní stolička, porodní bazének) pro porod doma i v porodnici.<sup>19</sup>

### Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství

V České republice dále působí sdružení Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství. Sdružení Aperio bylo založeno v roce 2001. Vzniklo z původního programu Nadace Open Society Fund Praha Zdravé rodičovství. Program Zdravé rodičovství vznikl už v roce 1999 a usiloval o podporu přirozeného porodu a prosazení zdravotnické reformy v porodnictví České republiky. V současnosti se sdružení Aperio zabývá poskytováním právního poradenství rodičům, podporou rozšiřování nabídky kvalitních porodnických služeb a publikační činností<sup>20</sup>. V roce 2001 vydalo sdružení ve spolupráci s Nadací OSF Praha publikaci Průvodce porodnicemi České republiky. Jedná se o ucelený přehled služeb porodnic v České republice i s hodnocením. Jeho cílem je zlepšit informovanost těhotných žen o možnostech porodu v ČR a usnadnit jim výběr porodnice (Labusová, Frydrychová, 2002). Publikace vychází z údajů shromážděných v rámci výzkumu aktuálního stavu českého porodnictví uskutečněného v roce 2000. Výzkum byl realizován ve spolupráci se střediskem empirických výzkumů STEM a pod záštitou Nadace OSF Praha.

### Porodní dům U Čápa

Další organizací podporující přirozené porody a poskytující poradenskou činnost je možné ještě jmenovat obecně prospěšnou společnost Porodní dům u Čápa v Praze. Porodní dům U Čápa vzniknul v roce 2003 v reakci na zánik Centra aktivního porodu (CAP), jež působilo v pražské Fakultní nemocnici Na Bulovce. Centrum aktivního porodu se soustředilo na poskytování porodnické péče výhradně porodními asistentkami a v duchu filosofie přirozeného porodu. Po jeho zániku měl tento typ péče poskytovat Porodní dům U Čápa a stát se tak prvním porodním domem v ČR. Porodní dům U Čápa sice v roce 2006 získal registraci Nestátního zdravotnického zařízení, jež umožňovala porodním asistentkám provádět zdravotnické úkony, avšak ze seznamu povolených činností byla vyjmuta péče v průběhu porodu. V porodním domě tak porody nemohou probíhat. V současné době tak porodní dům poskytuje poradenskou činnost a nabízí předporodní kurzy vedené porodní asistentkou<sup>21</sup>. V roce 2004 společnost Porodní dům U Čápa uskutečnila dotazníkovou studii o plánovaných domácích porodech. V rámci výzkumu se snažil zmapovat důvody pro zvolení porodu doma, spokojenost rodiček

---

<sup>19</sup> A-centrum: *O nás*. [online]. [cit. 3. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.acentrum.eu/o-nas>>.

<sup>20</sup> Aperio: *Poslání, cíle, činnosti*. [online]. [cit. 3. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://aperio.cz/133/poslani-cile-cinnosti>>.

<sup>21</sup> *Od CAPu po Čápa ... aneb jak k tomu došlo, že dnes je všechno, tak jak je*. [online]. [cit. 16. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://pdcap.cz/Texty/Historie/Historie.html>>.

s porodem doma i to, zda nedošlo v průběhu porodu ke komplikacím, jež by si vyžádaly převoz do nemocnice. Výzkumu vycházel z výpovědí 78 respondentek (Štromerová, 2005).

### Festival Světový týden respektu k porodu

Možným zdrojem informací je i festival Světový týden respektu k porodu, který se koná pravidelně od roku 2006 v Praze a který pořádá Hnutí za aktivní mateřství. Světový týden respektu k porodu je koncipován jako informativní festival o těhotenství, porodu a šestinedělí. V jeho rámci probíhají přednášky, diskuze, semináře a filmové projekce. V roce 2009 byl na festivalu promítán první český dokumentární film o domácím porodu *Porod doma – možnost volby* od Jany Doležalové<sup>22</sup>.

### Nakladatelství

Nakladatelství One Women Press se zaměřuje na vydávání literatury psané ženami. V nakladatelství doposud vyšly následující knihy o přirozeném porodu: Henci Goer: *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu* (2005), Ina May Gaskin: *Zázrak porodu* (2010) či *Zdravé těhotenství, přirozený porod* (2001, 2009) od porodní asistentky Ingeborg Stadelmann. Dále knihy o přirozeném a domácím porodu vydává nakladatelství Argo. V rámci nakladatelství vyšly například následující tituly: Zuzana Štromerová: *Možnost volby* (2005), *Hovory s porodní bábou: Rozhovor Jany Doležalové s registrovanou porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou* (2006), Michel Odent: *Znovuzrozený porod* (2000). Nakladatelství Formát v roce 2004 vydalo knihu Jany Doležalové: *Porod doma, jež zahrnuje rady k domácímu porodu i porodní příběhy žen, jež porodily dítě doma*.

---

<sup>22</sup> *O festivalu*. [online]. [cit. 12. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.respektkporodu.cz/index.php/home>>.



## **3 METODOLOGICKÁ ČÁST**

### **3.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky**

V rámci svého výzkumu se zabývám reflexí vyjednávání rozhodnutí o domácím porodu. Cílem je sledovat jednotlivé roviny vyjednávání, jejich vzájemné odlišnosti i to, co je v rámci nich předmětem diskuze. Zároveň se zabývám tématem domácího porodu v širších souvislostech. Tyto souvislosti mohou mít dle mého předpokladu vliv na samotné vyjednávání. V rámci rozhovorů s informantkami jsem se tak dále zaměřila na jejich reflexi dostupnosti informací o domácím porodu v rámci České republiky a jejich reflexi mediálního obrazu domácích porodů v rámci českých médií. Informace a jejich dostupnost totiž mohou mít vliv na podobu diskuze, ale i na samotné rozhodnutí pro domácí porod. Dále sleduji to, jak informantky reflektují mediální obraz domácích porodů v rámci českých médií. Právě prezentace tématu v médiích může významně ovlivňovat postoj veřejnosti k dané problematice. Ten pak může mít vliv na průběh a charakter vyjednávání.

#### **Výzkumné otázky**

- S kým a jak ženy vyjednávají své rozhodnutí pro domácí porod a jak toto vyjednávání reflektují?
- Jak ženy reflektují dostupnost informací o domácím porodu v České republice a jak tato reflexe ovlivňuje jejich rozhodnutí pro domácí porod?
- Jak ženy reflektují mediální obraz domácích porodů v českých médiích a jaký má podle nich vliv na postoj veřejnosti k domácím porodům?

### **3.2 Výzkumná strategie a technika sběru dat**

Pro zpracování výzkumu bylo využito kvalitativní strategie. K jejímu využití jsem přistoupila především proto, že mým cílem bylo porozumět tomu, jak ženy, jež se rozhodnou pro domácí porod vyjednávají své rozhodnutí ve vztahu se svým okolím a jak ony samy reflektují způsoby, jimiž toto vyjednávání uskutečňovaly. Podle Dismana (2002) je předpokladem porozumění nahlédnutí do co nejvíce dimenzí daného problému. Pro tyto účely se tak daleko lépe hodí kvalitativní strategie, neboť umožňuje nahlédnout do sociální situace mnohem podrobněji. Jako technika sběru dat byl zvolen rozhovor. Konkrétně byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který jsem však v první části kombinovala s narativním rozhovorem. Narativní rozhovor byl zvolen proto, že jsem předpokládala, že jeho prostřednictvím mohou vstoupit do rozhovoru skutečnosti,

kteřé by při přímém dotazování nebyly zmíněny. Podle Schützeho (1999) „*dynamika průběhu vyprávění napomáhá překonat bariéry vzpomínání, odhalit a extrapolovat neúplné vzpomínky* (Schütze, 1999, odst. 12). V rámci narativního rozhovoru je informant vyzván, aby volně vyprávěl o určitém životním období, životní epizodě. Jak Schütze (1999) dále dodává, narativní rozhovor je možné využít jen pro ty sociální jevy, které mají procesuální charakter. Ten jsem zde očekávala, neboť jsem se domnívala, že informantky se nezaměří jen na popis průběhu samotného porodu, ale do svého příběhu zahrnou rovněž to, jak k zvažování domácího porodu dospěly. Předpokládala jsem tak, že narativní část rozhovoru bude mít velký význam pro porozumění motivaci informantek pro zvolení si domácího porodu. Polostrukturovaný rozhovor jsem zvolila proto, že mi na jedné straně umožnil držet se předem stanovené struktury, neboť bylo nutné, aby se informantky vyjádřily ke všem tématům, jež jsou předmětem výzkumu, ale zároveň mi umožnil do jisté míry přizpůsobit podobu rozhovoru průběhu interview. Umožnil mi tak neklást otázky v předem stanoveném pořadí, ale reagovat na to, co bylo v rozhovoru právě sdělováno a rovněž se případně vrátit k některým informacím zmíněným v narativním rozhovoru

### **3.2.1 Průběh rozhovoru**

S informantkami jsem si domluvila konkrétní místo a čas rozhovoru. Pro uskutečnění rozhovoru jsem se snažila zvolit klidné a tiché místo, kde se dalo předpokládat, že nebude průběh rozhovoru nijak narušován. Se čtyřmi informantkami jsem se tak sešla u nich doma, s dalšími dvěma v klidné kavárně v blízkosti jejich bydliště a s jednou informantkou jsme se sešly v mateřském centru. Samotnému rozhovoru předcházela vždy počáteční úvod, v němž jsem informantku seznámila s předmětem a cílem mého výzkumu. Rovněž jsem jí sdělila, jak bude nakládáno se získanými daty a předložila jí k podpisu informovaný souhlas. Sdělila jsem jim, že rozhovor bude nahráván na diktafon. S touto skutečností byly ženy seznámeny už v rámci předchozího telefonického rozhovoru a všechny s nahráváním rozhovoru souhlasily. V rámci počátečního úvodu jsem informantkám sdělila, že rozhovor bude rozdělen na dvě části. V první části rozhovoru jsem ženy vyzvala, aby mi vyprávěly o svém domácím porodu. V druhé části rozhovoru jsem jim pak kladla otázky vycházející z mých výzkumných otázek.

V rámci první části jsem informantky poprosila, aby mi vyprávěly o svém domácím porodu. Téma jsem nijak více nezužovala, neboť jsem chtěla, aby prostřednictvím vyprávění vyvstalo to, co informantky v rámci tématu domácího porodu vnímají jako důležité. V rámci svého vyprávění informantky hovořily nejen o samotném průběhu domácího porodu, ale zahrnovaly do něj svou cestu k rozhodnutí pro domácí porod a některé z nich už v této části zmiňovaly konflikty a diskuze se svým okolím. Do vyprávění jsem nijak dále nezasahovala a ani jej dodatečně netematizovala. Snažila jsem se nijak nenarušovat přirozený tok informantčina vyprávění a na zajímavé skutečnosti zmíněné ve vyprávění jsem se doptávala až v druhé části rozhovoru. Zároveň jsem se snažila podporovat vyprávěcí aktivitu informantek, jak radí

Schütze (1999) pozorným a zúčastněným sledováním vyprávění. Podle Schützeho (1999) verbální, ale i nonverbální reakce posluchače (přikývnutí, zasmání se) slouží pro informanta jako zpětná vazba, která jej podporuje v dalším vyprávění. Vyprávění ukončily samy informantky, když ve svém vyprávění dospěly k závěrečnému bodu. Tato narativní část rozhovoru trvala obvykle do 20 minut.

V druhé části rozhovoru jsem pak kladla informantkám otázky vycházející z mých výzkumných otázek. Zároveň jsem se v této části rozhovoru mohla svými otázkami vracet i k některým tématům, které informantky zmínily v narativní části rozhovoru a které jsem považovala za relevantní pro můj výzkum. Druhá část rozhovoru trvala v průměru 50 minut. Po skončení rozhovoru jsem informantce předložila k vyplnění ještě krátký dotazník, zjišťující základní údaje o informantce – věk, bydliště (kraj), vzdělání, počet dětí, které z jejích dětí se narodily doma, v jakém roce proběhl její domácí porod a kdo byl porodu doma přítomen. Rozhovory se uskutečnily v časovém rozmezí od ledna 2013 do května téhož roku.

### 3.3 Výzkumný vzorek

Pro účely mého výzkumu jsem oslovila celkem sedm žen, které mají zkušenost s domácím porodem. Jednalo se tedy o účelový výběr vzorku, kde společnou charakteristikou informantek byla zkušenost s domácím porodem. Podmínkou účasti ve výzkumu bylo, aby žena alespoň jedno své dítě porodila doma a aby se jednalo o plánovaný domácí porod<sup>23</sup>. Kontakt na první informantku jsem získala prostřednictvím své kamarádky. Následně jsem zaslala inzerát<sup>24</sup> s nabídkou účasti ve výzkumu do organizací, jež se zabývají přirozenými a domácími porody. Obrátila jsem se na Hnutí za aktivní mateřství (HAM), Porodní dům U Čápa a organizaci Aperio. Hnutí za aktivní mateřství rozeslalo můj inzerát s nabídkou účasti ve výzkumu do svých konferencí. Původně jsem se domnívala, že se mi nepodaří touto cestou najít potřebné množství zájemkyň, a že další informantky bude nutné oslovit pomocí metody sněhové koule na základě získání kontaktů od již oslovených žen. Vycházela jsem totiž z předpokladu, že ženy, jež rodí doma, mají ve svém okolí i další ženy, jež s domácím

---

<sup>23</sup> To z účasti ve výzkumu vyloučilo ty ženy, které doma porodily neplánovaně, z důvodu překotného porodu.

<sup>24</sup> Příkladám text inzerátu:

Jmenuji se Natálie Richterová a jsem studentkou Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy, kde právě píšu bakalářskou práci na téma: „Vyjednávání rozhodnutí o domácím porodu v různých společenských diskurzích“. V rámci své práce bych ráda ukázala, jaké vlivy působí na ženu, jež se rozhoduje pro domácí porod a jakým způsobem žena vyjednává své rozhodnutí o domácím porodu ve vztahu se svým partnerem, rodinou, okolím i odbornou veřejností.

Za účelem provedení výzkumu sháním respondentky, s nimiž bych na dané téma provedla rozhovor. Ráda bych Vás proto požádala, zda by nebylo možné Vaším prostřednictvím kontaktovat ženy, jež mají zkušenost s domácím porodem s nabídkou účasti na mém výzkumu. Budu velmi vděčná za jakoukoliv pomoc.

porodem mají zkušenost. Tento předpoklad se pak v průběhu výzkumu potvrdil. Na základě rozeslané nabídky se mi však ozvala řada zájemkyň. Jelikož podmínkou účasti bylo osobní setkání za účelem provedení rozhovoru, preferovala jsem informantky z Prahy a Středočeského kraje. Pro účast ve výzkumu se mi podařilo touto cestou najít šest budoucích informantek. Informantky jsem telefonicky kontaktovala a domluvila se s nimi na čase a místě schůzky pro uskutečnění rozhovoru.

### 3.3.1 Popis výzkumného vzorku

Mého výzkumu se zúčastnilo 7 žen ve věku od 26 do 37 let. Všechny informantky byly vysokoškolsky vzdělané a pocházely z Prahy nebo Středočeského kraje, jedna informatka pak pocházela z Královehradeckého kraje. Domácí porody informantek se odehrály mezi lety 2007–2012. Informantky byly v pěti případech prvorodičky, dvě informantky měly předchozí zkušenost s porodem v porodnici. Dvě informantky porodily doma své 3 děti, jedna informantka své 2 děti a čtyři informantky své 1. dítě. Ve všech případech byla domácím porodu přítomna porodní asistentka a s výjimkou jediného případu i partner informantky. U žádné z informantek se v průběhu porodu nevyskytly komplikace, které by si vyžádaly převoz do porodnice.

Jak již bylo řečeno, ve všech případech se jednalo o plánovaný domácí porod. V případě jedné informantky byla situace poněkud odlišná. Informantka se možností porodu doma v průběhu těhotenství zabývala a zvažovala jej. Nakonec od něj ale po domluvě s porodní asistentkou a s partnerem upustila a rozhodla se pro ambulantní porod v porodnici. Po začátku porodu se však rozhodla do porodnice neodjet a porodila doma v přítomnosti porodní asistentky. S přihlédnutím k tomu, že se nejednalo o neplánovaný domácí porod a informantka doma porodila z vlastního rozhodnutí, zahrnuji i její případ do svého výzkumu. Reprezentuje zde rovněž jinou rovinu vyjednávání o domácím porodu, v rámci níž došlo k dočasnému přehodnocení jejího rozhodnutí. Z tohoto důvodu se domnívám, že byla její zkušenost pro výzkum přínosem.

Zkoumaný vzorek žen vykazoval značnou homogenitu v tom, že všechny ženy pocházely z Prahy nebo Středočeského kraje či žily v jiném větším městě. Z vyprávění žen ze Středočeského kraje vyplynulo, že i ony dojížděly na předporodní kurzy nebo do mateřského centra do Prahy. Lepší dostupnost informací v rámci Prahy (organizace na podporu přirozeného a domácího porodu, kurzy předporodní přípravy vedené soukromými porodními asistentkami, mateřská centra) a větší šance na sehnání porodní asistentky k domácímu porodu mohly mít vliv na odpovědi v rámci některých otázek. Je pravděpodobně možné, že výzkum, jehož by se účastnily ženy i z jiných menších měst, by přinesl v některých ohledech jiné výsledky.

### 3.4 Analýza dat

Data jsem analyzovala průběžně po celou dobu svého výzkumu. Po každém rozhovoru jsem audio nahrávky rozhovorů přepsala do textového souboru. Pro přepis rozhovorů jsem používala techniku doslovné transkripce. Ta je podle Hendla (2005) sice časově náročnější, ale je nezbytná pro podrobné vyhodnocení výsledků výzkumu. Technika doslovné transkripce pro mě jako výzkumníka znamenala jistotu, že při přepisu rozhovoru nebylo nic důležitého vynecháno. Text rozhovorů jsem nijak stylisticky neupravovala. Ponechány byly všechny nespisovné tvary, přeřeknutí či případné nepřesnosti a chyby. V případě chyb a nepřesností jsem do poznámky doplnila upřesnění informací. Okamžitý přepis dat po rozhovoru mi umožnil provádět předběžnou interpretaci, třídění získaných dat i sledování nových témat, které se v průběhu analýzy vynořovaly. Ty jsem pak mohla sledovat v dalších rozhovorech či jsem se na ně mohla cíleně ptát, pokud je informantky samy nezmiňovaly.

Pro analyzování dat byla využita tématická analýza. Navzdory tomu, že první část rozhovoru tvořil narativní rozhovor, jsem neprováděla narativní analýzu dat. K využití techniky narativního rozhovoru jsem přistoupila proto, že jsem chtěla rozšířit množství dat, které budu moci analyzovat, nikoliv proto, že bych chtěla provádět analýzu samotného vyprávění. Pro práci s daty jsem používala metodu otevřeného kódování. Jednotlivým jevům byly přiřazeny odpovídající kódy. Využívala jsem jak kódů popisných, jimiž jsem označovala to, o čem se v dané části textu hovoří, tak kódů interpretativních, v nichž jsem uváděla vlastní interpretaci toho, o čem daný kód vypovídá. Kódy jsem pak dále spojovala do kategorií na základě jejich podobnosti či spřízněnosti. Veškeré předběžné závěry a interpretace jsem si přepisovala do samostatného souboru a opatřovala datem. Rozhovory jsem systematicky procházela a hledala v nich pravidelnosti.

### 3.5 Hodnocení kvality výzkumu

Od počátku výzkumu jsem si uvědomovala, že postava výzkumníka hraje důležitou roli, jak při sběru dat, tak při jejich následné interpretaci. V souladu s tím, co doporučuje Hendl (2005), jsem se snažila o to oprostit se od vlastních možných osobních předsudků a k získávaným datům přistupovat otevřeně a s kritickým odstupem. Hendl (2005) dále dodává, že pro důvěryhodnost a validitu výsledků je nezbytná transparentnost vyhodnocení. Ta podle Dismana (2002) spočívá v „*naprosté jasnosti analytického postupu*“ (Disman, 2002, s. 302), v němž jsou dobře sledovatelné jednotlivé kroky, které výzkumník při analýze dat prováděl. Jak už jsem uvedla výše v popisu analytického postupu, zaznamenávala jsem pečlivě jednotlivé kroky analýzy, předběžné interpretace i nové myšlenky. Dále jsem se zkusila zabránit už v počátku při přepisu dat využitím techniky doslovné transkripce.

