

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Katedra genderových studií

**Bc. Petra Sofie Haken**

**Porod jako cesta**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: **doc. Věra Sokolová, Ph.D.**

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. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři UK a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem

V Praze dne 21. června 2014

Petra Sofie Haken

## **Poděkování**

Děkuji především své dceři, že mne na téma této práce navedla, své vedoucí práce Věře Sokolové za její cenné připomínky a důvěru, kterou mi poskytla v průběhu tvorby. Svému muži, který mi byl po celou dobu studia a zrodu této práce velkou oporou a pomohl mi práci dokončit nejen svou psychickou podporou, ale především tím, že převzal péči o domácnost i o naše dvě dcery. Veliké poděkování patří i všem ženám, které se se mnou podělily o své porodní příběhy. Patří ale i všem ženám, které jednou porodily a jednou rodit budou, neboť myšlenky na ně mi pomáhaly neztrácet víru a důvěru, že tuto práci dokončím.

## **Věnování**

Tuto práci věnuji porodní asistenci Ivaně Königsmarkové.

## OBSAH

ABSTRAKT.....	6
1 Úvod.....	7
1.1 Nastínění problému, základní otázky .....	8
1.2 Cíl práce, základní záměr.....	12
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	14
2.1 Teoretická východiska .....	14
2.1.1 Feministická perspektiva a pojetí genderu.....	14
2.1.2 Feministická epistemologie a produkce vědění.....	15
2.1.3 Zkušenost jako teoretické východisko.....	18
2.1.3.1 Zkušenost jako důkaz?.....	20
2.1.3.2 Zkušenost jako prožitek.....	21
2.1.3.3 Zkušenost jako univerzální prožitek.....	22
2.1.3.4 Zkušenost jako forma vědění .....	23
2.1.4 Snaha pomoci - Asymetrická reciprocita .....	25
2.1.5 Koncept participační parity v procesu vyjednávání u Nancy Fraser.....	26
2.2 Porod.....	28
2.2.1 Porod v historii - okolnosti vzniku porodnice - krátký historiografický exkurz .....	28
2.2.2 Paradigmata pojetí porodu.....	30
2.2.2.1 Lékařsky vedený porod - fyziologický, tělesný, vnější proces.....	31
2.2.2.2 Porod zaměřený na ženu, sociální porod - psychický, intimní, vnitřní proces.....	37
2.2.3 Přírozený porod .....	38
2.3 Porod doma.....	43
2.3.1 Legislativa a postavení porodních asistentek.....	43
2.3.1.1 Česká republika.....	43
2.3.1.2 Německo.....	45
2.3.2 Zastánci a odpůrci – vyhrocená dialektika.....	48
2.4 Shrnutí teoretické části.....	49
3 EMPIRICKÁ ČÁST.....	50
3.1 Metodologie.....	50
3.1.1 Popis zvolené metody výzkumu.....	53
3.1.2 Hypotézy, kladené otázky.....	54
3.2 Lokace a Pozicionalita.....	55
3.3 Výběr narátorek pro výzkum.....	57
3.3.1 Profil narátorek.....	58
3.4 Vedení rozhovorů.....	58
3.5 Struktura rozhovoru.....	60
3.6 Způsob zpracování rozhovorů.....	60
3.7 Analýza zjištěných dat .....	61
3.7.1 Vědění.....	63
3.7.1.1 zdroje informací o přirozeném porodu.....	64
3.7.1.2 zdroje informací z „odborné“ lékařské oblasti porodu.....	67
3.7.1.3 neformální vědění.....	71
3.7.1.3.1 zkušenost jiných žen nebo vlastní.....	71
3.7.1.3.2 informace a chování porodní asistentky v průběhu porodu.....	74

3.7.1.3.3 signály těla, instinkt – intuice, znamení.....	77
3.7.1.3.4 vnitřní pocit .....	79
3.7.1.3.5 racionální uvažování x pocit.....	80
3.7.1.4 jistota vědění.....	84
3.7.1.5 konzultace s partnerem.....	84
3.7.2 Zkušenost.....	87
3.7.2.1 očekávání – představa porodu .....	87
3.7.2.2 zážitek a prožitek.....	90
3.7.2.3 sebevědomí – věřit svému vnitřnímu hlasu .....	98
3.7.2.4 vztah s dítětem.....	104
3.7.2.5 ovlivnění partnerského vztahu .....	107
3.7.3 Strach.....	111
3.7.3.1 přenesený strach a jeho vědomé zpracování.....	111
3.7.3.2 varování v případě komplikací.....	114
3.7.3.3 z porodu a porodnice .....	116
3.7.4 Důvěra .....	120
3.7.4.1 v intuici.....	120
3.7.4.2 porodnici.....	122
3.7.4.3 proces porodu a osoby u porodu.....	124
3.7.4.4 v život, vyšší princip.....	128
3.7.4.5 v miminko.....	130
3.7.4.6 narušení důvěry/nedůvěra.....	133
3.7.5 Moc.....	133
3.7.5.1 kontrola nad procesem porodu.....	134
3.7.5.2 kontrola nad vlastním tělem.....	138
3.7.5.3 moc nad dítětem.....	142
3.7.5.4 averze vůči institucionalizaci života/ snaha zapadnout.....	144
3.7.5.5 změna fungování institucí.....	147
3.7.5.6 moc nad sebou .....	149
3.8 Shrnutí analýzy rozhovorů.....	151
4 Závěr.....	152
BIBLIOGRAFIE.....	155
PŘÍLOHA 1: .....	163