Ke zkreslení na straně informanta může dojít v několika ohledech. Může k němu dojít například tehdy, pokud informant neporozumí otázce. Otázky jsem se proto snažila klást jednoznačné a stručné. Zároveň jsem však informantky už na počátku rozhovoru upozornila, aby mě požádaly o vyjasnění předmětu otázky, pokud by se domnívaly, že jí neporozuměly. Ke zkreslení může rovněž dojít, pokud by pokládané otázky byly informantkám nepříjemné. Uvědomovala jsem si, že v rámci výzkumu se nejedná jen o téma porodu, které je samo o sobě citlivé a intimní, ale hlavně o samotný proces vyjednávání. Jelikož je rozhodnutí pro domácí porod tématem, jež je v rámci společnosti vnímáno jako do značné míry kontroverzní, byla jsem si vědoma, že při jeho prosazování se mohly informantky setkat s nepochopením a negativními reakcemi, které mohly mít až charakter konfliktů. K rozhovoru jsem se tedy snažila přistupovat citlivě a tak aby ke mně mohly mít informantky důvěru. Zároveň jsem si uvědomovala, že samotná povaha tématu domácího porodu může být ze strany informantek předmětem zkreslení a to dvojího typu. V první řadě existovalo riziko, že ženy nebudou chtít v rámci rozhovoru zmiňovat některé konfliktní situace, s nimiž se při prosazování rozhodnutí pro domácí porod setkaly anebo bude docházet z jejich strany k vědomému i nevědomému zkreslení těchto situací. Ačkoliv se zdálo, že informantky hovořily velmi otevřeně a líčení negativních reakcí svého okolí se nevyhýbaly, toto zkreslení nemohu vyloučit. Snažila jsem se mu předcházet zvolením metody narativního rozhovoru, kdy jsem předpokládala, že v rámci vlastního vyprávění informantek můžou být vzpomenuty i ty situace, jejichž zmínění by se informantky při přímém kladení otázek vyhýbaly (úmyslně i neúmyslně). Druhý možný způsob zkreslení může být zapříčiněn tím, že informantky vědomy si toho, že společností je téma vnímáno jako kontroverzní, můžou mít tendenci nahlížet danou problematiku v lepším světle. Při vyhodnocování zjištěných údajů jsem tak měla na paměti, že prostřednictvím rozhovoru nezjišťuji objektivní realitu, ale to, jak chápe a nahlíží realitu sama informantka. Věděla jsem tak, že se nemohu dozvědět něco, co mi informantka nebude chtít sdělit či případně to, čeho si sama není vědoma.

Možné zkreslení se mohlo týkat i mé postavy, co by výzkumníka – mé vystupování, věk i možné postoje k problematice mohly mít vliv na odpovědi informantek. Snažila jsem se proto usilovat o neutralitu a kritický odstup. Mým cílem rovněž bylo, aby informantky měly ve mě důvěru, rozuměly účelu výzkumu a tomu, jak bude nakládáno se získanými daty.

### **3.6 Etika výzkumu**

Podmínkou realizace výzkumu byl souhlas informantek s jejich účastí v rámci něj. Před začátkem rozhovoru jsem informantky seznámila s okolnostmi výzkumu i s tím, jak bude nakládáno se získanými daty. Informantky podepsaly informovaný souhlas, že s uvedeným způsobem použití získaných dat souhlasí. Zároveň jsem jim sdělila, že po skončení rozhovoru mohou uvést případná další omezení na sdělené

údaje. Dále bylo informantkám sděleno, že pokud by nechtěly, nemusí na otázku odpovídat a pokud by chtěly, mohou svou účast v rámci výzkumu kdykoliv ukončit. Informantkám jsem se zaručila za etické zacházení se získanými daty. To zahrnovalo anonymizaci získaných dat i veškeré následné nakládání se získanými daty. Veškeré audio soubory pořízené v rámci rozhovorů byly označeny pseudonymy, jejich transkripce byly anonymizovány a jsou uchovány pouze v elektronické podobě a opatřeny přístupovým heslem. Případná sekundární analýza dat by byla možná jen se souhlasem informantky. Veškeré osobní údaje informantek jsem oddělila od ostatních dat a jsou uchovány v samostatném souboru rovněž opatřeném přístupovým heslem. V předložené bakalářské práci jsou všechna data anonymizována a všichni aktéři jsou opatřeni pseudonymy.

Z důvodu velké citlivosti tématu neuvádím pasportizační údaje informantek. Ze stejného důvodu jsem se rozhodla nezveřejnit celé přepisy rozhovorů. S ohledem na současnou komplikovanou situaci domácích porodů v ČR bylo pro mě klíčové především maximálně ochránit soukromí informantek a jejich okolí. Rozhovory jsou sice zcela anonymizovány, zároveň si však uvědomuji, že s ohledem na to, že skupina žen, jež mají v České republice zkušenost s domácím porodem je nevelká a tak i zveřejnění celých přepisů rozhovorů by mohlo vést k identifikaci informantky. V rámci své práce tak zveřejňuji jen citace z rozhovorů. Touto cestou se domnívám, že by měla být zajištěna naprostá anonymita informantek a tedy i ochrana jejich soukromí.

## 4 EMPIRICKÁ ČÁST

V této části předkládám zjištění, k nimž jsem v rámci svého výzkumu došla. Zjištění člením do celkem šesti kategorií. V nich sleduji jednotlivé roviny vyjednávání (lékaři, porodní asistentky, okolí), motivaci žen pro zvolení domácího porodu, reflexi dostupnosti informací o domácím porodu v rámci České republiky a reflexi mediálního obrazu domácího porodu v rámci českých médií. Tyto kategorie mají pak své podkategorie, kde se věnuji blíže jednotlivým tématům a jevům, které se v průběhu výzkumu ukázaly relevantními pro mou práci. Na úvod zahrnuji kapitolu věnující se motivaci informantek pro zvolení domácího porodu, jež by měla přispět k lepšímu porozumění tomu, co je následně předmětem diskuze v jednotlivých vztazích.

### 4.1 Důvody žen pro zvolení domácího porodu

Ráda bych ukázala, jaké důvody vedou ženy k zvolení domácího porodu a v jaké souvislosti začaly ženy domácí porod vůbec zvažovat. Pro porozumění motivaci žen pro domácí porod byla důležitá zejména narativní část rozhovoru. V rámci jejich vyprávění bylo možné sledovat jejich postoj k domácím a přirozeným porodům před těhotenstvím a jeho následný vývoj až k rozhodnutí pro porod doma. Ukázalo se, že pro rozhodnutí pro domácí porod bylo klíčové setkání s koncepcí přirozeného porodu. S tou se ženy setkaly obvykle až v průběhu těhotenství, ale část informantek se tématem zabývala už před těhotenstvím. Koncepce přirozeného porodu byla ženám blízká tím, že nahlíží na porod jako na přirozený fyziologický proces, do něhož by se nemělo zasahovat, pokud se neobjeví komplikace. Ženy v souladu s ní odmítaly rutinní provádění preventivních zákroků a medikalizaci porodu. Ženy se plně ztotožňovaly s tím, že u spontánně probíhajícího porodu přísluší aktivní role ženě, nikoliv zdravotníkům. V souvislosti s porodem v porodnici se však obávaly, že jejich přání o neintervenci do porodního procesu nebude respektováno, což povede k narušení přirozeného tempa porodu. Ženy rovněž vyjadřovaly obavy, že v porodnicích se budou muset příliš přizpůsobit zdejšímu rutinním postupům a snaze o standardizaci, což povede ke ztrátě kontroly nad porodním procesem. Ženy tak tedy začaly hledat porodnici, která by jim umožnila prožít porod podle jejich představy a bez nadbytečných lékařských intervencí. Na základě zjištění, že zcela přirozený porod je v rámci českých porodnic v podstatě nedostupný se začaly zabývat možností porodit doma. Impulsem pro zvažování domácího porodu nebylo obvykle jen zjištění o obtížné dostupnosti přirozeného porodu v rámci české porodnické péče, ale i setkání s porodní asistentkou, která následně u domácího porodu asistovala. Roli rovněž hrála pozitivní zkušenost kamarádek a známých s domácím porodem. Zde se ukázalo jako významné, že ženy už před těhotenstvím nebo až v jeho průběhu byly



součástí určité sociální skupiny, kde dané téma bylo běžné, což je patrně ovlivnilo nejen v jejich postoji, ale usnadnilo jim to rovněž i přístup k informacím. U domácího porodu ženy zdůrazňovaly zejména přirozený průběh porodu, dostatek klidu a soukromí a pocit bezpečí, který umožňuje ženě koncentrovat se na porodní proces. Za podstatné také označovaly možnost svobodně si zvolit porodní polohu. Pro ženy bylo rovněž velmi důležité, že po porodu není dítě od matky oddělováno a matka o něj může začít od prvních okamžiků sama pečovat. Ženy oceňovaly, že dny po porodu mohou trávit nerušeně samy s partnerem a narozeným dítětem.

*„Mně prostě vadilo to, že jsem věděla, že v té porodnici si ten porod nebudu moci řídit podle sebe, ale budou mi do toho zasahovat ti jiní lidi, kteří prostě nemohou vědět, co v ten okamžik právě prožívám, cítím anebo chci. V té porodnici bych byla prostě omezená.“ (paní Holubová)*

### **Role negativní zkušenosti z předchozího porodu v porodnici**

Jak jsem uvedla výše, jedním z výrazných důvodů rozhodnutí pro domácí porod bývá negativní zkušenost s předchozím porodem v porodnici. V rámci mého výzkumného vzorku se tato skutečnost příliš nepotvrdila. Naproti tomu se ukázalo, že pro domácí porod se patrně čím dál častěji rozhodují prvorodičky. V mém výzkumném vzorku bylo pět prvorodiček a dvě druhorodičky. Avšak ze dvou informantek, jež měly zkušenost s porodem v porodnici, jen paní Fialová se rozhodla pro domácí porod na základě předchozí negativní zkušenosti. Paní Dvořáková své první dítě porodila v jedné z tzv. „přátelských porodnic“ a se zdejší péčí byla spokojená. Důvodem, proč se v případě dalšího těhotenství rozhodla pro domácí porod, bylo, že chtěla, aby po porodu nebyla oddělena od dítěte. Ačkoliv tedy informantky, s výjimkou paní Fialové, neměly předchozí negativní zkušenost s porodem v porodnici, přesto popisovaly strach z lékařských intervencí a nedostatku klidu a soukromí v rámci porodnic. Tyto obavy pramenily patrně ze zprostředkovaných zkušeností jiných žen. Ty ženy čerpaly z vyprávění svých matek a kamarádek. Důležitý vliv měl patrně i internet a sdílené zkušenosti žen v rámci internetových diskuzí, případně zveřejněné porodní příběhy. Ukázalo se tak, že společným pro mé informantky nebyl vlastní negativní zážitek z porodu, ale v obecnější rovině strach z průběhu porodu v porodnici. Ve vyjádření informantek se opakovaně objevovalo podobné vyjádření: *„strach, že v porodnici prostě neporodím“* (paní Fialová) To podle mého názoru odkazuje k výrazné obavě ze ztráty aktivní role v průběhu porodu a jejího odevzdání do rukou lékařů. Podobně popisovala paní Fialová zkušenost ze svého porodu v porodnici:

*„Mě vlastně po příjezdu do porodnice chvíli nechali, ale pak na mě nastoupili (...) mi přišli píchnout vodu a zavést kapačku a epidural a oxytocin a pak už se to všechno nějak tak mlelo a ten porod nepostupoval, takže nakonec skončil po několika hodinách císařem.“ (paní Fialová)*

V souladu s principy přirozeného porodu, jenž klade důraz na psychologizaci porodu, informantky zdůrazňovaly vliv porodu v porodnici na psychiku ženy. Poukazovaly na to, že průběh porodu má důležitý vliv na následné sebepojetí ženy. „*Dá se říct, že mně to (domácí porod – pozn. autora) dodalo hroznou sebedůvěru a pocit takové síly, že jsem to zvládla.*“ (paní Chvátalová) Naopak v případě, že žena chtěla prožít svůj porod spontánně, ale nebylo jí to umožněno, může ji tato zkušenost negativně poznamenat.

„*Kolik z žen, které byly připraveny родit normálně, skončilo na císaři a nemůžou se s tím do teďka vyrovnat? Spousta. A o tom nikdo nemluví.*“ (paní Benešová)

### **Reflexe bezpečnosti domácího porodu**

V souladu s koncepcí přirozeného domácího porodu kladly informantky mnohem větší důraz na obavu z iatrogenních rizik než z porodních komplikací. Možné porodní komplikace samozřejmě nezlehčovaly, ale byly přesvědčené, že pokud by během porodu nastaly komplikace, vyřeší je včasný převoz do porodnice. Ve správném vyhodnocení porodních komplikací se spoléhaly na expertní vědění porodní asistentky i na svou intuici. Opíraly se rovněž o skutečnost, že dosavadní průběh jejich těhotenství byl fyziologický a neexistoval zde tak, podle nich, zvýšený předpoklad možných komplikací.

## **4.2 Vyjednávání ve vztahu s lékaři**

V rámci vyjednávání s lékaři jsem identifikovala celkem tři roviny vyjednávání. Tyto roviny se od sebe lišily tím, s jakým lékařem vyjednávání probíhalo, i tím, co v něm bylo diskutováno. První rovina vyjednávání probíhala s lékaři v porodnici, v níž byly informantky zaregistrovány a kde zvažovaly porodit. Předmětem diskuze zde byla dostupnost přirozeného porodu. Informantky se snažily zjistit nakolik je respektováno právo rodičky odmítnout některé zákroky a medikalizaci porodu. Druhou rovinou vyjednávání bylo diskuze s gynekology o možnosti odmítnutí některých vyšetření v průběhu těhotenství. Právě odmítání vyšetření se ukázalo být další oblastí související s koncepcí přirozeného porodu. Poslední rovina vyjednávání se týkala vztahu s pediatry. Ve vztahu s pediatry se informantky snažily dohodnout s lékařem převzetí dítěte do péče po domácím porodu, což, jak se v průběhu výzkumu ukázalo, bylo z pohledu pediatričtů vnímáno jako výrazně nestandardní situace. Níže tedy budu na těchto jednotlivých rovinách sledovat, jak konkrétně tato vyjednávání probíhala.

#### 4.2.1 Lékaři v porodnici

Rozhodnutí pro domácí porod předcházela často snaha nalézt porodnici, kde by žena mohla prožít přirozený porod bez nadbytečných lékařských zásahů. Až právě zjištění, že avizovaná podpora přirozeného porodu naráží na byrokratizaci a standardizaci postupů, ve smyslu v jakém o ní hovoří Hašková (2001a) vedla informantky k definitivnímu rozhodnutí se pro porod doma. Informantky vybíraly porodnice, v nichž předpokládaly, že bude respektováno jejich přání jako rodičky a kde bude umožněn přirozený průběh porodu. Po návštěvě porodnice či absolvování kurzu předporodní přípravy v rámci porodnice informantky zjišťovaly, že avizovaný „přátelský“ přístup porodnice se střetává s běžnou realitou fungování porodnice a snahou o standardizaci.

*„Já jsem přišla do nemocnice a říkala jsem jim tam, že pokud mi zaručí, že na mě nešáhne lékař do doby, než to bude opravdu potřeba, tak tam porodím. Oni mi ale řekli, že to mi nezaručí, že prostě bude standardní postup, to znamená, že bude potřeba zařídit tyhle a tyhle papíry, provést tohle a tohle vyšetření a tak. Já jim říkám, že ale já nejsem schopna se takhle přizpůsobit těmhle jejich standardům a oni mi řekli, že jinak to nejde.“* (paní Adamová)

Informantky se snažily vybírat menší porodnice, kde předpokládaly, že bude panovat intimnější atmosféra a osobnější vztahy s personálem a kde bude mít rodička více prostoru pro vyjednávání. Výběr menší porodnice doporučují i porodní asistentky, neboť mají zkušenost, že v nich žena má větší šanci na prožití takového porodu jaký si přeje (Štromerová, 2005). To potvrzuje i zjištění výzkumů (Hrešanová, 2011; Takács, Seidlerová, 2012), které ukazují, že nejkritičtěji ženy hodnotí péči právě ve fakulních porodnicích. Podle Hrešanové (2011) si ženy, jež rodily ve fakulní porodnici, stěžovaly na způsob komunikace ze strany personálu (porodních asistentek, lékařů-porodníků), který se omezoval jen na „sbírání informací“ a na nedostatečnou emocionální a psychickou podporu rodičky. Naopak v menších porodnicích (méně než 500 porodů/rok) jsou ženy výrazně více spokojeny s kontrolou a podílem rodičky na rozhodování v průběhu porodu (Takács, Seidlerová, 2012). Avšak ani výběr menší porodnice neznamenal, že ženě se zde podaří prosadit porod podle její představy. Ženy uváděly, že ze strany lékařského personálu, s kterým se setkaly v předporodních kurzech či při návštěvě porodnice cítily tlak, aby netrvaly na svých představách o způsobu vedení porodu. Týkalo se to zejména možnosti volby porodní polohy, provádění episiotomie bez přání rodičky a podpory bondingu. Lékaři se snažili ženy přimět, aby přistoupily na jimi požadovanou podobu porodní péče. Tyto enkulturační tendence ze strany zdravotnického personálu v souvislosti s předporodními kurzy v porodnici zmiňuje Hrešanová (2008). Hovoří o tom, že v průběhu předporodních

kurzů je vyvíjen na budoucí klientky tlak, který usiluje o akceptaci praktik a norem uplatňovaných v dané instituci, jež mají zajistit její hladký chod.

*„Co se mně tam ale nelíbilo, bylo to, že tam prohlašovali: ‚Můžete rodit v jakékoliv poloze, nám je to vlastně jedno. Ale nám by nejvíce vyhovovalo, kdybyste rodila takhle. Ona když porodní asistentka musí ležet na zemi, tak to není moc dobré.‘“ (paní Benešová)*

Nejistota, zda se ženám nakonec podaří prosadit v porodnici požadovaný způsob porodu a nejistota, zda budou jejich přání dostatečně respektována, vedla nakonec k tomu, že se informantky rozhodly pro domácí porod.

#### **4.2.2 Gynekolog**

Základní prenatalní péči využívá u nás v těhotenství téměř každá žena<sup>25</sup>. Rovněž všechny mé informantky navštěvovaly v průběhu těhotenství prenatalní poradnu. V péči gynekologa však nebyly mnohdy po celou dobu těhotenství a kombinovaly ji s péčí porodní asistentky. Zatímco podle statistiky ÚZIS začíná většina těhotných žen (80 %) docházet do prenatalní poradny v 1. – 12. týdnu (ÚZIS, 2013a), několik mých informantek začalo navštěvovat prenatalní poradnu až v relativně pozdějším období těhotenství. Některé z žen rovněž nesetřvaly v péči gynekologa až do 38. týdne, kdy gynekolog předává těhotnou ženu do péče porodnice. K předčasnému opuštění péče gynekologa vedla ženy nespokojenost s podobou poskytované péče (nedostatečná komunikace ze strany lékaře, způsob provádění vyšetření) či vzájemné neshody. Vzájemné neshody uváděly jako důvod k opuštění péče gynekologa ty informantky, které se lékaři rozhodly sdělit své rozhodnutí pro porod doma.

V průběhu výzkumu se ukázalo, že diskuze s gynekologem o domácím porodu nejsou mezi ženami, jež rodí doma, příliš časté. Se samotným rozhodnutím pro porod doma se ženy svému lékaři svěřily jen v několika málo případech. Svou roli zde zřejmě hrál vnímaný negativní postoj lékařů k domácím porodům a obava z reakce lékaře. Stejně jako ve vztahu s širším okolím ženy uváděly, že chtěly prožít své těhotenství v klidu a nechtěly své rozhodnutí muset obhajovat. U informantek jsem se setkala se stereotypním pohledem na postoj lékařů k problematice domácích porodů. Tento stereotypní náhled na postoj lékařů k domácím porodům ženy čerpaly patrně zejména z vyjádření lékařů v médiích i z postojů zastánců přirozeného porodu. Ženy už předem předpokládaly, že lékaři se plně ztotožňují s vědeckou medicínou a nejsou tak přístupni diskuzi. Vycházely z toho, že v rámci vědecké medicíny je porod vnímán jako labilní proces a že takto jej pojímá většina lékařů. Domnívaly se, že ze strany lékařů by jim byl nabízen jako možnost pouze lékařsky vedený porod a že debatu o jakékoliv alternativní podobě porodní péče by lékaři odmítli. Jejich případná argumentace, jež by vycházela

---

<sup>25</sup> Podle statistických informací ÚZIS v roce 2012 navštěvovalo prenatalní poradnu v průběhu těhotenství 98,2% těhotných žen (ÚZIS, 2013a).

z koncepce přirozeného porodu, by lékaři nebyla vnímána jako relevantní. Informantky uváděly, že tu neviděly tedy žádný prostor pro případnou diskuzi, a proto většina informantek odmítala do diskuze s lékaři vůbec vstupovat.

Zdalo se však, že se zde střetávají nejen dvě odlišná pojetí porodu, ale v širším ohledu i dvě oblasti medicíny. Dominantní vědecká medicína<sup>26</sup>, založená na vědeckých důkazech a nekonvenční medicína<sup>27</sup>, opírající se o tradici. U části informantek se totiž neobjevovala jen obava ze zásahů do průběhu porodu, ale i určitá obecná nedůvěra k lékařům a jejich přístupu k pacientovi. Ta pramenila z předchozích negativních zkušeností s lékaři. Na jedné straně se tak informantky odmítaly ztotožnit se současnou podobou péče, jež má svůj původ ve vědecké medicíně, na druhé straně jsem shledávala jejich plné ztotožnění s koncepcí přirozeného porodu. To potvrzuje zjištění Křížové (2004), že existují dvě skupiny důvodů, proč lidé vyhledávají nekonvenční medicínu. Jedna skupina důvodů je založena na faktoru odpuzivosti, kdy lidé v důsledku předchozího zklamaní moderní vědeckou medicínou se obracejí k řešením nekonvenční medicíny. Druhou skupinu důvodů tvoří naopak faktor přitažlivosti, kdy lidé vyhledávají nekonvenční medicínu, protože se ztotožňují s jejími hodnotami, světonázorem i se způsobem, jakým je v ní definován vztah klienta a poskytovatele péče. Obě tyto skupiny důvodů byly u informantek pozorovatelné. Informantky nakonec dospěly k tomu, že se více ztotožňovaly s expertním věděním porodních asistentek než expertním věděním lékařů. To vedlo k tomu, že informace i rady v průběhu těhotenství vyhledávaly spíše od své porodní asistentky než od svého lékaře.

Otevřeně o zvažování domácího porodu hovořily před prvním porodem doma se svým lékařem jen paní Benešová a paní Dvořáková. Paní Benešová o plánování domácího porodu celkově hovořila otevřeně i se svým okolím a paní Dvořáková tak učinila proto, že předpokládala, že její lékařka bude její rozhodnutí respektovat. Otevřeněji ženy hovořily o svém rozhodnutí až po porodu, ale zde už většinou nebyl ze strany lékařů zájem o problematice diskutovat. Pokud ženy rodily doma opakovaně, v průběhu dalšího těhotenství se už nemohly konfrontaci s lékařem vyhnout, neboť údaj o místě porodu byl uveden v jejich dokumentaci. Přesto se i v tomto případě ženy otevřenému sdělení lékaři o rozhodnutí pro domácí porod vyhýbaly. Paní Chvátalová během druhého těhotenství na dotaz lékaře, zda znovu plánuje domácí porod, pouze uváděla, že jej zvažuje. Jinak se většina informantek o domácím porodu lékaři před porodem nezmiňovala. Informantky se konfrontaci s lékařem vyhýbaly tím, že do lékařské dokumentace uváděly porodnici, v níž byly zaregistrovány. Tato informace byla pro lékaře dostačující a ženy se tak lékaři nemusely se zvažováním domácího porodu svěřovat. Informantky, které se rozhodly o zvažování domácího porodu s lékařem hovořit, uváděly, že nepředpokládaly, že je postoj lékaře od jejich rozhodnutí

---

<sup>26</sup> Vědeckou medicínou (či konvenční medicínou) se podle Křížové (2004) rozumí „*vědecky podložené postupy školské západní medicínské nauky a praxe*“ (Křížová, 2004, s. 15).

<sup>27</sup> Nekonvenční medicína je podle Křížové (2004) „*definována chybějícím přírodovědeckým vysvětlením a dostatečně spolehlivým klinickým prověřením účinku podle požadavků současné vědy*.“ (Křížová, 2004, s. 17)

nějak odradí. Naproti tomu informantky, které se sdělení lékaři vyhýbaly, hovořily více o obavách z reakce lékaře a jeho případného odrazování od domácího porodu. Zdálo se, že informantky navzdory ztotožnění s koncepcí přirozeného porodu uznávaly odbornou autoritu lékaře a obávaly se, že by je jeho vyloučení domácího porodu mohlo znejistit.

*„Ono už učinit tu volbu je poměrně složitý a člověk tím na sebe bere fakt velkou zodpovědnost. Kdyby se cokoliv stalo, tak není na koho to hodit. (...) A tohle si ustát před nějakou autoritou, kterou u nás lékař představuje, jak je to v nás vypěstovaný, je hrozně těžký a nebyla jsem na to připravená.“* (paní Fialová)

*„Gynekologové se na domácí porod tvářili dost zamítavě, teda alespoň ten poslední gynekolog (...) prostě mi to nedoporučoval a vyprávěl mi nějaké nešťastné příhody, které se stanou.“* (paní Chvátalová)

Ve vztahu s lékařem je klíčovou otázkou zodpovědnosti a jejího rozdělení mezi klientku a lékaře. Informantky se domnívaly, že lékaři mají tendenci přebírat více zodpovědnosti, než jim přísluší a upírají tak ženám možnost svobodného rozhodnutí. Právě vyjednávání zodpovědnosti se zdálo být základním tématem ve vztahu informantek a lékařů. Diskuzi o zodpovědnosti ve vztahu s lékařem se informantky nevyhnuly ani v případech, že se rozhodly lékaři nesdělřit, že zvažují domácí porod, neboť s lékařem řešily odmítání vyšetření.

*„Co já vnímám jako hodně negativní na postoji těch lékařů je, že oni upírají svobodný rozhodnutí lidem a že jsou přesvědčeni o své pravdě natolik, že nejsou ochotni akceptovat jiný alternativy, než oni nabízí. A tím si myslím, že minimálně někteří z nich překračují svoji pravomoc a že mají tendenci přebírat více zodpovědnosti než je jejich díl.“* (paní Dvořáková)

Samotné rozhodnutí pro domácí porod informantky považovaly za rozhodnutí, jež vyžaduje velké množství zodpovědnosti a kterému předcházelo vyhodnocování všech kladů a rizik domácího porodu na základě získaných informací. Informantky neočekávaly, že by lékaři jejich rozhodnutí schvalovali, ale chtěly, aby jejich rozhodnutí bylo ze strany lékařů respektováno. S odrazováním od domácího porodu se ze strany svého lékaře setkala paní Benešová a paní Chvátalová.

### **Odmítání vyšetření**

Mnohem důležitější rovinou vyjednávání ve vztahu s lékařem se ukázala být u žen rodících doma diskuze o odmítání vyšetření. Ukázalo se, že odmítání vyšetření je v širším kontextu spjato se zásadami přirozeného porodu. Stejně jako přirozený porod se opírá o princip preventivního nezasahování a obav z nadměrné intervence v průběhu

těhotenství. Ženy odmítaly častější provádění ultrazvukového vyšetření<sup>28</sup>, vyšetření na těhotenskou cukrovku (orální glukózový toleranční test) a genetický test (Triple test). Informantky byly přesvědčeny, že invazivní metody vyšetření mohou být nahrazeny šetrnějšími metodami, s nimiž měly zkušenost z kontrol u své porodní asistentky. Právě možnost porovnání péče lékaře s péčí porodní asistentky umožňovala ženám získat lepší představu o požadované péči. Ženy oceňovaly, že porodní asistentka například používá k vyšetření srdečních ozev těhotenský stetoskop (porodnické ucho) namísto ultrazvukového snímače a místo častého používání ultrazvuku provádí vyšetření pohmatem. Pomocí pohmatu pozná porodní asistentka, jak je dítě v děloze uloženo a až v případě zjištění nějakých abnormalit posílá těhotnou ženu na ultrazvukové vyšetření. Porodní asistentka rovněž může ukázat matce, jak může dítě sama nahmatat. Péči porodní asistentky vnímaly ženy jako citlivější a srozumitelnější.

*„Rozdíl je také v tom, že porodní asistentky zjišťují polohu dítěte pohmatem na rozdíl od toho neosobního kontaktu u ultrazvuku. Vždycky mi to přišlo pěkný, mnohem lepší než když jsem to dítě na ultrazvuku viděla.“ (paní Benešová)*

*„Ukázala mi, jak si mám nahmatat různě tu hlavičku. To bylo příjemný, protože člověk pak to tělo více chápe.“ (paní Černá)*

Důvody proč ženy odmítaly některá vyšetření, byly různé a lišily se i podle druhu vyšetření. V případě vyšetření ultrazvukem se ženy obávaly, jaký může mít vyšetření vliv na dítě či jim bylo samotné provádění vyšetření nepříjemné: „... *nevíme, jak to funguje a jak to dítě bere...*“ (paní Chvátalová) „*Při ultrazvuku mě to dítě vždycky hrozně kopal a hrozně se tam mrskalo, takže mi to bylo nepříjemný.*“ (paní Benešová) Důvodem odmítání genetických testů (Triple test) byla skutečnost, že ženy nedůvěřovaly v jejich naprostou spolehlivost<sup>29</sup>, a proto uváděly, že i v případě pozitivního výsledku by se jejich výsledkem stejně neřídily.

*„Mně ty vyšetření připadají zbytečná a jejich výsledky bych se ani neřídila, protože ty výsledky nejsou stoprocentně spolehlivé.“ (paní Chvátalová)*

V případě odmítání vyšetření se informantky nemohly diskuzi s gynekologem vyhnout. Podle Zákona č.20/1966 Sb. O péči o zdraví ve znění pozdějších předpisů, §23-27 není žádné vyšetření v těhotenství povinné (Doležalová, 2006). Hasmanová Marhánková (2008) však zjistila, že ačkoliv by řada vyšetření měla být ženám nabízena jako dobrovolná, jejich odmítnutí není ze strany lékařů považováno za rovnocennou volbu. To podle Hasmanové Marhánkové souvisí s tím, že možnost aktivního zapojení ženy do

---

<sup>28</sup> Standardně se v těhotenství v současnosti v České republice provádí dvoustupňový screening. První ultrazvukové vyšetření se provádí v 18. až 20. týdnu těhotenství, druhé ultrazvukové vyšetření se provádí v 30. až 32. týdnu těhotenství (Pařízek, 2008). Někteří lékaři však provádí ultrazvukové vyšetření častěji.

<sup>29</sup> Jak uvádějí sami lékaři, výsledky genetického screeningu nemusí být 100% přesné. Jejich cílem je identifikace těhotenství s vyšším rizikem vrozené vady. Ženy, u kterých je toto riziko zjištěno, jsou následně odeslány na amniocentézu (odběr plodové vody) (Pařízek, 2008).

výběru péče, a tedy i rozhodování o tom, která vyšetření se žena rozhodne podstoupit či odmítnout, je v rámci systému českého zdravotnictví stále do značné míry novinkou. Ze strany lékařů se informantky setkaly se dvěma různými přístupy. První přístup bych označila jako „proklientský“. Lékař v rámci něj odmítání vyšetření akceptoval jako součást svobodné volby zdravotní péče a snažil se nabídnout alternativní způsoby vyšetření. Druhý přístup, s nímž se informantky setkaly, nesl znaky dřívějšího „paternalistického“ přístupu a odmítání vyšetření v něm bylo vnímáno jako zpochybnění autority lékaře. Paní Fialová se ze strany své gynekoložky setkala s velmi chápavým a proklientsky zaměřeným přístupem. Gynekoložka se jí snažila vyjít vstříc prováděním vyšetření neinvazivním přístupem a s veškerými plánovanými vyšetřeními ji předem seznámila, vysvětlila jejich důvody a následně nechala informantku rozhodnout se, zda na ně přistoupí.

*„Ona třeba mě poslouchala takovým tím porodnickým uchem, když jsem nechtěla ultrazvuk. Je vidět, že není na to úplně zvyklá, ale neměla nic proti tomu. Upozornila mě na nějaké věci, které by ráda provedla a já jsem jí řekla svůj názor a pokud jsme se nesešly, tak nebyl žádný problém. Nebyl tam žádný nátlak nebo nějaké zastrašování kdy by mi tvrdila, že to dělám pro miminko.“ (paní Fialová)*

Naopak paní Benešová se setkala s tím, že odmítnutí vyšetření považoval lékař za zpochybnění jeho autority, což vedlo ke konfliktu mezi lékařem a klientkou a k následnému odchodu klientky z jeho péče.

*„... on po mně nutně vyžadoval ultrazvuk, to už bylo při těhotenství s druhou dcerou, ve 30. týdnu a já jsem mu řekla, že tam nepůjdu, což on nějak nepřenesl přes srdce. (...) Byl hrozně naštvaný na porodní asistentky, které podle něj vysávají zdravotnictví, že jim berou práci a že my jim za to musíme platit. Říkal, že nechápe, za co jim vlastně platíme, protože tu péči nám poskytne i on a o mnoho víc. Porodní asistentka podle něj nic neumí, že on na rozdíl od ní má dvě atestace a podobně.“ (paní Benešová)*

Většina ostatních informantek se setkala s tím, že jejich rozhodnutí lékaři akceptovali, přesto však nebylo nahlíženo lékaři jako standardní postup. Ženám sice bylo umožněno vyšetření nepodstoupit, ale lékaři pak byly následně považovány za problémové klientky.

*„Mně to ale bylo vždycky hrozně nepříjemný a netěšila jsem se tam a připadala jsem si nepříjemně, že se domáhám něčeho, co není běžné. Připadala jsem si vždycky jako divná, že něco nechci a dá se říct, že mě to obtěžovalo.“ (paní Chvátalová)*

Ženy nepožadovaly, aby s jejich rozhodnutím lékaři souhlasili, ale aby jejich rozhodnutí bylo respektováno a považováno za rovnocennou možnost volby. Spokojené byly i tehdy, pokud lékař jejich odmítnutí některých vyšetření nijak nekomentoval.

Jak jsem uváděla výše, ambulantní porod je řadou lékařů chápán jako přijatelná alternativa k domácímu porodu. Zajímalo mě, zda pokud žena otevřeně hovořila



o zvažování domácího porodu, zda jí bylo jejím lékařem navrhována nějaká alternativa k domácímu porodu, například právě v podobě ambulantního porodu či porodu v „přátelské“ porodnici nakloněné přirozeným porodům.

Žádná z informantek se nesetkala s tím, že by jí byl gynekologem nabízen jako alternativa k domácímu porodu ambulantní porod. To bylo samozřejmě způsobeno tím, že otevřeně o zvažování domácího porodu hovořily se svým gynekologem jen některé informantky. Ani ony se však nesetkaly s tím, že by se jim gynekolog snažil nabídnout alternativu k porodu doma například v podobě porodnice nakloněné přirozeným porodům či ambulantní porod. S navrhováním ambulantního porodu jako alternativy se setkala pouze paní Adamová, kdy jí byl ambulantní porod nabízen pediatričkou, se kterou se domlouvala na převzetí dítěte do péče po domácím porodu.

### 4.2.3 Pediatr

Právě vyjednávání s pediatrií o převzetí dítěte do péče po domácím porodu je další rovinou vyjednávání s lékaři. V souvislosti s domácím porodem je potřeba, aby si rodička našla pediatra, který převezme novorozence do 24 hodin po porodu do péče.<sup>30</sup> Tato situace není standardní, neboť novorozenci jsou běžně do doporučené doby 72 hodin po narození v péči porodnice. Situace je odlišná v případě domácího porodu a ambulantního porodu, kdy je potřeba přijetí novorozence do péče před uplynutím 72 hodin po porodu. Pediatrii přijímání dětí mladších 72 hodin do péče odmítají a poukazují na to, že péče o tyto děti má být zajištěna neonatologem. Liga lidských práv však uvádí, že „podle vyhlášky č.70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, je registrující lékař v oboru praktické lékařství pro děti a dorost povinen zajistit všeobecné preventivní prohlídky dětí již od narození, nikoli tedy až od věku 72 hodin“ (Candigliota, Honzák, 2012, s. 8). Navzdory tomu paní Adamová a paní Holubová uváděly, že nalézt pediatra, který dítě převezme předčasně do péče, bylo značně obtížné. Ukázalo se, že nalézt pediatra je snazší, pokud si ženy domlouvají převzetí dítěte do péče po ambulantním, nikoliv domácím porodu.

*„Já jsem si vždycky u těch pediatrií domlouvala, že budu rodit ambulantně, abych pak měla toho doktora hned pak k dispozici, když jsem chtěla prohlídku miminka po porodu. Na ambulantní porod se pediatrii tvářili, že je to v pořádku a že to dítě pak převezmou do péče.“ (paní Chvátalová)*

---

<sup>30</sup> Porod v domácím prostředí. UNIPA. [online]. [cit. 8. 2. 2014]. Dostupné z:

<[http://www.unipa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=201:porodvdomacimprostredi&catid=42:porod&Itemid=124](http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=201:porodvdomacimprostredi&catid=42:porod&Itemid=124)>.

Rovněž paní Adamová potvrzovala, že pediatři jsou ochotnější převzít dítě do péče po ambulantním porodu spíše než po domácím porodu. Pediatřička, s níž se paní Adamová domlouvala na přijetí dítěte do péče po porodu, ji od domácího porodu odrazovala, přičemž ambulantní porod považovala za akceptovatelnou alternativu.

*„Dlouho nám tloukla do hlavy, ať jdeme alespoň do ambulantního porodu, nejlépe teda 2 až 3 dny zůstat v porodnici, ale hlavně nerodit doma. Ambulantní porod by akceptovala, ale že když teda nedáme jinak, tak k nám domů přijde.“* (paní Adamová)

Naproti tomu paní Holubová se setkala s tím, že ji pediatři odmítli přijmout do péče i dítě po ambulantním porodu. Přesto se zdá, že přijetí dítěte do péče po ambulantním porodu je pro pediatry přijatelnější. To je zřejmě dáno tím, že ambulantní porod probíhá v porodnici a podmínkou propuštění matky s dítětem domů je zcela výborný zdravotní stav obou. Naproti tomu po domácím porodu jsou to právě pediatři, kdo kromě porodní asistentky dítě jako první vyšetří. Ze strany pediatrů tak panoval patrně strach z převzetí zodpovědnosti a možných důsledků, pokud by se u novorozence vyskytly zdravotní problémy.

Snaha nalézt pediatra, který přijme po domácím porodu dítě do péče, vedla informantky k tomu, že se snažily vyhledávat lékaře nakloněné alternativním léčebným metodám (homeopatie, přírodní medicína) u nichž předpokládaly, že by mohli být spíše nakloněni domácím a ambulantním porodům.

*„... tak mi třeba i lékařky, které se třeba i zabývají homeopatií, tak mě odmítly s tím, že je to nestandardní věc a že mě do té péče nevezmou. Takže pro nás pak byl problém najít obvodního lékaře, protože oni z toho měli asi strach, že budou mít za to dítě už zodpovědnost a že mají potřebu se za něco krýt.“* (paní Holubová)

Ukázalo se tedy, že ani orientace pediatra na alternativní metody léčby nebyla zárukou, že bude ochoten na časně přijetí dítěte do péče přistoupit. Přijetí dítěte do péče po domácím porodu bylo totiž nahlíženo z pohledu převzetí nadměrné zodpovědnosti a neobvyklosti takového postupu. V případě problémů s nalezením pediatra ochotného přijmout dítě do péče po porodu doma se tak informantky obracely s žádostí o doporučení lékaře na svou porodní asistentku. S pomocí porodní asistentky se nakonec všem informantkám podařilo pediatra nalézt.

## 4.3 Vyjednávání s porodní asistentkou

Ukázalo se, že předmětem vyjednávání s porodní asistentkou je to, zda porodní asistentka poskytne ženě asistenci při porodu doma a za jakých podmínek. Všechny mé informantky měly u porodu doma porodní asistentku. Zajímalo mě, jak probíhala dohoda s porodní asistentkou a co bylo v ní předmětem diskuze a zda se některá informantka setkala s tím, že by jí porodní asistentka poskytnutí asistence u domácího porodu odmítla. V průběhu výzkumu se ukázalo, že důležitou roli ve vyjednávání hrála skutečnost, zda porod doma proběhnul před začátkem účinnosti nového zákona o zdravotních službách (Zákon 372/2011 Sb.) nebo až následně. Informantky, které rodily před dubnem 2012, problémy se sehnáním porodní asistentky k domácímu porodu nezmiňovaly. V několika případech to byla sama porodní asistentka, která představovala prvotní impuls v zájmu informantek o domácí porod.

*„Pak když jsem se s ní sešla a začala jsem k ní chodit i na předporodní přípravu, tam mi to začalo docvakávat, že nejen v porodnicích je možný rodit a že ty výhody soukromí jsou pro mě vlastně převažující nežli ten komfort medicínského provozu.“* (paní Chvátalová)

Kontakt na porodní asistentku získaly informantky nejčastěji od svého okolí. Paní Benešová uváděla, že při shánění porodní asistentky je možné obrátit se na Českou komoru porodních asistentek, která ženě porodní asistentku doporučí. Jak však paní Benešová dále zmiňovala, neexistuje na webových stránkách ČKPA žádný seznam porodních asistentek, což může podle ní výběr porodní asistentky ztěžovat.

### **Podmínky porodní asistentky pro domácí porod**

Podmínky, které si porodní asistentky stanovovaly pro přistoupení na asistenci u domácího porodu, odpovídají podmínkám uváděným v kapitole Postoj porodních asistentek. Jedná se o fyziologický průběh těhotenství, ukončený 37. týden těhotenství a polohu dítěte hlavou dolů. Porodní asistentky rovněž požadovaly, aby ženy akceptovaly, že pokud v průběhu porodu dojde k nějaké komplikaci, musejí respektovat rozhodnutí porodní asistentky o přesunu do porodnice. Paní Chvátalová zmiňovala, že další podmínkou její porodní asistentky bylo, že bude během těhotenství v souběžné péči gynekologa. Ostatní informantky tuto podmínku nezmiňovaly, avšak všechny v péči gynekologa v průběhu těhotenství byly.

*„Já jsem chtěla chodit k porodní asistentce, ale na druhou stranu jsme domluvily (s porodní asistentkou – pozn. autora), že budu chodit i k tomu gynekologovi, mně to přijde zbytečný, ale prostě to tak bylo.“* (paní Chvátalová)

Informantky neuváděly, že by si ony samy stanovovaly nějaké podmínky pro vedení porodu doma. Výjimkou byla paní Adamová, která na rozdíl od ostatních informantek, které zdůrazňovaly zejména přátelskou rovinu vztahu s porodní asistentkou a vzájemnou důvěru, kladla důraz na dodržení profesionálního odstupu ve vztahu s porodní asistentkou. Ten mimo jiné spočíval v zachování vykáni.

*„Jediné, co jsem po ní chtěla, bylo, abychom si vykaly, protože když ji budu vykat, tak k ní budu mít respekt. Takže aby v době porodu jsem byla schopna ji respektovat, když ona něco rozhodne. To byla jediná podmínka, kterou jsem měla já vůči ní.“* (paní Adamová)

Z celkového způsobu vyprávění o domácím porodu bylo patrné, že paní Adamová pojímala asistovaný domácí porod jako regulární formu porodní péče, na kterou měla jako platící klient po splnění příslušných podmínek nárok.