## **ABSTRAKT**

Porod je v medicínském diskurzu vnímán jako vysoce rizikový proces. Porod doma je potom považován v tomto diskurzu za hazardérství a ohrožování života nenarozeného dítěte. Tato práce se snaží přispět do diskuzí ohledně svobodné volby místa porodu. Porod přitom nahlížím z hlediska genderové perspektivy jako jev konstruovaný a kulturně a sociálně ovlivněný. Zaměřila jsem se především na zkoumání zkušenosti žen, které dospěly k porodu doma. Jejich zkušenost považuji též za konstruovanou a zkoumám jaké vlivy vstupují do interpretace porodní zkušenosti. Zároveň mne zajímá jakým způsobem zkušenost porodu ovlivnila jejich další život a jaký význam jí v kontextu svého života přisuzují. Dalším okruhem zájmu této práce je zkoumání vědění, které ženy, jež rodily doma v průběhu porodu používají a na jehož základě se rozhodují. Zajímá mne, jaké vědění ženy považují za autoritativní a jakým způsobem se toto vědění utváří.

## **ABSTRACT**

The childbirth in the medical discourse is still viewed as a proces of high risk. The birth at home is then in such a discourse considered to be hazardous practice which can threaten the life of the unborn child. This paper tries to contribute to the discussions about the freedom of choice of the place of birth. The birth is then viewed from the perspective of gender as a constructed phenomenon culturaly and socialy biased. The main focus is on the research of the experience of women who gave birth at home. Their experience is to be considered as constructed as well, therefore I investigate the leverages that influence their interpretation of the birth experience. I am also interested in researching how their experience influenced their futher life and what meaning they asign to it in the context of their life experience as such. Further interest of this paper is to research the knowledge that the women, who gave birth at home, used during the proces of childbirth. The main focus is to elicit the auhoritative knowledge based on which they make decisions and how this knowledge is constituted.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** porod, porod doma, přirozený porod, medicínský diskurz, vědění, důvěra, gender.

## 1 Úvod

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla zabývat tématem domácího porodu. Považuji tuto tematiku za stále aktuální, neboť se objevuje a řeší nejen v medicínském a odborném diskurzu<sup>1</sup>, ale i v diskurzu mediálním, kde nabývá normotvorného charakteru, protože do velké míry ovlivňuje převažující pohled na porod doma většiny „laické“ veřejnosti a především budoucích i současných rodiček.

Téma svobodného místa porodu je aktuální i vzhledem k nedávno přijatému Zákonu o zdravotních službách (Zákon o zdravotních službách, 2011), který spolu s Vyhláškou<sup>2</sup> (Vyhláška, 2012) v podstatě znemožňuje asistenci u porodu doma samostatným porodním asistentkám. Rodičkám je tedy odpírán nárok na zdravotnickou péči porodní asistentky v domácím prostředí.

Na druhou stranu je třeba zmínit proměnu v mediální rétorice, alespoň v některých médiích<sup>3</sup>, která se snaží dát hlas i rodičům, kteří se rozhodli pro porod v domácím prostředí a snaží se jejich motivace pochopit namísto jejich apriorního odsuzování.<sup>4</sup> Ačkoliv většina médií neustále řeší otázku „bezpečnosti“ porodu doma, v poslední době se objevují i tendence řešit problematiku porodu v širším společenském měřítku<sup>5</sup>. Zejména jsem pozorovala tuto proměnu během posledních dvou let, kdy tato práce vznikala.

Ke změně diskurzu přispěla i dvě soudní rozhodnutí týkající se porodů doma.

<sup>1</sup>Diskurzem rozumím ve shodě s Gavey (1997) široký koncept, který odkazuje ke vzájemně spojitému systému tvrzení, který je koherentně utvářen kolem běžných významů a hodnot a který je produktem sociálních faktorů, mocenských vztahů a praktik.