*„... ona byla naprosto profesionální, brala mě jako zákaznici. Byla jsem prostě platící klient, jenž chce tuto službu, ona mi řekla, za jakých podmínek tuto službu poskytuje a já jsem všechny ty kritéria splnila.“* (paní Adamová)

Ukázalo se, že porodní asistentky k ženám přistupují jako ke klientkám a snaží se jim poskytovanou formou péče vyjít co nejvíce vstříc. To se potvrdilo i u paní Holubové, jež v průběhu těhotenství své rozhodnutí pro domácí porod přehodnotila a rozhodla se pro alternativu domácího porodu v podobě ambulantního porodu. Porodní asistentka s jejím rozhodnutím souhlasila a nabídla jí doprovod do porodnice. Paní Holubová se však nakonec po začátku porodu rozhodla doma zůstat, přičemž i v tomto přání jí porodní asistentka vyšla vstříc a poskytla jí asistenci u porodu doma.

*„To mě vedlo k tomu, že jsem si vymyslela takový způsob a domluvila se s porodní bábou, která umožňuje i to, že jde s tou ženskou do porodnice, tam je s ní během toho porodu a hned po porodu se podepíše revers a ta ženská jde v podstatě domů. Tak jsem si říkala, že tohle pro mě, jako pro prvorodičku, bude asi nejschůdnější, protože jsem moc vlastně ani nevěděla, co mě jako čeká. Takže jsme se domluvily, že to bude takto. Až mi to začne, tak jí zavolám a ona přijede ke mně domů a budeme doma tak dlouho, jak to půjde, abych nemusela třeba den čekat v porodnici, no a pak přejedeme do porodnice, tam odrodím a pokud to samozřejmě bude možné, tak bych hned jela domů a ona by pak už se mnou byla doma a starala by se o tu první péči.“* (paní Holubová)

Jak se zdá, informantky se obracely na porodní asistentky, o nichž věděly, že k domácím porodům chodí. Tyto informace čerpaly od svého okolí nebo na předporodních kurzech. Žádná informantka nezmiňovala, že by měla problém před legislativní změnou porodní asistentku k porodu doma sehnat. Zde však mohla hrát roli skutečnost, že s výjimkou paní Adamové pocházely všechny informantky z Prahy a blízkého okolí, kde je, jak uvádím výše, pravděpodobně sehnání porodní asistentky k domácímu porodu snazší.

## Změny v souvislosti s novým zákonem o zdravotních službách

V souvislosti s počátkem účinnosti nového zákona o zdravotních službách (Zákon 372/2011 Sb.) se situace žen, jež chtějí родit doma, mění. Před 1. 4. 2012 nebyl porod doma sice oficiálně schválenou variantou porodní péče, ale česká legislativa jej nijak neošetřovala. Po dubnu 2012 v souvislosti s upravením podmínek pro poskytování asistence u porodu mimo zdravotnické zařízení se ženy, které se rozhodnou родit doma s porodní asistentkou dopouštějí v podstatě nelegálního jednání. Informantky, kterých se tato skutečnost týkala, vnímaly situaci jako krajně nepříjemnou a považovaly ji za zásah do svých práv. Průběh těhotenství byl podle nich tak poznamenán stresem a snahou se v nově vzniklé situaci právně zorientovat a nalézt legální řešení situace.

*„Tahle situace byla velice nepříjemná, snažit se dohodnout v takhle nastavených pravidlech.“ (paní Dvořáková)*

Ženy, které se rozhodnou родit doma, samy sebe ohrožení nevystavují, neboť domácí porod česká legislativa nezakazuje. Pokud se však rozhodnou родit doma ohrožují ženy porodní asistentku, která jim poskytuje u domácího porodu asistenci a která se bez platné registrace dopouští podle zákona nelegálního jednání. Ukázalo se, že zatímco před změnou legislativní situace ženy s porodní asistentkou řešily hlavně to, zda poskytnou porodní asistenci u domácího porodu v konkrétním případě, po změně zákona se diskuze s porodní asistentkou posouvá spíše k tomu, zda porodní asistentka bude ochotná asistenci u domácího porodu vůbec poskytnout. Informantky v tomto ohledu vyvíjely iniciativu, kterou se snažily zajistit porodní asistentce právní ochranu. Uchylovaly se k vytváření scénářů, které by zamezily hrozbě pokuty a trestního stíhání porodní asistentky. Cestou jak to učinit bylo, že ženy domácí porod oficiálně označovaly za překotný porod, případně uváděly, že porod doma proběhnul bez asistence. Ukazuje se, že současná legislativní situace nutila dané informantky být mnohem aktivnější a snažit se nalézt v nové situaci oboustranně přijatelné řešení. Jistou roli, zde zřejmě opět sehrávají občanská sdružení (např. Liga lidských práv, sdružení Aperió), které poskytují právní rady ženám, jež se snaží sehnat porodní asistentku k porodu doma.

V rámci mého výzkumného vzorku se daná situace týkala třech mých informantek: paní Benešové, Dvořákové a Fialové. Paní Benešová a paní Dvořáková měly už předchozí zkušenost s domácím porodem, paní Fialová rodila doma poprvé. Podle paní Benešové a Dvořákové změněná situace se významně podílela na nejistotě, jak a kde nakonec jejich porod proběhne.

*„Bylo to celý takový nepříjemný, že bylo těhotenství prodchnuto řešením takovýchto vnějších okolností.“ (paní Dvořáková)*

Informantkám rovněž vadilo, že je současná situace v podstatě nutí jednat do jisté míry protiprávně, což bylo v rozporu s jejich vnitřním přesvědčením.

*„Navíc k tomu ještě ty porodní asistentky to měly svým způsobem zakázané, takže to bylo všechno tak nějak načerno, což mi vůbec nedělá dobře. Já nejsem člověk, který dělá věci za zády, neumím to. Takže jsem byla dost nervózní, jak to dopadne.“* (paní Benešová)

V souvislosti s nejasnou situací domácích porodů paní Dvořáková dokonce zvažovala odjezd do zahraničí a porod v porodním domě. To podle mě dokazuje, že ženy netrvají vyloženě na porodu v domácím prostředí, ale je pro ně důležitá spíše podoba poskytované péče a to, zda je respektováno přání rodičky o neintervenci do porodního procesu.

Zkušenost jednotlivých informantek s tím, jak je těžké sehnat porodní asistentku k domácímu porodu, se lišila. Paní Benešové byla doporučena její předchozí porodní asistentkou porodní asistentka, která s asistencí u domácího porodu souhlasila a neměla v souvislosti se změněnou situací žádné jiné podmínky. Po informantce nepožadovala, aby domácí porod označovala za neasistovaný.

*„Ta mi říkala, že si za tím stojí, že tu byla, kdyby se něco stalo..., že nechce, abychom říkali, že tu nebyla.“* (paní Benešová).

Naproti tomu paní Dvořáková a paní Fialová se setkaly s problémem sehnání porodní asistentky. Paní Dvořáková už od počátku těhotenství aktivně usilovala o zajištění porodní asistentky k domácímu porodu. Zprvu se snažila řešit situaci sama a obracela na vybrané instituce (Ministerstvo zdravotnictví ČR, porodnice) se žádostí o poskytnutí porodní asistentky k domácímu porodu. Její žádostem však nebylo vyhověno. Zároveň to ukazuje, že v souvislosti s legislativní změnou situace domácích porodů u nás se otevírá nová rovina vyjednávání. Ženy nevyjednávají domácí porod pouze s vybranou porodní asistentkou či lékařem, ale obrací se i na odpovědné instituce a snaží se domoci se řešení i touto cestou. Paní Dvořáková a paní Fialová měly zkušenost s tím, že porodní asistentka jim poskytnutí asistence u domácího porodu odmítla. Zároveň však obě uváděly, že se jim porodní asistentka snažila vyjít vstříc nabídkou alternativní služby (např. samostatné vedení porodu v porodnici, s kterou má porodní asistentka uzavřenou smlouvu), která ji nevystavovala riziku pokuty.

*„Z mého pohledu byla ta diskuze úplně ujetá v tom ohledu, že ona mi v jednom ohledu nechtěla odmítnout ty služby, ale zároveň potřebovala svým způsobem mít nějaké bezpečí i pro sebe.“* (paní Dvořáková)

Paní Dvořáková se snažila s porodní asistentkou dále diskutovat a doufala, že ji přesvědčí, aby na domácí porod přistoupila. Po konzultaci s právníkem vytvořila paní Dvořáková scénář, který měl zajistit porodní asistence právní ochranu.

*„... aby ta porodní asistentka byla nějakým způsobem z obliga, tak v tomhle momentě by matka musela podepsat papír o tom, že odmítla převoz do porodnice a že tohle byla pomoc v nouzi.“ (paní Dvořáková)*

Stejně jako paní Fialová se nakonec paní Dvořáková rozhodla rozhodnutí porodní asistentky o neposkytování asistence u domácího porodu respektovat a v přesvědčování porodní asistentky dále nepokračovala.

*„Ale já jsem si říkala, že já ji nebudu nějak komplikovat život, když ona se rozhodla, že k těm porodům chodit nebude, což mi připadá jako zcela relevantní rozhodnutí a já přece nemůžu někoho tlačit do spoluzodpovědnosti za něco, co ho nějak ohrožuje...“ (paní Dvořáková)*

Jak paní Dvořákové, tak paní Fialové se nakonec porodní asistentku k domácímu porodu podařilo najít. Paní Dvořáková se ze strany porodní asistentky nesetkala s dalšími podmínkami pro přistoupení na domácí porod. Porodní asistentka odmítla, aby rodička podepsala negativní revers o odmítnutí převozu do porodnice.

*„... já jsem jí řekla, že jí klidně podepišu tenhle papír a na to mi řekla, že to nechce, že je porodní asistentka a stojí si za tím a dělá svoji práci.“ (paní Dvořáková)*

Paní Fialová uvedla, že ji porodní asistentka požádala, aby nikde neuváděla její jméno a aby oficiálně uváděla, že domácí porod proběhnul bez asistence. V současné době kdy porodní asistentka nesmí poskytnout u domácího porodu asistenci, se k domácímu porodu smí dostavit až po jeho skončení, kdy může převzít ženu do péče. Soukromé porodní asistentky totiž mají registraci pouze pro péči během těhotenství a následně pro péči v šestinedělí.

*„Jedna věc byla, to byla taková nepsaná dohoda, že nikde nebudu zmiňovat její jméno a že oficiálně ten porod proběhnul bez asistence. Celé to bylo založené na tom, že ona byla moje porodní asistentka domluvená do porodnice a já potom překotně porodím doma, zavolám jí a ona dojde zkontrolovat miminko. Nebo že třeba zavolám, že začínám rodit a ona nestihne přijet. Takže takhle jsme to měly zařízený pro oficiální stanovisko.“ (paní Fialová)*

Současná situace je podle informantek velmi nepřehledná a ženy si mnohdy nejsou jisté, jak se v současné situaci právně orientovat. Při shánění porodní asistentky k domácímu porodu se spoléhají na doporučení porodní asistentky svým okolím, případně doufají, že se jim podaří vyjednat domácí porod se zvolenou porodní asistentkou. Přístup porodních asistentek se pak liší, některé z nich požadují alespoň částečnou právní ochranu, objevují se ale i porodní asistentky, které si za poskytováním asistence u domácích porodů stojí. Informantky jsou si zároveň vědomy, že současná situace a nedostupnost porodních asistentek ochotných asistovat u domácího porodu vede k nárůstu neasistovaných domácích porodů. Ačkoliv informantky rozuměly

důvodům, které ženy k jejich zvolení vedou, považovaly je za riskantní. Jejich nárůst je podle informantek způsoben tím, že snaha českého státu zabránit dalšímu nárůstu počtu domácích porodů se ubírá špatným směrem. Namísto rozšiřování nabídky porodních služeb, zejména v oblastech „alternativní“ péče (např. podpora vzniku porodních domů) se současné snahy ubírají spíše směrem k restrikcím. Tento postup sice v roce 2012 přinesl výrazný pokles počtu porodů mimo zdravotnické zařízení (ÚZIS, 2013a), ale jejich počet stejně nepoklesl pod hodnoty zaznamenané v roce 2001 (ÚZIS, 2002), kdy začíná docházet k nárůstu porodů mimo zdravotnické zařízení. Je rovněž otázkou, zda spíše nepokračuje trend poklesu domácích porodů, který je možné zaznamenat od roku 2009, kdy do diskuze o bezpečnosti domácích porodů více začínají vstupovat zástupci odborné lékařské veřejnosti.

### **Vztah s porodní asistentkou**

Ve vztahu s porodní asistentkou podle informantek má zásadní význam komunikace, přátelský přístup a vzájemná důvěra. Právě důvěra ve vztahu k porodní asistentce byla informantkami výrazně zdůrazňována. Důvěra má ve vztahu porodní asistentky a budoucí rodičky nezastupitelnou roli, neboť jak porodní asistentka, tak i těhotná žena musejí vědět, s čím mohou počítat. Ženy musí důvěřovat porodní asistentce, že je provede bezpečně porodem a že dokáže na základě svých profesních znalostí správně vyhodnotit případné vzniklé komplikace a bude je řešit.

*„Měla jsem vybranou porodní asistentku, ke které jsem měla naprostou důvěru, věřila jsem, že v případě jakýchkoliv problémů mi určitě pomůže, řekne, pošle do porodnice, kdyby se vyskytly komplikace, takže s touhle důvěrou jsem vlastně šla do porodu doma.“*  
(paní Černá)

Porodní asistentka musí být zase přesvědčena, že žena domácí porod zvládne a zároveň, že pokud nastanou komplikace, bude žena respektovat rozhodnutí porodní asistentky o přesunu do porodnice. Vedle vzájemné důvěry tu podle informantek hraje důležitou roli i komunikace, prostřednictvím níž porodní asistentka buduje vztah s těhotnou ženou a seznamuje se s jejími představami o podobě péče poskytované v průběhu těhotenství a porodu. Informantky hovořily s porodní asistentkou otevřeně i o svých přáních a obavách spjatých s porodem. Porodní asistentka podle informantek pro ně rovněž představovala psychickou oporu v průběhu těhotenství a porodu. Péče poskytovaná porodní asistentkou jim byla mnohem bližší než péče lékaře. Zatímco péče lékaře se podle nich vyznačovala velkým množstvím vyšetření, které mají z pohledu informantek příliš invazivní povahu, péče porodní asistentky klade důraz provádění jen nezbytných vyšetření a často probíhají vyšetření alternativními způsoby.

*„... dělala vždy jen to, co bylo potřeba. Třeba i poslechy dělala jen tím porodnickým uchem. Takže to nebyl ultrazvuk každý měsíc, jak je běžné. Ta její vyšetření byla vždy*



*šetrná, vlastně ani moc nedělala vnitřní vyšetření a nechala to miminko v klidu.*“ (paní Chvátalová)

Zde hraje roli zřejmě to, že v péči soukromé porodní asistentky se výrazně prosazuje konzumeristický přístup. Porodní asistentky se tak ženě jako klientce snaží mnohem více vyjít vstříc. Největší rozdíl v péči poskytované porodními asistentkami a péčí lékařů spatřovaly informantky v rovině komunikace. Na její významný nedostatek si právě informantky ve vztahu s lékaři stěžovaly.

*„Taky pro mě bylo důležité, že všemu předchází nějaký rozhovor. Není to tedy jak u doktora, kde přijdete, hupnete si na lůžko, zapne se ultrazvuk, abyste viděli, zda to dítě žije a tluče to srdce a tak.*“ (paní Benešová)

*„U porodní asistentky to bylo samozřejmě úplně jiné, v tom smyslu, že mě vždycky přivítala, zeptala se, jak se mám, jak se cítím, co je nového.*“ (paní Černá)

Specifikem péče porodní asistentky také je, že je kontinuální. Porodní asistentka pečuje o ženu v průběhu těhotenství, během porodu a následně obvykle i během šestinedělí, což vytváří předpoklad pro vytvoření bližšího vztahu. Dalším z pojmů, který v rámci vztahu s porodní asistentkou významně vystupuje, je pojem intimity. Žena a porodní asistentka spolu sdílí velmi intimní zážitek porodu. Porod se navíc odehrává u ženy doma a porodní asistentka se blíže seznamuje i s ostatními členy rodiny (partner ženy, starší děti). Informantky uváděly, že pro jejich partnery byla role porodní asistentky důležitá zejména z hlediska zprostředkování expertního vědění. Partneři obvykle rozuměli a chápali důvody, které vedou jejich partnerky k zvažování domácího porodu, ale mnozí až na základě zprostředkování informací porodní asistentkou se s možností, že porod proběhne doma, plně ztotožnili.

*„Jak jsem rodila s tou porodní asistentkou, tak jsme chodili na její porodní kurzy, a to myslím, že to jej naprosto přesvědčilo, že je to správná a přirozená volba.*“ (paní Černá)

*„Tou porodní asistentkou byl zcela okouzlen (...) Líbilo se mu, jak říkala vše na rovinu, jak to prostě je a to mu stačilo, protože to bylo to, co chtěl slyšet.*“ (paní Benešová)

Dalším významným pojmem ve vztahu s porodní asistentkou byl pojem bezpečí. Ten nabývá v rámci vztahu ženy s porodní asistentkou dvojího významu. Zaprvé se zde dá hovořit o bezpečí samotné rodičky, kde je pojem hodně spjat právě s pojmem důvěry ve schopnosti porodní asistentky. Jelikož se žena v péči porodní asistentky cítí bezpečně, může se soustředit na samotný průběh porodu.

*„Takovou důvěru, kterou můžete pojmout k té porodní asistentce k lidem, které vidíte poprvé v té porodnici, pojmout prostě nemůžete. Myslím, že ten pocit té důvěry a bezpečí, který máte, je to co vás uklidní a pomůže vám plně ponořit se do toho procesu a věnovat se pouze tomu. Nemusíte myslet na nic jiného.*“ (paní Černá)

V druhém významu se o bezpečí dá hovořit ve spojitosti se snahou informantek zajistit bezpečí pro porodní asistentku. Přestože o snaze zajistit ochranu pro porodní asistentku jsem hovořila zejména v souvislosti s legislativní změnou v dubnu 2012, i v předchozích letech nebyla asistence u domácího porodu běžně poskytovanou službou a v případě komplikací bylo na domácí porod nahlíženo jako na nestandardní postup.

Důkazem blízkosti vztahu s porodní asistentkou je i skutečnost, že si informantka a porodní asistentka patrně tykají. Usuzuji na to ze způsobu vyprávění, ve kterém ženy, když vyprávěly o porodní asistentce, nazývaly ji křestním jménem. Rovněž na to usuzuji z vyprávění paní Adamové, která uváděla, že měla jako zvláštní požadavek, že si s porodní asistentkou bude vykat. Zdá se tedy, že vykání mezi porodní asistentkou a těhotnou ženou není tak zcela běžné.

## **4.4 Vyjednávání rozhodnutí pro domácí porod ve vztahu s okolím**

U vyjednávání rozhodnutí pro domácí porod s okolím jsem rozlišila tři roviny vyjednávání. I zde se jednotlivé roviny lišily tím, co v nich bylo předmětem diskuze a tím, zda v nich k diskuzi vůbec došlo. Zatímco ve vztahu s partnerem se ženy diskuzi vyhnout nemohly a rozhodnutí pro porod doma označovaly za společné rozhodnutí, ve vztahu s širší rodinou a přáteli ženy mnohdy o domácím porodu před jeho uskutečněním nehovořily. Vedl je k tomu strach z reakce okolí, obavy jaký by mělo toto sdělení vliv na vzájemné vztahy do budoucna i skutečnost, že ženy považovaly toto rozhodnutí za soukromou záležitost sebe a svého partnera a nechtěly tedy o něm hovořit.

### **4.4.1 Partner**

Ve vztahu s partnerem to byly ženy, kdo inicioval diskuzi o domácím porodu. Potvrzuje to zjištění Štomerové (2005) a Zemánkové (2010), že domácí porod je nápadem partnera jen v malém počtu případů. Podle svého vyprávění se informantky nesetkaly s vyloženě negativní reakcí ze strany partnerů. Na druhou stranu jen paní Benešová hovořila o tom, že ji partner v rozhodnutí pro domácí porod podporoval od samého počátku. Ostatní informantky prvotní postoj partnerů k domácímu porodu reflektovaly jako obavy, nejistotu a strach.

*„Zpočátku byl velmi šokovaný a neuměl si to vůbec představit. Nevěděl, co to obnáší, takže když se poprvý srazil s myšlenkou, že bych rodila doma, tak si klepal na čelo a říkal, že vůbec ne.“ (paní Fialová)*

Jak se objevilo v několika výpovědích informantek, jejich partneři si nedokázali představit, že by porod mohl proběhnout doma. Tento postoj zdůrazňovaly zejména paní Dvořáková a paní Fialová, jejichž partneři už měli předchozí zkušenost s porodem,

neboť byli přítomni u prvního porodu svých žen v porodnici. Měli tedy už konkrétní představu o tom, jak porod probíhá a bylo pro ně obtížně představitelné, že by se porod mohl odehrát mimo porodnici. Ostatní muži čerpali představu o porodu jen z médií nebo zkušeností svého okolí. Paní Černá uváděla, že její partner byl následně překvapen, že porod doma probíhal zcela jinak, než jak předpokládal.

*„Třeba můj manžel, který nikdy u porodu nebyl, byl potom sám překvapený, že se mu to nezdálo tak hrozné. Protože to jak je porod prezentován v médiích, ve filmech a tak podobně, tak to vždycky vypadá, jako že je to boj o holý život. To, že u nás se to nenaplnilo, že to proběhlo naprosto v klidu a pohodě, tak pak prostě překvapilo leckoho.“* (paní Černá)

Zdálo se, že muži nevěděli, co od domácího porodu očekávat. V porodnici vnímali svou roli jako jasnější. Tam se domnívali, že mají poskytovat partnerce psychickou oporu, ale zároveň zajišťovat komunikaci se zdravotnickým personálem a tlumočit mu přání rodičky. Rovněž předpokládali, že v souladu s přáním partnerky budou zabraňovat nadměrným intervencím do porodního procesu. Naproti tomu u domácího porodu jim jejich role připadala nejasná. Pochopitelně muži vyjadřovali strach a obavu o zdraví ženy a dítěte. Domácí porod považovali za riskantní a patrně preferovali, aby porod proběhnul v porodnici. Paní Černá se setkala s tím, že partner navrhnul před rozhodnutím pro domácí porod ještě návštěvu porodnice *„...že třeba nějaká porodnice by mi vyhověla a že se tam půjdeme podívat.“* (paní Černá) Paní Holubovou zase její partner podporoval v jejím původním rozhodnutí pro ambulantní porod, který mu v případě prvního porodu připadal přijatelnější.

*„... ten strach o mě a o to dítě jej vedl k tomu, že jsme se shodli na té alternativě, takové že to bylo tak na půl. Oba jsme totiž nevěděli, co nás čeká...“* (paní Holubová)

Počáteční odmítavý postoj k domácímu porodu se ženy snažily rozptýlovat zapojováním partnerů do přípravy na porod a veškerého příslušného rozhodování. Ženy a muži během těhotenství o porodu hodně mluvili, hovořili o svých obavách z porodu i o tom, jak se domnívají, že by porod měl probíhat.

*„... jsme měli hodně nějakých hovorů o tom, jak by to třeba mohlo vypadat a jak se k tomu on staví, jak to vnímá, čeho se bojí a tak. Takže jsme o tom mluvili mnohokrát během toho těhotenství, ale i potom třeba ke konci.“* (paní Dvořáková)

Zajištění informací se ukázalo být nejdůležitějším faktorem pro podpoření domácího porodu ze strany partnera. Jak jsem uvedla výše, kromě obavy o zdraví ženy a dítěte muži uváděli podle informantek jako jeden z hlavních důvodů pro odmítání domácího porodu i to, že nevěděli, co od porodu doma očekávat. Společná návštěva kurzů předporodní přípravy měla velmi důležitý vliv na změnu postoje mužů k domácímu porodu. Muži sice chápali důvody svých partnerek, jež je vedou k zvažování porodu doma, a přáli si, aby partnerka prožila porod, tak jak si přeje

a v prostředí, kde se cítí bezpečně. Na druhou stranu pro to, aby její rozhodnutí podpořili, potřebovali i odborné a praktické informace, na jejichž základě se mohou rozhodnout. V rámci kurzů předporodní přípravy se muži setkali s porodní asistentkou, která jim právě toto expertní vědění o porodu mohla zprostředkovat. Ženy uváděly, že předporodní kurz napomohl jejich partnerům pochopit, co se během porodu děje a porozumět fyziologii porodu. Kontakt a komunikace s porodní asistentkou se ukázala být tedy důležitá nejen pro ženy, ale i pro muže. Kurzy předporodní přípravy rovněž napomáhaly snižovat strach a nejistotu mužů z porodu a zároveň v nich zřejmě posilovaly jistotu, že budou vědět, jak se při porodu doma zachovat a co se od nich v jeho průběhu očekává. „*On se mnou byl v poradnách a ptal se tý porodní asistentky i sám na nějaký dotazy, který k tomu měl.*“ (paní Dvořáková) Informantky, které předporodní kurzy nenavštěvovaly, kladly větší důraz na společnou četbu literatury o přirozeném a domácím porodu. Literaturu jako zdroj informací uváděly i ty informantky, které však předporodní kurzy s partnery navštěvovaly. Dalším možným zdrojem informací pro partnery byli i muži, jejichž partnerka rodila doma. „*Pak se i bavil s mými kamarády, jejichž partnerky doma rodily, takže měl i nějaký přímý kontakt s tím.*“ (paní Černá) Ukázalo se, že pro většinu partnerů byl právě dostatek informací nezbytnou podmínkou pro to, aby se cítili na porod doma dostatečně připraveni.

Ženy se ze strany svých partnerů obvykle nesetkaly s žádnými zvláštními podmínkami pro souhlas s porodem doma. Podle informantek jejich partneři považovali porod za ženskou záležitost, o jehož průběhu by měla rozhodovat sama žena. Pro muže bylo důležité vědět, že jejich partnerka a dítě jsou v bezpečí, že je zde porodní asistentka, která zajistí expertní dohled nad průběhem porodu a případné komplikace správně vyhodnotí a zajistí přesun do porodnice. Přítomnost expertního dohledu v podobě porodní asistentky považovali muži za velmi důležitou. To potvrzovaly paní Benešová a paní Dvořáková, které krátce zvažovaly domácí porod bez asistence. Tuto možnost však jejich partneři zcela odmítli.

V rámci reflexe vyjednávání domácího porodu ve vztahu s partnery mě rovněž zajímalo, jak by ženy postupovaly, pokud by jejich partneři porod i nadále odmítali. V odpovědi na tuto otázku ženy nebyly jednotné. Postoj žen se lišil podle toho, zda rozhodnutí pro domácí porod označovaly spíše za společné rozhodnutí nebo za své vlastní rozhodnutí. Ty ženy, které považovaly domácí porod v první řadě za své vlastní rozhodnutí, uváděly, že porod je především ženskou záležitostí, při němž je důležitý pocit bezpečí a jistota rodičky. Uváděly, že by na domácím porodu pravděpodobně trvaly a snažily se o něm s partnerem dále diskutovat. Byly přesvědčeny, že disponují dostatečnými argumenty, kterými mohou podepřít své rozhodnutí pro domácí porod a zároveň zmírnit obavy a strach partnera, které jsou podle nich hlavním důvodem odmítání domácího porodu. Informantky předpokládaly, že by argumentovaly fyziologickým průběhem těhotenství, tím, že porodní asistentka by v případě komplikací na domácí porod nepřistoupila a i tím, že chtějí prožít svůj porod přirozeně a v klidu doma. Důvodem pro ustoupení od domácího porodu by pro ně bylo, pokud

by se v průběhu těhotenství vyskytly nějaké komplikace. Naopak ženy, které interpretovaly rozhodnutí pro domácí porod jako společné rozhodnutí, uváděly, že by je jeho výrazný nesouhlas zřejmě přivedl k zvažování jejich rozhodnutí. Nelíbila se jim představa, že by trvaly na domácím porodu i přes nevoli partnera. Výjimkou byla paní Chvátalová. Ta sice rozhodnutí pro domácí porod označovala za společné rozhodnutí své a svého partnera, ale v důsledku negativní zkušenosti kamarádky, kterou její partner nakonec přiměl k porodu v porodnici, uváděla, že by na porodu doma trvala.

Podpora partnera podle žen hodně důležitá. Poskytovala jim pocit bezpečí a jistoty, přesvědčení že se rozhodly správně a že jejich partner s jejich rozhodnutím souhlasí. Klid a pocit bezpečí zdůrazňovaly jako významný pro prožívání těhotenství. Podporu partnera potřebovaly i v případné diskuzi s rodinou a okolím, kde bylo pro ženy důležité vědět, že jejich partner za jejich rozhodnutím stojí a pomůže jim ho obhájit. *„Co se týká diskuzí s rodinou, tak tam stál vždycky za mým rozhodnutím. Myslím, že mě hodně podporoval, aby to bylo tak jak my chceme.“* (paní Dvořáková) Zpětně pak podle výpovědi informantek jejich partneři vnímali rozhodnutí pro domácí porod kladně. *„A dnes si myslím, že je docela velký zastávce domácích porodů a dokáže to obhajovat.“* (paní Černá) *„Pro mě i pro manžela to byl hodně hezký zážitek, byli jsme z toho nadšení.“* (paní Benešová) To potvrzuje i skutečnost, že i ty informantky, které doma rodily opakovaně, neuváděly, že by v případě dalších porodů jejich partner domácí porod odmítal. Jak uváděla paní Chvátalová i při dalších těhotenstvích se však s partnerem na domácím porodu vždy znovu domluvili.

#### 4.4.2 Širší rodina

Sdělení rodině o rozhodnutí pro domácí porod se informantky spíše vyhýbaly, což potvrzuje zjištění Zemánkové (2010). Důvody, které pro to informantky uváděly, byly zejména dvojího druhu. První skupina důvodů vycházela z obavy z nepochopení a negativní reakce ze strany rodiny, která by mohla vyústit až v možný konflikt a narušení vztahů v rámci rodiny. Informantky uváděly, že se obávaly hádek, výčitek a odrazování. Druhým důvodem proč informantky své rozhodnutí rodině nesdělily, bylo, že si uvědomovaly, že sdělení před porodem by pro rodinu znamenalo velký stres a obavy. Ty by byly způsobeny strachem o zdraví ženy a dítěte. S ohledem na tyto důvody se tak většina informantek rozhodla o domácím porodu před samotným porodem nemluvit. Výjimkou byly paní Benešová a paní Dvořáková. Zatímco paní Dvořáková se sdělení rodině nemohla vyhnout, paní Benešová se pro něj rozhodla na základě uvážení. V případě paní Dvořákové bylo sdělení rodině nezbytností, neboť informantka a její manžel žili v době prvního porodu doma s jejími rodiči ve společném bytě. Reakce rodiny byla zpočátku výrazně odmítavá, akceptovali sice důvody, kterými paní Dvořáková své rozhodnutí zdůvodňovala, ale nepovažovali je za adekvátní riziku domácího porodu.

*„... oni samozřejmě s tím docela jako dost nesouhlasili, nebo ne jako nesouhlasili, ale hodně se báli. Přišlo jim, že zbytečně riskuju, a nechápali ty důvody, nebo jako chápali je, ale nepovažovali je za tolik závažný a prostě si mysleli, že je to nebezpečný.“* (paní Dvořáková)

V argumentaci s rodinou užívala paní Dvořáková i výsledky zahraničních studií, jimiž se snažila podložit bezpečnost porodů doma. *„... že mé rozhodnutí není jen na podkladě nějakých pocitů, ale i na podkladě relevantních odborných informací.“* (paní Dvořáková) Podle tvrzení informantky rodina těmto argumentům nebyla přístupná, ale nakonec se sama rozhodla rozhodnutí informantky respektovat. *„Je to tvoje věc, tak si dělej, co chceš. Kdybyste jeli do té porodnice tak bychom ale byli radši.“* (paní Dvořáková) Paní Benešová zase uváděla, že vůbec nezvažovala, že by rodině to, že zvažuje domácí porod, neřekla, ačkoliv si byla vědoma, že rodina jí bude její rozhodnutí rozmlouvat. Po porodu pak byla překvapená, když se dozvěděla, že většina žen se s rozhodnutím pro domácí porod před porodem rodině nesvěří.

*„Já potom jsem se zpětně dozvěděla od jiných lidí, co rodili doma, že to doma vůbec neřekli, že z toho měli takové obavy, že jim to sdělili až potom. Mě třeba vůbec nenapadlo, že bych to těm rodičům neřekla.“* (paní Benešová)

Důvodem pro sdělení rozhodnutí rodině bylo, že chtěla, aby si na tu myšlenku zvykli, aby o ní společně případně mohli hovořit. O možnosti porodu doma hovořila před svou rodinou i paní Adamová. Jak sama uváděla, vždy o svém přání porodit doma hovořila nepřímou, neboť se snažila se konfrontací s rodinou vyhnout.

*„... vždy jsem to formulovala jako: ‚Nejraději bych rodila doma..., byli jsme se podívat tam a tam, ale nejraději bych rodila doma.‘ Oni to brali jako jeden z mých úletů a nebrali mě vážně.“* (paní Adamová)

Ostatní informantky nepovažovaly sdělení rodině za důležité. Uváděly, že jejich odmítavý postoj by je od rozhodnutí stejně neodradil. Rozhodnutí pro domácí porod považovaly obvykle za soukromou záležitost svou a svého partnera.

*„Já jsem se nepotřebovala s nikým konfrontovat, protože jsem byla rozhodnutá. Nepotřebovala jsem se utvrdit, nepotřebovala jsem to vyvrátit, neboť jsem věděla, co chci.“* (paní Adamová)

Na dotaz ze strany rodiny, kde budou rodit, informantky uváděly porodnici, v níž byly zaregistrovány. Odložení sdělení o domácím porodu až do doby po porodu vnímaly ženy jako nejvhodnější řešení. Pod vlivem toho, že rodina se bude radovat z narození dítěte a zároveň uvidí, že domácí porod proběhnul bez komplikací, předpokládaly informantky, že toto rozhodnutí bude ze strany jejich rodiny pak mnohem snáze akceptovatelné. Tento jejich předpoklad se v podstatě vyplnil.

*„Po tom porodu tam byla taková euforie z té radosti a z toho miminka, že spíš tak všichni jen říkali, že je super, že to dobře dopadlo a že jsme všichni moc rádi a už se vůbec neprobíralo to, co se mohlo stát. Prostě se to bralo tak, že to proběhlo, bylo to dobré a že za to děkujeme. Udělala se taková čára a konec.“* (paní Holubová)

Klíčovým pojmem ve vztahu s rodinou se ukázal být předpoklad nepochopení rozhodnutí pro porod doma. Informantky si uvědomovaly, že generace jejich rodičů vyrostla v době, kdy porody probíhaly už výhradně v porodnicích a porod mimo porodnici je pro ně jen obtížně představitelný. Říkala (matka informantky – pozn. autora), že to není možný porodit doma a podobně. (paní Benešová) Informantky navíc předpokládaly, že veškeré informace, které jejich rodiče o domácím porodu mají, pocházejí výhradně z médií. S ohledem na to, že téma domácích porodů se v médiích objevuje zejména v souvislosti s tragickými případy domácích porodů nebo jejich odmítání ze strany odborné lékařské veřejnosti, chápaly, že rodiče budou mít z domácího porodu strach. *„Pod tlakem těch médií, kde se pořád zdůrazňuje jaký je to hazard a jak je to nebezpečný...“* (paní Černá) Ačkoliv jsem se setkala ve výpovědi paní Dvořákové, že se snažila rodině argumentovat i odbornými zahraničními studii dokládajícími bezpečnost porodů doma, většina informantek se snažila své rozhodnutí vysvětlit spíše osobními důvody a obavou z porodu v porodnici. V rámci této argumentace informantky využívaly zejména zkušenost jejich matky či matky partnera s porodem v porodnici. Většina matek mých informantek rodila v průběhu 70. let a na počátku 80. let. V této době se v českém porodnictví stále praktikoval výrazně aktivně lékařsky vedený porod (Kapra a Koukola, 1998). Podle výpovědi informantek, ženy z této generace (matka, tchýně) vnímaly svůj porod zpětně jako nepříjemný a traumatický zážitek. Paní Benešová v argumentaci se svou matkou poukázala na negativní vliv lékařských zásahů do porodního procesu.

*„Navíc jsem jí připomínala, že ona sama měla všechny tři porody lehké, do hodiny od prvních bolestí a šlo to velmi rychle. Naopak když ji někdo provedl nějakou intervenci, tak se ten porod zabrzdil či zastavil.“* (paní Benešová)

Je však nutné dodat, že informantky příliš nezohledňovaly skutečnost, že podoba vedení porodu prošla v uplynulých letech proměnou a české porodnictví se do značné míry humanizovalo. Některé z dříve používaných praktik v modelu aktivně lékařsky vedeného porodu už nejsou jeho běžnou součástí. Argumentaci obavou z porodu v porodnici většina matek informantek chápala, ale domnívala se, že je nezbytné určité nepohodlí v porodnici podstoupit než se vystavovat rizikům domácího porodu.

*„... jako celkem myslím si, že i chápali, že bych chtěla nějaký intimní prostředí a že bych chtěla klid, ale jako by měli pocit, že v rámci toho bezpečí je potřeba skousnout to nepohodlí.“* (paní Dvořáková)

Jejich negativní zkušenost z porodu v porodnici je tak naopak vedla k tomu, že pro ně porod mimo porodnici byl něčím zcela nepředstavitelným.

*„... naše maminky jsou z generace žen, které rodily v 70. letech tím asi nejhorším nemocničním způsobem.(...) tahle generace s tím vůbec nemá zkušenost, nezná asi nikoho, kdo porodil doma a tak. Takže pro ně neexistuje žádný alternativní názor, žádná představa alternativy a ti doktoři jsou pro ně ti, kdo je v té době zachraňovali asi.“* (paní Černá)

*„Moje máma ta to moc neřešila, protože její porody nebyly nic moc, můj bratr šel klešťovým porodem, já jsem se narodila dobře, ale ona z té porodnice neměla nějaké extra dobré zážitky, rodila v 70. letech, takže není moc divu. Myslím, že tedy nějakým způsobem může rozumět tomu, že já jsem rodila doma.“* (paní Chvátalová)

Do argumentace s rodinou mohla zajímavě vstupovat ještě další generace žen – babiček informantek. S tím jsem se setkala u paní Benešové a paní Chvátalové. Babičky informantek byly z generace žen, které rodily v 50. letech, tedy v době, kdy se teprve dokončoval přesun rodiček do porodnic. Babička paní Chvátalové porodila své první dvě děti ještě doma a až třetí dítě porodila v porodnici. Zkušenost s porodem v porodnici vnímala negativně, navíc měla srovnání s předchozími porody doma. Informantku a jejího partnera v jejich rozhodnutí rodit doma podporovala, čímž usnadňovala jejich následnou diskuzi se zbytkem rodiny. *„...ona je taková generálka, tak si říkám, že jsme tímhle tím měli dost možná usnadněnou cestu při vysvětlování.“* (paní Chvátalová) Rovněž i paní Benešová se ve své argumentaci s matkou odvolávala na to, že babička porodila všechny své děti doma.

Zde je nutné uvést, že do diskuze v rámci rodiny vstupovaly téměř výhradně jen ženy (matka, tchyně, babička). Otcové a tchánové podle vyprávění informantek se do diskuze výrazněji nezapojovali. Patrně považovali porod za ženskou záležitost a příliš se do diskuze na toto téma nepouštěli. Informantky ve vyprávění zmiňovaly v podstatě jen konkrétní reakce matek.

*„Můj táta byl taky takový, ten jen obracel oči v sloup, ale nebyl schopen nic říct. Naproti tomu máma se velmi angažovala. Usilovala o to, abychom rodili v té porodnici a snažila se nás přesvědčovat všemožnými způsoby, ale když pochopila, že to nemá smysl, tak se s tím smířila.“* (paní Benešová)

Pouze paní Dvořáková se setkala s tím, že její tchán se o jejich rozhodnutí porodit doma zajímal a dokonce informantku s manželem v jejich rozhodnutí podpořil. Roli zde hrála jeho negativní zkušenost s lékaři.

*„... tchán ten se k tomu stavěl nějak, řekla bych celkem nestandardně pozitivně, protože on nějak nemá rád lékaře (...) Takže mi řekl, že se vůbec nediví, že já nechci lézt někam do nemocnice, že je to stejně složitý, aby se domohl člověk nějaký slušný péče a že on*



*nám fandí. A dokonce to i zaplatil potom. (smích) Takže ten se k tomu stavěl více pozitivně, než jsme čekali.“ (paní Dvořáková)*

Zajímavé rovněž je, že informantky nezmiňovaly reakce dalších členů rodiny (např. sourozenců). Pouze paní Benešová uváděla, že v případě třetího porodu doma se její bratr s manželskou starali o její starší děti. Bylo by patrně zajímavé, zda by jejich reakce byla výrazně odlišná od reakce rodičů informantky a jejího partnera, neboť informantky uváděly jako hlavní důvod nepochopení rozhodnutí, že jejich rodiče jsou z generace, v níž možnost porodu mimo porodnici v podstatě neexistovala. Na druhou stranu ze strany rodiny se dá pravděpodobně předpokládat větší strach a obavy a rovněž větší tlak na změnu rozhodnutí než ze strany přátel a známých. Paní Černá uváděla, že ji nezáměr jejich vrstevnic z příbuzenstva překvapil.

*„Mě třeba překvapilo spíš to, že já jsem v naší rodině rodila jako první ze čtyř mých vrstevnic, po mě pak porodily v rozmezí čtyř měsíců ony a nikdo se mě na tu moji zkušenost neptal z těch holek. Jsem jim i sama nabídla, nabídla jsem jim, jaké jsou stránky, kde se mohou dočíst o přirozeném porodu, že jim ráda řeknu jakékoliv zkušenosti a že se mě můžou zeptat na cokoli, ale nikdo to nevyužil. Nikdo to nevyužil z mých příbuzných a nikdo ani neprojevil vůbec ten zájem ptát se proč a co to obnáší.“ (paní Černá)*

Jak jsem již uvedla, k jistému porozumění rozhodnutí pro domácí porod přispělo to, že část informantek počkala se sdělením rodině až do doby po porodu. Po počátečním překvapení rodina obvykle začala zjišťovat, co bylo důvodem k rozhodnutí pro porod doma. Předmětem diskuzí už tak nebyla snaha přimět informantky k porodu v porodnici, ale spíše zjištění jejich motivace pro porod doma. Samy informantky vnímaly tyto diskuze jako určitě klidnější, než kdyby se rodině rozhodly své rozhodnutí sdělit před porodem. Mohly tak rodině vysvětlit důvody, které je k zvolení domácího porodu vedly. Po porodu se rodině svěřily s tím, že se jednalo o plánovaný domácí porod, všechny mé informantky s výjimkou paní Fialové. Paní Fialová i po porodu ve vztahu s rodinou interpretuje svůj porod doma jako překotný porod. Zdůvodňuje to tím, že její rodina by sdělení, že se jednalo o plánovaný domácí porod, nepřijala a vedlo by to k vážnému narušení vzájemných vztahů. Ve zdůvodňování tohoto svého rozhodnutí vycházela paní Fialová z předchozích zkušeností s rodinou a z jejich negativní reakce na odmítání očkování a způsob stravování. Opět se tak tedy potvrzuje, že téma domácího porodu je, v některých případech, vřazeno do širšího kontextu určitého alternativního životního stylu.