<sup>2</sup>Vyhláška stanovuje nutné materiální a personální vybavení zdravotnického zařízení, kde je možno vést porod a to odpovídá vybavení porodního sálu. Jedinou variantou pro porod tedy zůstává prostor nemocnice. „Pokud není zajištěno provedení porodu císařským řezem nebo operace směřující k ukončení porodu nejdéle do 15 minut od zjištění komplikace ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, musí být péče dále zabezpečena podle požadavku bodu 15 části I. Přílohy č. 3 této vyhlášky a dále neonatologem. (Příloha č. 1, část I., oddíl B. Bod. 2.11.1. In *Vyhláška č. 92/2012 Sb.*, o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

<sup>3</sup>Z tištěných médií je to především Respekt, internetová média jako je aktualne.cz, zena.cz i novinky.cz se v poslední době tématem porodu doma také zabývají.

<sup>4</sup>K problematice přirozeného porodu v médiích více viz. Jonášová, 2010.

<sup>5</sup>Takový přístup projevila DV TV v diskusním pořadu, jehož hosty byli: právnička JUDr. Adéla Hořejší a porodník Profesor MUDr. Pavel Calda, Csc. Snaží se hledat konstruktivní řešení mezi dvěma přístupy k porodu a nabourává tak medicínský diskurz, který ohledně porodu v České republice převládá. [online] Calda, P., Hořejší, A. 2014. *Co se má změnit v českých porodnicích*. DV TV. 8.6.2014. Dostupné z: <http://video.aktualne.cz/dvtv/soukrome-porodni-asistentky-na-sale-calda/r~0aa61ae4ed9b11e3bbbd002590604f2e/> [cit. 10.6.2014]

Prvním je odsouzení a následné osvobození porodní asistentky Ivany Königsmarkové, která asistovala u domácího porodu, kdy dítě zemřelo.<sup>6</sup> Druhým je rozhodnutí soudu, na něž se obrátila matka, která chtěla родit doma a nepodařilo se jí získat porodní asistentku, která by jí při porodu asistovala. Soud rozhodl, že je takové jednání omezením svobody a je třeba zajistit, aby se taková situace již neopakovala. (Respekt, 2012). Obě soudní rozhodnutí vyvolala novou diskusi tentokrát nejen mezi „laickou“ veřejností, ale paradoxně odsouzení samostatné porodní asistentky a zákaz činnosti na 5 let vyvolaly širší a hlubší debatu ohledně práv rodičky na svobodnou volbu místa porodu<sup>7</sup>.

Na podporu odsouzené porodní asistentky vznikly webové stránky: [www.pribehproivanu.cz](http://www.pribehproivanu.cz)<sup>8</sup>, které se staly významným zdrojem sdílení porodních příběhů a zkušeností žen nejen z České republiky.

Patrná je i jistá snaha o diskusi ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR, které se dlouhá léta stavělo k tématu porodu mimo zdravotnické zařízení odmítavě. Nicméně uspokojivé řešení a skutečná rovnoprávná diskuse mezi lékaři/kami, porodními asistentkami a příjemkyněmi péče, tj. rodičkami, stále nebyla zahájena<sup>9</sup>.

---

<sup>6</sup> Ivana Königsmarková asistovala v červenci 2009 u porodu domácím prostředím. Narodil se chlapec, který se však po porodu nenadechnul a ve dvaceti měsících zemřel. Ústav pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí (porodnice) a Ministerstvo zdravotnictví podaly na Ivanu žalobu. 21.9.2011 byla Ivana odsouzena za obvinění z těžkého ublížení na zdraví s následkem smrti na 2 roky podmíněně, k 5letému zákazu činnosti a finanční pokutě 2,7mil. Kč, kterou měla zaplatit jako náhradu péče o postižené dítě pojišťovně. 28.8.2013 Ústavní soud toto rozhodnutí zrušil a celý případ vrátil k opětovnému projednání k Obvodnímu soudu pro Prahu 3. Ten Ivanu 29.1.2014 zprostil obžaloby. Státní zástupkyně ale podala odvolání, proto se případ 29.4.2014 projednával u Městského soudu v Praze, který Ivanu definitivně zprostil obžaloby a potvrdil platnost předchozího zprošťujícího rozsudku. Ten je nyní pravomocný a je možné pouze dovolání k Nejvyššímu soudu. [online] dostupné z: [www.pribehproivanu.cz](http://www.pribehproivanu.cz), [cit. 26.3.2014] [cit. 25.5.2014]

<sup>7</sup>Tato debata pokračuje i po osvobození porodní asistentky Ivany Königsmarkové. Širší zájem médií získalo téma porodu i díky Mezinárodnímu kongresu porodních asistentek, který hostila Česká republika a konal se v Praze ve dnech 1. až 5. června 2014. .