*„... ovlivnilo by to celou dynamiku té rodiny, celé to naše soužití, které je dost křehké už jenom tím, že my jsme odlišní už třeba jen v tom očkování nebo v tom, že děti nekrmíme od 4. měsíce párkem a že děláme ty věci, trošičku jiným způsobem. Tak už jen díky tomu je na nás nahlíženo jako na podiviny a tohle by to ještě zhoršilo.“ (paní Fialová)*

Informantky, které rodily doma opakovaně, uváděly, že v případě dalších porodů doma už byla diskuze s rodinou snazší, nebo vůbec neproběhla. Dotazům ze strany rodiny, kde budou rodit, se samozřejmě nemohly vyhnout, ale rodina jejich rozhodnutí lépe akceptovala. Rodiče vycházeli informantkám vstříc, například hlídáním starších dětí.

#### 4.4.3 Přátelé

Ve srovnání s rodinou informantky vykazovaly ve vztahu s přáteli výrazně vyšší ochotu o svém rozhodnutí hovořit. To podle mě mohlo být způsobeno dvěma skutečnostmi. První z nich, že ze strany svých přátel očekávaly informantky liberálnější postoj a větší míru porozumění jejich rozhodnutí. To souviselo s tím, že ženy předpokládaly, že pro jejich vrstevníky nebude představa domácího porodu tolik nepřijatelná, jako pro generaci jejich rodičů. Tento postoj byl podpořen tím, že řada informantek uváděla, že téma domácího porodu bylo už před jejich porodem diskutovaným tématem v okruhu jejich přátel či že dokonce někteří jejich přátelé s porodem doma měli zkušenost. Druhým důvodem pak mohla být skutečnost, že ze strany přátel očekávaly informantky větší míru respektování jejich rozhodnutí, a tedy se méně obávaly případného konfliktu. Zatímco ze strany rodiny očekávaly, že se je budou snažit přimět ke změně rozhodnutí a zvolení porodu v porodnici, ze strany přátel takovou reakci neočekávaly. Nicméně i tak bylo patrné, že míra otevřenosti informantek se od sebe navzájem lišila. Zatímco u paní Benešové jsem se setkala s tím, že hovořila otevřeně o svém rozhodnutí i s tím okolím, u kterého neočekávala pochopení, „... protože jsme se s tím vážně netajili, tak jsme si to musela obhajovat i na tom pracovišti, mezi přáteli i lidmi, kteří mi nejsou nijak zvlášť blízcí.“ (paní Benešová) už před porodem, ostatní informantky se snažily před porodem své rozhodnutí sdělovat jen těm přátelům, u kterých očekávaly, že jejich rozhodnutí pochopí anebo jej alespoň budou respektovat. Zde pak hrál roli vnímaný postoj přátel k otázce přirozených a domácích porodů. Za rozhodně výrazný společný rys většiny informantek považuji skutečnost, že informantky uváděly, že už před porodem se pohybovaly v okruhu lidí, kteří s domácím porodem souhlasili a měli s ním případně zkušenost či jej alespoň chápali jako možnou alternativu. Téma domácího porodu a koncepce přirozeného porodu byla mezi jejich přáteli diskutovaným tématem. „Vždycky kolem toho bylo takové to ‚Doma? No, hm...‘ ale bylo to něco, co bylo běžnou součástí té společnosti, ve které jsem se pohybovala.“ (paní Černá) Výrazně patrné to bylo zejména u paní Fialové.

„Já mám, většinu lidí, co okolo sebe mám, valná většina lidí, co okolo sebe mám, tak je domácímu porodu nakloněna, protože to je prostě moje krevní skupina. Lidí, kteří jsou v tomhle nějak radikálně odlišní, tak s těmi se už z nějakého důvodu nestýkáme, protože jsme se s nimi nesešli ani v ostatních názorech.“ (paní Fialová)

Vlivem toho, že informantky znaly postoje některých svých přátel, mohly o svém rozhodnutí pro domácí porod hovořit mnohem otevřeněji. U přátel, jejichž postoj k domácím porodům byl odmítavý se informantky setkávaly s dvěma postoji. Buď s nimi přátelé odmítli, kvůli odlišným postojům, o tématu dále diskutovat či se je snažili přimět, aby své rozhodnutí ještě zvážily.

*„... někdo si myslí, že jsem hazardérka a nechce o tom moc diskutovat, abychom se nějak nepohádali, protože třeba na to mají vyhraněný názor.“* (paní Chvátalová)

Zde se opět ukazovalo, že odpůrci a zastánci domácího porodu odlišně formulují rizika porodu doma a porodu v porodnici. Zatímco odpůrci domácího porodu poukazovali na nezodpovědnost a jistou sobeckost tohoto rozhodnutí, informantky uváděly, že k rozhodnutí dospěly po dlouhé úvaze a považují porod doma za nejlepší volbu pro sebe i pro své dítě.

*„Tak jako hlavní důvod jsme vždycky uváděla, že nechci rodit v nemocnici, že se tam necítím dobře. (...) Někteří, když jsem jim řekla tohle, tak další argument byl: ‚Jak to, že jsi tak sobecká?‘, ‚Proč se díváš jen na sebe?‘. Na to jsem říkala, že rodím já, to dítě nerodí. Na výtku, že neberu ohled na to dítě, jsem pak poznamenávala, že je to naopak, že na něj právě ohled беру, že chci, aby se narodilo v klidu a v pohodě doma. Ne aby se narodilo někde, kde ho pak vezmou do gumových rukavic a odnášeli ho někam pryč.“* (paní Benešová)

Své rozhodnutí pro domácí porod zdůvodňovaly informantky přáním prožít porod bez lékařských intervencí a v klidném prostředí. Přesvědčení svého okolí, že domácí porod představuje velké riziko pro matku a dítě se snažily vyvracet. Poukazovaly na to, že velký vliv na toto přesvědčení mají mediální vyjádření lékařů a medializace tragických případů domácích porodů.

## **4.5 Reflexe tématu domácích porodů v českých médiích**

V rámci této výzkumné otázky jsem se snažila zjistit, jak ženy reflektují mediální obraz domácích porodů v českých médiích. Zajímalo mě, zda se ženy domnívají, že představitelé alternativního diskurzu, do něhož se řadí i téma domácích porodů, dostávají v médiích dostatečný prostor, jak je o tématu domácích porodů v médiích pojednáváno a jaký má tedy podle nich mediální prezentace tématu vliv na veřejné mínění o domácích porodech.

Ženy neuváděly, že by se ony samy cítily nějak ovlivňovány způsobem prezentace tématu domácích porodů v českých médiích. To bylo dáno zřejmě zejména tím, že ženy informace vyhledávaly z jiných zdrojů a na média se jako informační zdroj nespolehaly. Ačkoliv se tedy ony samy necítily mediální prezentací domácích porodů ovlivňovány, byly si vědomy toho, že na postoj široké veřejnosti mají média značný vliv. To je tedy vedlo k tomu, že sledovaly, jak je téma v médiích reflektováno. S výjimkou paní Adamové tak informantky uváděly, že v průběhu těhotenství sledovaly, jak média o tématu domácích porodů pojednávají a téma v médiích sledují i nyní. Shodovaly se v tom, že média mají výrazný vliv na postoj veřejnosti k otázce domácích porodů. Ta část veřejnosti, která se tématem alternativní péče v oblasti porodnictví jinak nezabývá, čerpá informace alespoň z médií. Právě z tohoto důvodu je důležité, jak média o daném tématu informují.

*„Ono je to těžký, normální člověk, který se tím nezabývá má ihned ten předsudek, který mu naskočí, že je to nebezpečný. A nemluví se o tom, že to tak není. A když pak k němu mluví doktor v bílém plášti, tak se v tom zase utvrzuje.“* (paní Chvátalová)

V otázce toho, zda v médiích dostávají prostor představitelé alternativního diskurzu, se informantky, které dané téma v médiích sledovaly, shodovaly, že ano. Lišil se však jejich náhled na to, jak velkého prostoru se představitelům alternativního diskurzu v médiích dostává. Podle paní Černé, Fialové a Chvátalové je prostor poskytovaný představitelům alternativního diskurzu, tedy porodním asistentkám a matkám, menší. Informantky rovněž uváděly, že jsou si vědomy toho, že ani rovnoměrné zastoupení příspěvků obou názorových táborů nevede k tomu, že budou mít názory představitelů alternativního diskurzu pro veřejnost stejnou hodnotu jako názory představitelů diskurzu dominantního. Pro veřejnost jsou relevantnějšími zdroji lékaři a jejich postoje než postoje porodních asistentek a matek a otců, jež mají s domácím porodem zkušenost. Z tohoto hlediska tak podle nich nezáleží tolik na tom, jak velkého prostoru se zastáncům domácích porodů v médiích dostává, neboť pro postoj české populace k otázce domácích porodů má větší váhu postoj lékařů.

*„Dost se mi ale zdá, že se to staví proti sobě a že je tam nějaký doktor, který to šmahem odmítne, ale pak tam zase může být Petra Sovová (zakladatelka Hnutí aktivního mateřství – pozn. autora), která to uvádí na pravou míru, ale není to postaveno na stejnou váhu.“* (paní Chvátalová)

*„Viděla jsem nějaký dokument, na který mi poslala odkaz kamarádka, jenž byl o porodní asistentce, která působila v padesátých letech na Československu. To bylo moc hezký. Ukazovali tam, jak před téma padesáti lety porodní asistentky jezdily do rodin a nerodilo se v porodnicích, anebo hodně málo. No a pod tím dokumentem byla diskuze.(...) Lidé tam psali, že je to sice krásný, ale strašně jednostranný, že tam chybí názory těch lékařů, protože to je asi důležitý. Je asi důležitý, aby tam k tomu něco ti lékaři řekli. No a v tomhle tónu se odvíjela ta diskuze.“* (paní Benešová)

Vedle skutečnosti, že pro veřejnost jsou relevantnějšími zdroji lékaři, poukazovaly informantky i na rozdílnou povahu argumentů představitelů obou diskurzů. Zatímco lékaři v médiích odkazují především na bezpečnost porodů v porodnicích, v níž se opírají o stabilně vynikající výsledky české perinatální péče a nízkou novorozeneckou úmrtnost, představitelé alternativního diskurzu poukazují na pozitivní vliv porodu doma na psychiku matky a dítěte. Paní Chvátalová uváděla, že sice existují zahraniční studie, které poukazují na srovnatelnou bezpečnost domácích a nemocničních porodů u nízkorizikových rodiček, ale ona sama se s uváděním těchto informací v médiích nesetkala

### **Reflexe vývoje obrazu domácích porodů v českých médiích**

Jen některé informantky sledovaly situaci mediálního obrazu domácích porodů ještě před těhotenstvím. Byly to ty, které už o porodu doma před těhotenstvím uvažovaly nebo měly ve svém okolí někoho, kdo doma rodil a s kým tedy o tomto tématu hovořily. Pakliže informantky sledovaly téma domácích porodů v médiích delší dobu, byly schopné rozeznat v něm určitý vývoj. Paní Dvořáková uvedla, že si všimla vývoje v zobrazování tématu domácích porodů v médiích v souvislosti s případem tragického domácího porodu vedeného porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou.

*„Já myslím, že je to teď dost vyhrocený, daleko vyhrocenější než v roce 2008, když jsem rodila poprvé doma. V té době se to moc neřešilo v těch médiích tehdy, ani jsem to nějak nevnímala. Ale s tím jak teď měla ta Ivana Königsmarková ten soud, tak to hodně vybuchlo.“* (paní Dvořáková)

Případ porodní asistentky Ivany Königsmarkové považovaly za významný mezník v medializaci domácích porodů i ostatní informantky. Případ vzbudil zájem veřejnosti a média se tak tématem domácích porodů začala více zabývat. To si vyžádalo, aby se do diskuze o rizicích domácích porodů zapojili lékaři a odborná veřejnost. Výše uvedená mediální analýza ukázala, že rok 2009 je prvním rokem, kdy bylo ve sledovaných médiích věnováno více prostoru představitelům dominantního diskurzu než představitelům diskurzu alternativního (Czabanová, 2011). Způsob jakým informantky reflektovaly dopad medializace případu Ivany Königsmarkové na celkový mediální obraz domácích porodů, se lišil. Vedle negativního dopadu, který vedl k tomu, že celá diskuze o domácích porodech jako možné alternativě se spíše posunula k debatě o rizicích domácích porodů, spatřovaly informantky i pozitivní dopad této medializace. Podle paní Černé právě zájem veřejnosti donutil některá média, aby se tématu podrobněji věnovala a otevřela se tak diskuze mezi zastánci a odpůrci domácích porodů. V médiích, zejména v televizi, tak dostaly prostor představitelky organizací podporující domácí porod i matky, jež své dítě chtějí porodit doma.

*„Ale myslím, že po kauze s Ivanou se to zlepšilo. Například v České televizi jsem viděla rozhovor s Petrou Sovovou v nějakém pořadu, tak to mi přišlo takové lepší a pak se mi*

*v jednu chvíli zdálo, že ta Česká televize v tom začíná být rozumnější. Už to nebyly jen takové ty výkřiky, ale že se tomu Česká televize začala věnovat trochu víc, protože jak se to stalo tím tématem, tak se tomu musela asi začít věnovat víc.“ (paní Černá)*

*„Já jsem se setkala i s nějakýma novinářema z televize, co jsem tam něco říkala. (...) Myslím, že to co teď použili v té televizi, bylo docela dobrý. Nemyslím si, že by to nějak zkreslili, v podstatě nás použili jako ilustrační matku a dítě.“ (paní Dvořáková)*

Paní Dvořáková a Chvátalová uváděly, že nebyly spokojené se způsobem, jakým média informovala o případu porodní asistentky Ivany Königsmarkové. Podle jejich mínění byl způsob medializace tendenční a zaujatý. To podle paní Dvořákové mohlo mít v určitém ohledu, ale i pozitivní dopad, neboť se setkala s kritickými reakcemi ze strany svého okolí, které se o danou problematiku jinak nezajímá, že způsob medializace případu považovali do jisté míry za tendenční.

*„... co jsem pochopila z reakcí těch rodičů nebo kamarádů, že i pro úplně nezainteresovaný lidi je čím dál zjevnější, že ten postoj lékařů je v tom příliš agresivní. Že mají tendenci k nějaké manipulaci, která je už veřejně normálně rozpoznatelná.“ (paní Dvořáková)*

## **Reflexe způsobu mediální prezentace domácích porodů**

Informantky kritizovaly způsob prezentace domácích porodů v českých médiích zejména z hlediska udržování stereotypů. Média podle nich přispívají k udržování stereotypních představ o ženách, jež rodí doma. Právě tyto stereotypní představy pak podle nich posilují mylné představy veřejnosti o důvodech, jež vedou ženy k porodu doma. Rovněž podle nich tento způsob medializace tématu zastírá skutečnost, že ženy se pro porod doma rozhodují na základě racionální volby, které předchází zvážení dostupných druhů porodní péče.

*„... jsou to opravdu lidi, kteří si myslí, že (...) porod doma je opravdu příšerné riziko a páchají ho ženy běžající v sukních po lese. Myslím, že málokoho napadne, že doma rodí třeba zdravotní sestry, právničky, vysokoškolsky vzdělané ženy a na celý porod se připraví dvacetkrát víc než běžná žena.“ (paní Fialová)*

*„Já si uvědomuju, že to je volba, kterou činí asi 1 % populace, ale myslím si, že je to důležitý, aby to bylo prezentovaný jako něco co není společensky nebezpečné.“ (paní Dvořáková)*

Cestou jak pozměnit tyto přetrvávající představy o ženách, jež rodí doma je podle paní Fialové a Chvátalové zveřejňování osobních příběhů doma rodících žen, jež tyto stereotypní představy narušují. Jako příklad uváděly informantky českou ekonomku

Markétu Šichtářovou, jež sama své tři děti porodila doma a vystupuje jako zastánkyně domácích porodů.

*„Jinak se v médiích objevuje ta paní ekonomka Šichtářová, která rodila doma. To je dobrý, ta je dobrá pro ty, co chtějí mít někoho, kdo není jako indián (smích), že to je prostě ekonomka, která ale zároveň rodí doma.“ (paní Chvátalová)*

Podle paní Fialové je potřeba, aby se rozšířil počet představitelů alternativního diskurzu, kteří vystupují jako zastánci domácích porodů v médiích. Podle paní Fialové až do současnosti domácí porody v médiích obhajovaly pouze dvě porodní asistentky. V souvislosti s tím, že jméno jedné z nich, Ivany Königsmarkové, je pro většinu veřejnosti v současnosti spojeno s případem tragického domácího porodu, je pro vylepšení mediálního obrazu domácích porodů nutné, aby téma v médiích začal reprezentovat někdo jiný.

*„Je to prostě už moc zaškatulkované, a dokud nepřijde nějaká mladá krev, tak to nebude snadné změnit. (...) Je třeba, aby přišel někdo nový a mladý a vytvořil tomu nějaký nový mediální obraz. (...) Myslím si, že se to zlepšuje, že už jsou slyšet i ty hlasy druhé strany a jsou už i slyšet od lidí, kteří jsou nějak ‚společensky přijatelní‘, či jak to říct.“ (paní Fialová)*

Paní Benešová, Dvořáková a Chvátalová uváděly, že téma domácích porodů je v médiích podáváno značně černobíle a jedná se pouze o prezentaci dvou protichůdných názorů. Média podle nich nevytvářejí prostor pro diskusi. Zde se domnívám, že informantky možná poukazovaly na skutečnost, kterou v souvislosti s kritikou mediálního pojednávání o tématu porodnictví uvádí Jonášová (2011) a to, že média se primárně soustředí v této otázce na možnost výběru místa porodu, ale nesoustředí se na ostatní požadavky představitelů alternativního diskurzu. Podle žen je důležité, aby v médiích byly požadavky zastánců alternativního diskurzu podávány jasně a nebyly zužovány jen na svobodnou volbu místa porodu. Ženy se pro porod doma rozhodují zejména z důvodu neschopnosti akceptovat podobu péče poskytované v porodnicích a z důvodu nedostupnosti péče vycházející ze zásad přirozeného porodu. Nechtějí, aby v médiích byla jejich volba zobrazována jako nezodpovědná a sobecká, ale aby se média spíše snažila vytvořit prostor pro debatu o změnách v českém porodnictví.

*„Pro mě je hrozné na tom celé to, já se třeba přiznám, že kdybych věděla, že v té porodnici mi do toho nebudou lézt, tak já do té porodnice klidně půjdu. Já třeba ten argument, že ženy, které rodí doma, jsou hazardérky, tak já třeba jsem naprostý antihazardér, já jsem jistotář non plus ultra (...) Přitom by stačilo málo, já si myslím, že v podstatě jde jen o to nechat těm ženám prostor a být schopný jako třeba ta moje porodní asistentka intervenovat jen v tu chvíli, kdy je to potřeba. A dokud to není potřeba, tak nechat ty osoby dělat co chtějí.“ (paní Černá)*

## 4.6 Reflexe dostupnosti informací o domácím porodu v rámci ČR

V rámci výzkumné otázky týkající se dostupnosti informací o domácím porodu u nás jsem usilovala o to zjistit, zda ženy vnímají dostupné informace jako dostatečné. Vycházela jsem z předpokladu, že dostatek informací je pro ženy nezbytný nejen z hlediska rozhodnutí pro porod doma, ale rovněž i pro zdůvodňování tohoto rozhodnutí ve vztahu s okolím. Podmínkou pro získání potřebných informací je podle žen vyvinutí vlastní iniciativy a formulace představy o podobě porodní i následné péče, kterou ony požadují. Jak již bylo řečeno, informace o domácím porodu se v České republice šíří v rámci širšího diskurzu přirozeného porodu. Právě zájem o přirozený porod a zjištění jeho obtížné realizovatelnosti v rámci péče poskytované ve většině českých porodnic, je jedním z důvodů, jež ženy přivádí k zvažování porodu doma. Rozhodnutí části informantek tak předcházelo nejdříve vybírání vhodné porodnice a pročítání zkušeností rodiček, jež v dané porodnici přivedly své dítě na svět, návštěva porodnice a až posléze na základě zjištění, že zde přirozený porod není dostupný, se rozhodly pro domácí porod. Je tak ale nezbytné, aby měla žena představu o tom, jak by měl její porod probíhat a jakým postupům se v jeho rámci chce vyhnout. Ženy uváděly, že právě v této oblasti panuje v české společnosti možná nedostatečná informovanost. Česká veřejnost není dostatečně seznámena s různými alternativami k lékařsky vedenému porodu. Některé ženy tak mohou být nespokojeny s podobou poskytované péče v porodnici, ale nejsou schopny formulovat svou představu o péči, jež by požadovaly.

*„Já jsem se setkala s různými těhotnými ženami, jež tak nějak věděly, že jim na tom jak o ně pečují, něco nesedí, ale nebyly úplně schopny zanalyzovat, co přesně jim na tom nesedí a co se jim nelíbí.“ (paní Dvořáková)*

Ženy se ale shodovaly, že vlivem činnosti občanských sdružení, které informace o alternativních podobách porodu i péče v průběhu porodu šíří, se situace zlepšuje. Podle informantek šíření informací o domácích porodech napomáhá rovněž i medializace tématu domácích porodů v posledních letech.

### 4.6.1 Dva různé přístupy k informacím

Přístup žen, jež se rozhodly родit doma, k informacím není stejný, což mi potvrdily výpovědi informantek. Ženy se liší v tom, jaké informace shánějí i odkud je čerpají. Podle výpovědi informantek lze doma rodící ženy z hlediska jejich přístupu k informacím rozdělit na dvě skupiny.



První skupinu žen jsem označila jako „intuitivní“. Tyto ženy vnímají porod jako přirozenou záležitost, v níž kladou důraz zejména na svou intuici a naslouchání vlastnímu tělu. Z informací je zajímají zejména praktické rady a porodní zkušenosti jiných žen. Ty čerpají buď ze zkušenosti žen ve svém okolí, případně z porodních příběhů, jež vyšly knižně (Aperio, Porodní příběhy – Rodíme se jen jednou) či jsou dostupné na internetu (<http://www.pribehyproivanu.cz/>)<sup>31</sup>. Nemají výraznější zájem o odbornější informace. Nechtějí vstupovat do odborných debat s lékaři o bezpečnosti domácích porodů. Stačí jim přesvědčení, že porod doma je pro ně správná volba. Jsou toho názoru, že příliš informací může i škodit.

*„A musím říct, že jsem se po těch informacích poté ani moc nepídila. Držela jsem se toho, že čím míň má toho člověk načteno, tím víc může být svůj. Nechtěla jsem se přeeducovat.“* (paní Benešová)

*„Já nejsem moc velký diskutér (...) kdyby se mě někdo ptal ostře a zastával se porodnic, tak já mu asi nebudu moc schopná úplně jasně oponovat. Zřejmě bych mu řekla, že to vychází tak nastejno (...), ale tak nebudu mu asi schopná oponovat nějakými čísly a tak.“* (paní Chvátalová)

Na druhé straně pak stojí skupina žen, které svůj přístup označují jako „racionální“. Pro tyto ženy je důležité zejména shromažďování odborných informací o porodnictví u nás i v zahraničí. Seznamují se se svými právy v průběhu porodu a s tím, co mohou v rámci poskytované porodní péče požadovat či naopak odmítnout. Důvody pro shánění těchto informací jsou zejména dvojího druhu. V první řadě je ženy chápou jako nutnou podmínku pro zodpovědné rozhodnutí pro domácí porod a zadruhé jich mohou využít pro argumentaci v diskuzi s jejich okolím. Celkově tak ženy z této skupiny usilují o shromáždění většího množství informací. Mnohem častěji také shánějí informace i ze zahraničních zdrojů. To je zapříčiněno tím, že v České republice dosud nebyly uskutečněny studie, které by se zabývaly srovnáním rizik domácích porodů s porody v porodnici.

V rámci mého výzkumného vzorku tento přístup k informacím výrazněji vykazovaly tři informantky: paní Adamová, paní Černá a paní Fialová. Paní Fialová sháněla specificky zaměřené informace z důvodu komplikací u předchozího porodu. Paní Adamová a paní Černá zase považovaly shromáždění dostatečného množství informací jako nutnou podmínku pro své rozhodnutí pro domácí porod.

*„... jsem ten člověk, který si získal ty informace, vyhodnotil si to. Není to tak, že bych to musela za každou cenu, že by to pro mě bylo něco, co by bylo nad všechno, to ne. Myslím, že těch informací jsem měla dost a čím víc jsem jich měla, tím víc jsem byla rozhodnutá pro porod doma.“* (paní Černá)

---

<sup>31</sup> Stránka porodních příběhů, jež vznikla na podporu porodní asistentky Ivany Königsmarkové, po jejím odsouzení za smrt dítěte při domácím porodu.

Ostatní ženy popisovaly svůj přístup k informacím tak, že je bylo možné zařadit spíše do kategorie intuitivních rodiček. Ve svém popisu přístupu k informacím zdůrazňovaly význam zkušenosti jiných žen a vzájemné sdílení zkušeností, důvěřování vlastnímu tělu a své intuici. Ve vztahu se svým okolím zdůrazňovaly pozitivní vliv klidu a domácího prostředí na průběh porodu.

*„Já mám několik známých, které taky rodily doma a jsou to takový hodně racionální typy žen, třeba jako právničky nebo matematicka, a ty si hodně hledaly ty zahraniční informace a ty medicínské studie a ty statistiky a tak. No a pak jsou takové intuitivnější nebo emocionálnější typy žen, kterým hodně pomůžou ty příběhy toho, že to jde a jak to vlastně probíhá.“* (paní Dvořáková)

#### **4.6.2 Reflexe dostupnosti informací o domácím porodu v ČR**

Nižší spokojenost s dostupností informací o domácím porodu zmiňovaly pouze dvě informantky. V jednom případě se jednalo o informantku, jež z důvodu komplikací u předchozího porodu sháněla specificky zaměřené informace. V druhém případě se jednalo o informantku, která porodila v roce 2008, kdy informace o domácím porodu ještě nebyly tolik rozšířené. Rovněž jako jediná tato informantka nežila v Praze či jejím okolí, kde je dostupnost informací zřejmě o něco snazší. V Praze sídlí organizace zabývající se přirozeným a domácím porodem (HAM, Aperio) a probíhá zde pravidelně festival zaměřující se na podporu přirozeného porodu Světový týden respektu k porodu. Sama informantka rovněž uváděla, že v době těhotenství neměla ve svém okolí, kromě porodní asistentky, jinou ženu, jež by měla zkušenost s domácím porodem. Jak uvádím níže, právě zkušenosti a informace od jiných žen, jež rodily doma, jsou pro ženy velmi důležitým zdrojem informací. Jinak ženy reflektovaly dostupnost informací o domácím porodu u nás veskrze pozitivně. Zmiňovaly rozmanitost zdrojů, z kterých je možné čerpat: literatura, předporodní kurzy vedené soukromými porodními asistentkami, internetové stránky občanských sdružení podporujících přirozené porody (Aperio, HAM) či organizace sdružující porodní asistentky (UNIPA), přednášky pořádané v mateřském centru A-centrum, festival Světový týden respektu k porodu, zkušenosti jiných žen.

#### **4.6.3 Zdroje informací**

Ženy uváděly jako hlavní zdroje informací literaturu o porodu, svou porodní asistentku a zkušenosti jiných žen a internetové diskuze.

##### Literatura

Právě setkání se s literaturou popisující přirozený porod bylo často prvotním impulsem pro zvažování alternativní podoby porodu. Informantky nejčastěji uváděly, že

informace čerpaly z knih od českých porodních asistentek, Možnost volby od Zuzany Štromerové a Hovory s porodní bábou od Ivany Königsmarkové (Jana Doležalová, sepsané rozhovory s Ivanou Königsmarkovou). Z přeložené zahraniční literatury pak dále zmiňovaly knihu Znovuzrozený porod francouzského porodníka a průkopníka myšlenky přirozeného porodu Michela Odenta či knihu německé porodní asistentky Ingeborg Stadelmann Zdravé těhotenství, přirozený porod. V oblasti literatury byly ženy s dostupnými informacemi veskrze spokojeny, neměly potřebu čerpat ze zahraniční nepřeložené literatury. Pokud čerpaly informace ze zahraničních zdrojů, jednalo se zejména o výsledky výzkumných studií zabývajících se rizikovostí domácích porodů.

### Informace od jiných žen, jež rodily doma

Kromě jedné ženy všechny informantky uvedly, že v průběhu svého těhotenství byly v kontaktu s alespoň jednou ženou, jež rodila doma. Ve dvou případech se jednalo jen o jejich porodní asistentku, další ženy naopak uváděly, že v průběhu těhotenství byly v kontaktu hned s několika ženami, jež už doma porodily. To potvrzuje zjištění Zemánkové (2010), že většina doma rodících žen zná nějakou ženu, jež rodila doma a je s ní v průběhu těhotenství v kontaktu. Kontakt s jinými ženami, jež rodily doma, umožňuje ženám vyměňovat si informace a zároveň je i upevňuje v jejich rozhodnutí.

*„... rozhodně je to (kontakt s jinými ženami, jež rodily doma – pozn. autora) uklidňující, protože ví, že to jde a že se nikde v jeho okruhu žádná katastrofa nestala. Třeba někdo doma neporodil a odjel do porodnice, ale nestalo se nic katastrofálního, prostě odjel do porodnice a porodil tam.“* (paní Fialová)

Sdílení zkušeností považovaly ženy za velmi důležité. Setkala jsem se s tím, že některým ženám chybí předávání zkušeností s porodem v rámci rodiny a hledají je tak v rámci svých vrstevnických skupin.

*„A je dobré, že je s kým to sdílet, že je s kým si popovídat. Přijde mi, že ta kontinuita toho života je tak nějak přetržená (...). Tím jak tohle už neexistuje, tak je důležité najít si tu komunitu těch ženských a s nimi to sdílet a kde se mu dostane nějaké rady od těch zkušenějších, když to v té rodině nemá.“* (paní Fialová)

Pokud žena nemá ve svém okolí ženy, jež rodily doma, může čerpat informace z porodních příběhů jiných žen, jež jsou v současnosti dostupné na internetu i vydané knižně.

### Porodní asistentka

Všechny informantky byly v průběhu těhotenství v péči porodní asistentky. Uváděly ji tedy jako důležitý zdroj informací pro domácí porod. Paní Benešová, Chvátalová a Holubová uváděly, že právě návštěva předporodních kurzů vedených

jejich porodní asistentkou iniciovala jejich zájem o přirozený a domácí porod. Zemánková zjistila, že jen málo žen, jež rodí doma, čerpá informace o těhotenství a porodu od svého lékaře (Zemánková, 2010). S otázkami ohledně těhotenství a porodu se tak ženy obvykle obrací na porodní asistentku, kterou považují za odbornou autoritu v oblasti péče, jež vychází z koncepce přirozeného porodu.

### Ostatní zdroje

Ženy jako jeden z možných zdrojů informací uváděly každoročně pořádaný festival Světový týden respektu k porodu zabývající se péčí v průběhu těhotenství a přirozeným porodem. Ženy z hlavního města uváděly jako důležitou činnost mateřského centra A-centrum (tzv. Áčka), v němž probíhají předporodní kurzy pořádané Ivanou Königsmarkovou a rovněž se zde konají přednášky o přirozeném a domácím porodu. O A-centru hovořily jako o důležitém místě pro setkávání se s ženami, jež rodily doma, anebo to plánují. Podle výpovědi informantek část žen, jež se v A-centru soustředí, má zkušenost s domácím porodem. Jak jsem ukázala výše, kontakt s jinými ženami, jež rodily doma je pro ženy plánující domácí porod důležitý, a proto považují činnost tohoto mateřského centra z hlediska šíření informací za významnou.

*„... to bylo v rámci A-centra, kde pracuje ta Ivana Königsmarková. Tak tam jsem potkala spoustu těch doma rodících žen. To byl asi docela zásadní podnět.“* (paní Dvořáková)

Jak již bylo řečeno, jako ne zcela dostatečnou vnímaly dostupnost informací u nás ženy, pokud sháněly specificky zaměřené informace nebo pokud se zajímaly o odborné studie a statistiky domácích porodů. Jinak se informantky shodovaly v tom, že dostupnost informací je za předpokladu aktivního vyhledávání informací, dobrá. Otázkou je nakolik ovlivnila reflexi dostupnosti informací skutečnost, že informantky pocházely z Prahy či blízkého okolí nebo jiného velkého města. Samy informantky připouštěly možnost, že jejich reflexe dostupnosti informací mohla být ovlivněna místem jejich bydliště.

*„Ale myslím, že v rámci České republiky je těch informací teď už dost. Nevím, jaké by to bylo, kdybych bydlela někde u hranic anebo na Vysočině, to by byla asi jiná situace, než tady v Praze. Myslím, že tady je to usnadněný.“* (paní Benešová)

*„Já mám třeba jednu hodně blízkou kamarádku, která je té myšlence porodu doma skutečně nakloněná, ale bydlí v Hradci Králové, kde žádná porodní asistentka k domácím porodům nechodí (...).“* (paní Fialová)

Ženy rovněž připouštěly, že jejich reflexe dostupnosti informací mohla být ovlivněna tím, že se pohybovaly už před těhotenstvím v okruhu lidí, kde se o otázce domácích porodů hovořilo a kde se rovněž i informace snáze šířily. Jako nutnou

podmínkou pro získání informací o domácích porodech ženy uváděly formulaci představy o průběhu porodu a vyvinutí aktivity.

*„Myslím si, že jich je dost. Je pravda, že nedokážu posoudit, jak jsou dostupný pro ty, kdo nemají ve svém okolí vůbec nikoho a jak se ta informace může vůbec dostat k člověku, který tu alternativu vlastně ani nezná, jak se k němu dostává vlastně alespoň nějaký impuls. To si myslím, že je možná opravdu trochu problém, protože ty informace jsou v okruhu lidí, ve kterém se pohybujete a tam jich je spousta, ale může se stát, že běžná žena o tom vůbec neuvažuje, že by něco takového vůbec mohlo být, takže tu informaci nemá kde přirozeně získat. To bych řekla, že problém může být.“* (paní Černá).

## 5 ZÁVĚR

V rámci svého výzkumu jsem se zabývala vyjednáváním rozhodnutí o domácím porodu. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu jsem sledovala, jak ženy, jež mají zkušenost s domácím porodem, reflektují způsob vyjednávání tohoto rozhodnutí ve vztahu se svým okolím. Dále jsem se zabývala tím, jak ženy reflektují dostupnost informací o domácím porodu v ČR a mediální obraz domácích porodů v českých médiích. Jako technika sběru dat byl zvolen polostrukturovaný a narativní rozhovor. Rozhovor jsem realizovala se sedmi ženami ve věku od 26 do 37 let z Prahy a okolí. Význam narativního rozhovoru se ukázal zejména pro porozumění motivaci žen pro zvolení domácího porodu a vzniku tohoto rozhodnutí. Právě porozumění důvodům, které vedou ženy k rozhodnutí pro domácí porod, představovalo nutný předpoklad pro následné porozumění způsobům prosazování tohoto rozhodnutí v jednotlivých vztazích. V rámci analýzy jsem pak sledovala jednotlivé roviny vyjednávání a jejich specifika a odlišnosti.

Péče v průběhu domácího porodu vychází ze zásad, které pro vedení porodu stanovuje koncepce přirozeného porodu. Sama koncepce přirozeného porodu, jak se ukázalo, pak nese určité znaky, které je možné nalézt u popisu nekonvenční medicíny. To se potvrdilo i v oblasti motivace žen pro domácí porod. Podle Křížové (2004) se důvody, které vedou pacienty k volbě některé z metod nekonvenční medicíny, dají rozdělit na dvě skupiny: faktory odpudivosti a faktory přitažlivosti. Faktory odpudivosti představují ty důvody, které vedou pacienty k „útěku od vědecké medicíny“, faktory přitažlivosti pak ty důvody, jimiž se pacienti ztotožňují s principy nekonvenční medicíny. Podobně bylo možné rozdělit důvody k rozhodnutí pro domácí porod, které jsem identifikovala v rámci svého výzkumného vzorku. Faktory odpudivosti se vztahovaly k modelu aktivně lékařsky vedeného porodu, faktory přitažlivosti pak ke koncepci přirozeného porodu. Faktory odpudivosti byly: obava ze ztráty aktivní role při porodu v porodnici, nerespektování odmítání zákroků a medikalizace porodu, standardizace a rutinizace postupů, obava z možných iatrogenních rizik zákroků. Faktory přitažlivosti byly: možnost porodu v souladu se zásadami přirozeného porodu (nezasahování do průběhu porodu, aktivní role přísluší rodící ženě, nepřerušovaný kontakt s dítětem), péče a podpora porodní asistentky, přítomnost partnera a klid a pocit bezpečí pramenící ze známého prostředí. Tyto důvody se shodují se zjištěními výzkumů Zemánkové (2010) a Štomerové (2005).

Skupina důvodů, jež řadím pod faktor odpudivosti, ukazuje, že pro řadu žen představuje domácí porod stále spíše negativní volbu, jíž reagují na nedostupnost porodní péče, jež by byla v souladu s jejich požadavky na podobu vedení porodu. Při argumentaci s okolím pak byly zastoupeny argumenty vycházející jak z faktoru odpudivosti, tak faktoru přitažlivosti. Role negativní zkušenosti s porodem v porodnici,

jak o ní v souvislosti s podporou domácích porodů hovoří Hašková (2001b), se v rámci mého výzkumného vzorku příliš nepotvrdila. Naopak se potvrdilo zjištění Zemánkové (2010), že pro domácí porod se čím dál častěji rozhodují i prvorodičky.

V rámci svého výzkumu jsem identifikovala celkem sedm rovin vyjednávání. Tyto roviny se od sebe navzájem lišily tím, co bylo v rámci nich předmětem diskuze, ale i tím, zda v nich k diskuzi vůbec došlo. Charakter diskuze byl ovlivněn také rolí, kterou aktéři ve vyjednávání měli. Způsob i obsah diskuze byl ze strany žen těmito rolím přizpůsobován. Roviny vyjednávání by bylo možné rozdělit na vyjednávání s odborníky (lékaři, porodní asistentka) a na vyjednávání s okolím (partner, širší rodina, přátelé).

Ve vyjednávání s lékaři jsem rozlišila tři roviny podle toho, co v nich bylo předmětem diskuze i podle toho s kým diskuze probíhala (lékaři v porodnici, gynekolog, pediatr). Charakter diskuze ve vztahu s lékaři byl ovlivněn tím, že lékaři v jejím rámci vystupovali jako nositelé expertního vědění vědecké medicíny. Míra otevřenosti v diskuzi s lékaři byla tak výrazně menší než ve vztahu s porodními asistentkami, které zde vystupovaly jako nositelky expertního vědění vycházejícího z koncepce přirozeného porodu. Ze strany žen byl navíc patrný jistý stereotypní náhled na postoj lékařů, který zároveň většinu z nich odrazoval od svěřeni se lékaři se svým rozhodnutím. Ženy vědomy si toho, že vycházejí z odlišné koncepce péče, s lékaři řešily jen to, co bylo nezbytně nutné. Vyjednávání ve vztahu s lékaři se tak obvykle nesoústředilo na vyjednávání samotného rozhodnutí pro domácí porod. Jednotlivá témata diskuzí s lékaři však s rozhodnutím pro domácí porod a koncepcí přirozeného porodu souvisela. Ve vztahu s lékaři v porodnici bylo předmětem diskuze zjišťování dostupnosti přirozeného porodu. V této diskuzi narážely ženy na *tendenci k standardizaci a rutinizaci postupů*, jak o nich hovoří Hašková (2001a) a na *enkulturační tendence* porodnice jako instituce, jak je popisuje Hrešanová (2008). Zjištění o nedostupnosti požadovaného modelu porodní péče přivádělo ženy k rozhodnutí pro domácí porod. Ve vztahu s gynekology bylo předmětem diskuze s lékařem *odmítání některých vyšetření* v průběhu těhotenství. Jak se během výzkumu ukázalo, odmítání vyšetření je v širším kontextu součástí koncepce přirozeného porodu. Podobně jako koncepce přirozeného porodu i odmítání vyšetření se opírá o zásadu nezasahování a o odpor k rutinizaci postupů. Teprve třetí rovina vyjednávání, s pediatry, neumožňovala se sdělení o rozhodnutí pro domácí porod vyhnout. Předmětem diskuze ve vztahu s pediatry bylo vyjednávání o *převzetí dítěte do péče po domácím porodu*. Součástí všech rovin vyjednávání s lékaři bylo *vyjednávání zodpovědnosti*. Přístup žen k poskytované péči se vyznačoval jejich výrazně aktivním přístupem, v rámci něž usilovaly o větší míru zapojení do rozhodování o podobě péče v průběhu těhotenství a porodu. V přístupu žen byl patrný silně rys konzumerismu, tak jak o něm v souvislosti se vstupem tržního prostředí do oblasti zdravotnictví hovoří Hrešanová (2008). Ženy samy aktivně vyhledávaly péči, jež by byla v souladu s jejich přesvědčením, a když ji nenašly v oficiálním systému zdravotní péče, začaly ji hledat v alternativních podobách péče.

Porodní asistentky zde vystupovaly nejen jako nositelky expertního vědění vycházející z koncepce přirozeného porodu, ale jako poskytovatelky péče v průběhu těhotenství a porodu. Vnímaný postoj porodních asistentek k problematice domácích porodů a ztotožnění s podobou jimi poskytované péče v průběhu těhotenství umožňovaly ženám výrazně větší otevřenost než ve vztahu s lékaři. Ženy navíc cíleně oslovovaly ty porodní asistentky, o nichž věděly, že asistenci u domácího porodu poskytují. Asistence u domácího porodu zde tak vystupovala jako regulární forma porodní péče, kterou byly porodní asistentky při splnění předem daných podmínek, týkající se zejména zdravotního stavu ženy a dítěte, poskytnout. Výraznou proměnu charakteru vyjednávání s porodní asistentkou jsem zjistila v souvislosti se změnou zákona o zdravotních službách, který je účinný od 1. dubna 2012 a který upravuje podmínky pro poskytování zdravotní péče mimo zdravotnické zařízení. V případě domácích porodů v současnosti tento zákon v podstatě znemožňuje získání porodní asistentky pro asistenci u domácího porodu a v případě poskytnutí asistence u domácího porodu vystavuje porodní asistentky riziku trestního stíhání. Ženy, které přesto trvají na domácím porodu, tedy hledají způsob, jak zajistit porodní asistentce právní ochranu. V důsledku toho se tak diskuze s porodní asistentkou zaměřuje především na to, zda porodní asistentka bude vůbec ochotna poskytnout asistenci u domácího porodu a pokud ano, jak jí bude zajištěna právní ochrana.

Ve vyjednávání s okolím je třeba rozlišit vyjednávání ve vztahu s partnerem a ve vztahu s širší rodinou a přáteli. Klíčovým pro diskuzi s partnerem, tak jak to ženy reflektovaly, byl přístup k informacím. Ty pro partnery představovaly nutný předpoklad pro následné rozhodnutí. Lišil se způsob, jakým ženy popisovaly vznik rozhodnutí, některé uváděly, že se vyvíjelo ve společné diskuzi s partnerem, jiné jej interpretovaly jako vlastní rozhodnutí. Ve vztahu s širší rodinou a přáteli se ukázala jako významná z hlediska vyjednávání *generační rovina*. Ze strany svých vrstevníků předpokládaly ženy větší porozumění přebírání aktivní role při volbě péče a s tím spojené zodpovědnosti, než předpokládaly u generace svých rodičů. Ve vztahu s přáteli tak o svém rozhodnutí ženy hovořily mnohem otevřeněji než ve vztahu se širší rodinou. Roli ve způsobu vyjednávání má i předpokládaný vztah k tématu. Ten zároveň ukazuje na *diverzifikaci životních stylů*, jež v rámci ČR probíhá. Ženy, jež mají zkušenost s domácím porodem, se často už v průběhu těhotenství pohybovaly ve společnosti, kde diskurz přirozeného a domácího porodu byl běžný. Zároveň se ve výzkumu ukázalo, že domácí porod je mnohdy začleněn do širšího kontextu určitého životního stylu. V souvislosti s domácím porodem se tak často objevuje např. odmítání očkování, šátkování (nošení dítěte v šátku), způsob vzdělávání dětí, způsob stravování.

Ženy reflektovaly význam rovnoměrného zastoupení příspěvků odpůrců a zastánců domácího porodu v médiích, na druhou stranu si byly vědomy, že ani rovnoměrné zastoupení příspěvků zástupců alternativního diskurzu je nečiní stejně relevantními pro postoj veřejnosti k tématu domácích porodů, jako vyjádření představitelů dominantního diskurzu (odborníci, lékaři). Nejvýrazněji pak postoj veřejnosti podle žen ovlivňují případy tragických domácích porodů. S poukazováním na



tyto případy a tedy rizika domácích porodů se v diskuzi s okolím setkávaly ženy nejčastěji. Reflexe dostupnosti informací v rámci ČR pak měla dvojitý význam, odhalovala nejen to, z jakých zdrojů ženy informace o přirozeném a domácím porodu získávají, ale rovněž to, jak těchto informací využívají v diskuzi s okolím. Ukázalo se, že v diskuzi s okolím ženy příliš nevyužívaly odborných informací, jež by musely čerpat ze zahraničních zdrojů (výzkumy bezpečnosti domácích porodů, statistiky domácích porodů) a při argumentaci spíše vycházely ze zásad koncepce přirozeného porodu.

Ukázalo se, že vyjednávání probíhalo zejména v těch vztazích, kde bylo nezbytné (porodní asistentka) nebo kde předcházelo konečnému rozhodnutí (partner). Ve vztazích, kde ženy měly obavu z reakce na rozhodnutí (širší rodina, lékaři) byly při sdělování rozhodnutí spíše zdrženlivější a uchýlovaly se k němu obvykle až po porodu, tedy zpětně. Zajímavý v tomto ohledu byl vztah s přáteli, kde ženy vykazovaly výrazně větší otevřenost než ve vztahu s rodinou, navzdory tomu, že i zde očekávaly možnou negativní reakci. Pro diskuzi s přáteli bylo rovněž důležité, že většina žen se už před porodem pohybovala v určité *sociální skupině*, kde bylo téma domácího porodu běžné a bylo na něj pohlíženo jako na možnou alternativu. Význam této sociální skupiny spočíval zejména ve sdílení informací a zkušeností, ale také podporoval ženy v jejich přesvědčení pro domácí porod.

Na závěr bych ráda ještě uvedla dvě roviny, které se v průběhu výzkumu ukázaly jako důležité. Jedná se o *genderovou rovinu a vztah koncepce přirozeného porodu a nekonvenční medicíny*. Ačkoliv jsem se genderové rovině v rámci své práce nevěnovala, vystupovala tu jako velmi patrná. Jednalo se zejména o střet mužského světa reprezentovaného lékaři, jenž zde zastupuje expertní vědění vědecké medicíny, a ženského světa, který zde byl reprezentován nejen porodními asistentkami jako představitelkami expertního vědění vycházejícího z koncepce přirozeného porodu, ale i samotnými matkami. Navzdory tomu, že porod je ženskou doménou, tak v důsledku početní převahy mužů-lékařů<sup>32</sup> v oboru porodnictví, jsou to muži, kdo v současnosti určují vývoj porodnictví i způsob vedení porodu. Je otázkou, zda lékařky, které sice vycházejí z expertního vědění vědecké medicíny, mají odlišný postoj k alternativám v oblasti porodnické péče, než lékaři. Z mého výzkumného vzorku se zdálo, že ano, ačkoliv samozřejmě s ohledem na jeho velikost nelze usuzovat na to, že se jedná skutečně o nějaký trend. Pokud však informantky uváděly, že se setkaly s pochopením a s tolerantnějším postojem k jejich rozhodnutí o domácím porodu či třeba k odmítnutí některých vyšetření, jednalo se o lékařku, nikoliv lékaře.

---

<sup>32</sup> Podle Zdravotnické ročenky ÚZIS je v současnosti podíl lékařů a lékařek v oboru gynekologie a porodnictví 54,5 % mužů a 45,5 % žen (ÚZIS, 2013b). Ještě v roce 1993 však v oboru gynekologie a porodnictví pracovalo 65% mužů a jen 35% žen (ÚZIS, 1994). Je tedy patrné, že v uplynulých letech došlo k nárůstu počtu žen v oboru, přesto zůstává obor gynekologie a porodnictví nadále oborem s převahou mužů.

V průběhu výzkumu se ukázalo, že střet dvou modelů vedení porodu, může být v obecnější rovině chápán i jako střet dvou různých medicín. Je otázkou, nakolik se koncepce přirozeného porodu dá zařadit do oblasti nekonvenční medicíny. Na jedné straně se koncepce přirozeného porodu tomuto zařazení vymyká tím, že odmítá nahlížet na spontánní porod jako na nemoc, neboť v jejím pojetí je porod považován za přirozený proces. V tomto ohledu se tedy zařazení koncepce do kategorie nekonvenční medicíny může zdát problematické. Na druhou stranu vykazuje koncepce přirozeného porodu řadu charakteristik, s kterými je možné se setkat v popisu nekonvenční medicíny. Společný jim je oběma způsob, jakým se střetávají s dominantní vědeckou medicínou. Vymezují se proti ní tím, že kritizují přílišnou medikalizaci lidského života, kterou podle nich prosazuje vědecká medicína, invazivnost jejích postupů a její nedostatečný zájem o psychologické a sociální aspekty péče. Jak nekonvenční medicína, tak koncepce přirozeného porodu v rámci svého systému péče naopak na psychologické a sociální aspekty péče kladou velký důraz. Navzdory tomu, že ryze paternalistický přístup, který byl praktikován v rámci systému socialistického zdravotnictví, je probíhající transformací zdravotnictví postupně oslabován (Bártlová, 2005), přesto oba tyto systémy péče přicházejí s jiným pojetím péče o klienta.

Podle Křížové (2004) se vztah mezi klientem a poskytovatelem péče v nekonvenční medicíně vyznačuje vyšší kontrolou klienta nad podmínkami léčby, klientovým zaujetím aktivního postoje v rámci léčby a v terapeutickém pojetí vztahu založeném na hluboké důvěře. Právě tyto znaky (aktivní zapojení do léčby, vzájemná důvěra, ovlivňování podoby poskytované péče) jsem identifikovala ve vztahu informantek a porodní asistentky. Naopak značný deficit těchto znaků byl charakteristický pro reflexi vztahu s lékaři, jež v rámci výzkumu reprezentovali vědeckou medicínu. Vztah s lékaři a s porodními asistentkami tak měl zcela odlišný charakter, což ovlivňovalo i následnou diskuzi. Porodní asistentky zde vystupovaly jako nositelky expertního vědění, s nímž se informantky ztotožňovaly, zatímco lékaři jako nositelé expertního vědění, proti kterému se informantky vymezovaly. Zde se nabízí opět připomenout, že zastánci koncepce přirozeného porodu neodmítají expertní vědění vědecké medicíny jako takové, ale kritizují rutinní aplikaci jejích postupů plošně v rámci všech porodů. Koncepce přirozeného porodu má s nekonvenční medicínou společnou také obavu z iatrogenních efektů léčby vědeckou medicínou. Dá se tedy říct, že nekonvenční medicíně a koncepci přirozeného porodu je společný způsob, jakým se vymezují proti vědecké medicíně a způsob jakým koncipují péči o klienta. Situace koncepce přirozeného porodu je ale specifická v tom, že celkově odmítá vnější zásahy do přirozeného procesu, za jaký spontánně probíhající porod považuje.

Ačkoliv jsem se v rámci své práce zaměřovala na samotné téma domácího porodu, snad se mi podařilo ukázat, jak je dané téma spjata s alternativním diskurzem v oblasti porodnictví a naznačit i jeho možný přesah do oblasti nekonvenční medicíny. Zároveň se snad také podařilo ukázat, že samotné rozhodnutí pro domácí porod představuje pro řadu žen krajní způsob vyjádření nespokojenosti s podobou péče poskytované v oblasti porodnictví. Pokud má tedy většina porodů probíhat

ve zdravotnickém zařízení a nemá docházet k nárůstu domácích porodů, zejména vysoce rizikových neasistovaných domácích porodů, je třeba snažit se rozšířit nabídku služeb v porodnictví a zohlednit v ní i požadavky zastánců koncepce přirozeného porodu. Jedním z možných řešení by mohl být vznik porodních domů, případně možnost vedení porodu v porodnici vlastní porodní asistentkou, což je možnost, která je v současnosti předmětem jednání.

## 6 PRAMENY A LITERATURA

### Odborná literatura

Bártlová, Sylva. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing.

Czabanová, Petra. 2011. *Analýza novinářské práce se zdroji na příkladu problematiky domácích porodů a hormonální antikoncepce*. Diplomová práce. Praha: UK FSV.

Čepický, Pavel. 2009. „Mýty o porodech v domácnosti“. *Moderní babictví* [online] 18 [cit. 16. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2009-18/?pdf=94>>.

Disman, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

Doležalová, Jana. 2004. *Porod doma*. Praha: Formát.

Doležalová, Jana. 2006. *Hovory s porodní bábou. Rozhovor Jany Doležalové s registrovanou porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou*. Praha: Argo.

Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2008. „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů“. *Biograf* (47): 56 odst. [cit. 18. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.biograf.org/clanek.php?id=686>>.

Hašková, Hana. 2001a. *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Sociologický ústav AV ČR.

Hašková, Hana. 2001b. *Sociální aspekty porodu*. Praha: Nadace OSF.

Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

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

Hrešanová, Ema. 2011. „Hodnocení porodní péče z perspektivy českých žen“. In Anna Kotková (ed.). *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies, s.13–22.

Hrešanová, Ema, Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2008. „Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami“. *Sociologický časopis* 44(1): 87–112.

- Jonášová, Kateřina. 2011. „*Krev versus rozum – (přirozený) porod a média*“. In Anna Kotková (ed.). *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies, s. 23–31.
- Kapr, Jaroslav, Bohumil Koukola. 1998. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Kosková, Miluše. 2009. *Porod doma nebo v porodnici*. Bakalářská práce. Brno: MUNI MED.
- Křížová, Eva, a kolektiv autorů. 2004. *Alternativní medicína jako problém*. Praha: Karolinum.
- Labusová, Eva, Alena Frydrychová. 2002. *Průvodce porodnicemi České republiky*. Aperiio: Praha
- Mrzilková Susová, Ilona. 2005. *Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004*. Praha: Aperiio.
- Odent, Michel. 2000. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.
- Pařízek, Antonín. 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání. Praha: Galén.
- Řeháčková, Dana. 2006. „*Je to taková moje libůstka... ‘ aneb o prosazování proženských témat v médiích.*“ In Hana Hašková, Alena Křížková, Markéta Linková (eds.). *Mnohohlasem: vyjednávání ženských prostorů po roce 1989*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, s. 119–130.
- Schütze, Fritz. 1999. „Narativní interview ve studiích interakčního pole.“ *Biograf* (20): 36 odst. [cit. 14. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=2003>.
- Skočovský, Karel. 2004. „O těhotenství tatínků“. *Psychologie dnes* 10 (12): 22–23.
- Slavíková, Helena, Zbyněk Straňák. 2008. „*Časné propouštění novorozenců z porodnice*“. *Sanquis* 2008 (57): 55–56.
- Sovová, Petra, Martina Suchánková. 2013. *Cesty ke spokojenému porodu*. Praha: Hnutí za aktivní mateřství.
- Štromerová, Zuzana. 2005. *Možnost volby – Kde mohu přivést své děťátko na svět?*. Praha: Argo.

Takács, Lea, Jitka Seidlerová a kol. 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. FF UK.

Zemánková, Kristina. 2010. *Jak ženy rodí doma a proč*. Bakalářská práce. Olomouc: UPOL FZV.

## Další prameny

*A-centrum: O nás*. [online]. [cit. 3. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.acentrum.eu/o-nas>>.

*Aperio: Poslání, cíle, činnosti*. [online]. [cit. 3. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://aperio.cz/133/poslani-cile-cinnosti>>.

*Hnutí za aktivní mateřství: Naše cíle*. [online]. [cit. 5. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.iham.cz/o-nas/nase-cile/>>.

Candigliota Zuzana, Radkin Honzák. 2012. *Jak úspěšně zvládnout poskytování péče nezletilému. Zásady komunikace a práva pro praktické dětské lékaře*. [online]. Brno: Liga lidských práv. [cit. 15. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://lp.cz/publikace/jak-uspesne-zvladnout-poskytovani-pecce-nezletilemu/>>.

*Cíl iniciativy Normální porod*. [online]. [cit. 1. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.normalniporod.cz/kontakt/>>.

*Domácí porody – stanovisko České Konfederace Porodních Asistentek (ČKPA) - největší profesní organizace porodních asistentek v ČR, která je jako jediná zastoupena v mezinárodní (ICM) a evropské (EMA) profesní asociaci porodních asistentek*. [online]. [cit. 27. 2. 2014].

Dostupné z:

<[http://ckpa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=126:domaci-porody-stanovisko-eske-konfederace-porodnich-asistentek-kpa-nejvti-profesni-organizace-porodnich-asistentek-v-r-ktera-je-jako-jedina-zastoupena-v-mezinarodni-icm-a-evropske-ema-profesni-asociaci-porodnich-asistentek&catid=3:kpa-home&Itemid=20](http://ckpa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=126:domaci-porody-stanovisko-eske-konfederace-porodnich-asistentek-kpa-nejvti-profesni-organizace-porodnich-asistentek-v-r-ktera-je-jako-jedina-zastoupena-v-mezinarodni-icm-a-evropske-ema-profesni-asociaci-porodnich-asistentek&catid=3:kpa-home&Itemid=20)>.

Feyereisl, Jaroslav. 2012. „Vztah odborné společnosti k porodům mimo zdravotnická zařízení“. seminář *Domácí porody – krok kupředu či zpět*. 27. března 2012. Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. [cit. 19. 3. 2014]. Dostupné z:

<[www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=87861](http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=87861)>.

Mrowetz, Michaela. 2012. „Motivy žen k plánovanému porodu mimo zdravotnická zařízení v ČR“. seminář *Domácí porody – krok kupředu či zpět*. 27. března 2012. Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. [cit. 3. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=87959>>.

*Nemůžete najít porodní asistentku k porodu doma? Obráťte se o pomoc na soud! – rozhovor s právníčkou Zuzanou Candigliotou z Ligy lidských práv*. [online]. [cit. 25. 2. 2014]. Dostupné z: <[http://www.evalabusova.cz/rozhovory/z\\_candigliota.php](http://www.evalabusova.cz/rozhovory/z_candigliota.php)>.

Newton Media. 2009. *Domácí porody: Hazard nebo vítaná alternativa?* [online]. Praha: Newton Media [cit. 8. 8. 2013]. Dostupné z: <<http://www.mediainfo.cz/temata/1601.html>>.

*O festivalu*. [online]. [cit. 12. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.respektkporodu.cz/index.php/home>>.

*Od CAPu po Čápa ... aneb jak k tomu došlo, že dnes je všechno, tak jak je*. [online]. [cit. 16. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://pdcap.cz/Texty/Historie/Historie.html>>.

*Odborné stanovisko Vědecké rady ČLK k porodům v domácnosti*. [online]. [cit. 18. 3. 2014]. Dostupné z: <[http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz\\_99307](http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz_99307)>.

*Porod v domácím prostředí*. UNIPA. [online]. [cit. 8. 2. 2014]. Dostupné z: <[http://www.unipa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=201:porodvdomacimprostredi&catid=42:porod&Itemid=124](http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=201:porodvdomacimprostredi&catid=42:porod&Itemid=124)>.

*Porodnice v Jihlavě* [online]. [cit. 23. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.pdcap.cz/Texty/Porodnice/Jihlava.html>>.

*Porodní asistentky spočítaly úspory pojišťoven, když zaplatí péči*. UNIPA. [online]. [cit. 15. 1. 2014]. Dostupné z: <[http://www.unipa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=107&Itemid=97](http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=107&Itemid=97)>.

*Přátelské porodnice* [online]. [cit. 19. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.pdcap.cz/Texty/Porodnice/Porodnice.html>>.

Sovová, Petra. 2006. *Práva žen v těhotenství, během porodu a práva rodičů v poporodním období z hlediska volby medicínské péče*. [online]. Praha: Gender Studies [cit. 20. 3. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.genderstudies.cz/aktivity/projekt.shtml?cmd%5B2828%5D=x-2828-1622983>>.

Stem/Mark.2011. *Domáci porody mají minimum zastánců* [online]. Praha: Stem/Mark [cit. 13. 11. 2013]. Dostupné z: <[http://simar.cz/assets/media/Clanky/TZ\\_STEMMARK\\_Porody.pdf](http://simar.cz/assets/media/Clanky/TZ_STEMMARK_Porody.pdf)>.

ÚZIS ČR. 1994. *Zdravotnická ročenka 1993*. [online]. Praha: ÚZIS [cit. 24. 4. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1993>>.

ÚZIS ČR. 2002. *Rodička a novorozenec 2001*. [online]. Praha: ÚZIS [cit. 9. 4. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2001>>.

ÚZIS ČR. 2004. *Rodička a novorozenec 2003*. [online]. Praha: ÚZIS [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2003>>.

ÚZIS ČR. 2007. *Rodička a novorozenec 2006*. [online]. Praha: ÚZIS [cit. 8. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2006>>.

ÚZIS ČR. 2009. *Rodička a novorozenec 2008*. [online]. Praha: ÚZIS [cit. 12. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2008>>.

ÚZIS ČR. 2010. *Rodička a novorozenec 2009*. [online]. Praha: ÚZIS [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2009>>.

ÚZIS ČR. 2011a. *Narození mimo zdravotnické zařízení*. [online]. Praha: ÚZIS [cit. 13. 4. 2014]. Dostupné z: <[http://www.uzis.cz/system/files/07\\_11.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/07_11.pdf)>.

ÚZIS ČR. 2011b. *Rodička a novorozenec 2010*. [online]. Praha: ÚZIS [cit. 15. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2010>>.

ÚZIS ČR. 2012. *Rodička a novorozenec 2011*. [online]. Praha: ÚZIS [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2011>>.

ÚZIS ČR. 2013a. *Rodička a novorozenec 2012*. [online]. Praha: ÚZIS [cit. 9. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2012>>.

ÚZIS ČR. 2013b. *Zdravotnická ročenka 2012*. [online]. Praha: ÚZIS [cit. 24. 4. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2012>>.



*Výzva k vytvoření jednotné profesní organizace porodních asistentek v České republice rozbor situace a návrh postupu podle ČKPA.* [online]. [cit. 25. 2. 2014]. Dostupné z: <[http://ckpa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=127:vyzva-k-vytvoeni-jednotne-profesni-organizace-porodnich-asistentek-v-eske-republice-rozbor-situace-a-navrh-postupu-podle-kpa&catid=3:kpa-home&Itemid=20](http://ckpa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=127:vyzva-k-vytvoeni-jednotne-profesni-organizace-porodnich-asistentek-v-eske-republice-rozbor-situace-a-navrh-postupu-podle-kpa&catid=3:kpa-home&Itemid=20)>.

*WHO: Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka.* 1999. [online]. [cit. 19. 12. 2013]. Dostupné z: <[http://aperio.cz/data/1/WHO\\_Pece\\_v\\_prubehu\\_normalniho\\_porodu.pdf](http://aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf)>.

*Zajištění péče během porodu doma – doporučení.* [online]. [cit. 28. 2. 2014]. Dostupné z: <[http://www.unipa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=218:zajistenipecebehemporodudoma&catid=34](http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=218:zajistenipecebehemporodudoma&catid=34)>.

## **Zákony**

Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Vyhláška č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče

## **Webové stránky zabývající se problematikou**

[www.acentrum.eu](http://www.acentrum.eu)

[www.aperio.cz](http://www.aperio.cz)

[www.ckpa.cz](http://www.ckpa.cz)

[www.iham.cz](http://www.iham.cz)

[www.normalniporod.cz](http://www.normalniporod.cz)

[www.owp.cz](http://www.owp.cz)

[www.pdcap.cz](http://www.pdcap.cz)

[www.respektkporodu.cz](http://www.respektkporodu.cz)

[www.unipa.cz](http://www.unipa.cz)