<sup>8</sup>Diskurzivnu analýzu Příběhů pro Ivanu zpracovala ve své diplomové práci má kolegyně Eva Zemanová, jak bude uvedeno dále v textu.

<sup>9</sup> Bývalý ministr zdravotnictví Leoš Heger nejprve ustavil pracovní skupinu, jež měla hledat možnost změn v péči o těhotné a rodičky. Tu ale kvůli nemožnosti nalézt shodu či diskusi mezi zúčastněnými v tichu rozpustil a místo ní ustanovil novou. V nové pracovní skupině ale úplně chybějí zástupkyně rodiček, tj. příjemkyň péče. Citováno z Válková, H. 2013. [online] „Zastánci domácích porodů ministerstvu radit nebudou, rozhodl Heger“ dostupné z [http://zpravy.idnes.cz/alternativy-v-porodnictvi-d0s-/domaci.aspx?c=A130423\\_221535\\_domaci\\_hv](http://zpravy.idnes.cz/alternativy-v-porodnictvi-d0s-/domaci.aspx?c=A130423_221535_domaci_hv) [cit. 24.4.2013]

Od ledna 2014 je možno родit jen za přítomnosti porodní asistentky bez přítomnosti lékaře/ky, ale jen v prostředí porodnice. Na možnost samostatných porodních asistentek asistovat u porodu ve vybrané porodnici či mimo zdravotnické zařízení nemá toto přijaté ustanovení žádný vliv a je tak pouze „kosmetickou“ změnou. Nový ministr zdravotnictví MUDr. Svatopluk Němeček, MBA. chce ustavit novou komisi, která by měla řešit otázky vzdělávání a výkonu povolání porodních asistentek. Přesná náplň práce této komise a její složení ještě není známa. [online] (Dvacet minut Radiožurnálu, ze dne 07.05.2014 17:05, ke stažení zde: <http://prehravac.rozhlas.cz/audio/3117437>) [cit. 10.6.2014]



## 1.1 Nastínění problému, základní otázky

Oblast porodnictví prochází i v České republice proměnami, které ovlivňuje jednak tlak na legislativní úpravy vycházející z práv Evropské Unie, tak rostoucí vědění a sebevědomí rodiček o těhotenství a porodu a s ním jasné představy o tom, jakým způsobem a kde by se měl jejich porod odehrávat<sup>10</sup>. K těmto změnám přispívá i růst individuality jedince obecně a též pozvolná proměna vztahu mezi lékařem/kou a pacientem/kou a pojetí zdravotní péče jako služby.

V zahraničí je téma přirozených porodů a porodů doma již dlouho diskutovaným tématem a ve většině evropských zemí je právo na svobodné místo porodu upraveno i legislativně. V zahraničí byla publikována také řada studií, které se zabývají bezpečností porodů doma<sup>11</sup> (Lindgren, Rådestad, Christensson, Hildingsson, 2008; Olsen, 1997; Fullerton, Navarro, Young, 2007; Hoff, Schneiderman, 1985; Janssen, Saxell, Page, Klein, Liston, Lee, 2009; de Jonge, van der Goes, Ravelli, Amelink, Verburg, Nijhuis, Gravenhorst, Buitendijk, 2009; Dowswell, Thornton, Moreta, et al., 1996; Durand, 1992; McLachlan, Foster, 2009; Silveira, Copeland, Feuedtner, 2006) další, které se snaží proniknout také do motivací a zkušeností rodiček, které se pro porod doma rozhodnou.<sup>12</sup> (Janssen, Henderson, Vedam, 2009; Oliver, 2005). Téma místa porodu proniká i do sociálních věd, kde se objevují studie, které se na poli sociologie zdraví a nemoci, či sociologických věd a medicíny snaží porozumět tomu, jaké strategie volí a jaká dilemata řeší páry, které se rozhodnou pro porod doma. Tyto studie nepracují již v medicínském diskurzu<sup>13</sup> a neřeší objektivní otázku bezpečnosti porodu, ale zabývají se konstruováním porodu, prostředí, vnímání těla a tělesnosti, rizikem a kontrolou u párů, které se pro porod doma rozhodli.<sup>14</sup> (Kirsi Viisainen, 2001; Morison, Hauck, Percival, McMurray, 1998; Cheyney, 2008; Fox, Worts, 1999) Na poli antropologie a sociologie se objevují studie a články, které uvažují o porodu jako o přechodovém rituálu (Cheyney, 2011; Davis-Floyd,

---

<sup>10</sup>Tato tendence není patrná i všech skupin rodiček, či jsou tyto představy a očekávání rozdílné, jak ukazuje zejména sociální stratifikace v pracích Emy Hrešanové (2008, 2011) a ve společné práci s Hasmanovou Marhánkovou (2007, 2008).

<sup>11</sup> Jedná se zejména o studie publikované a realizované v USA, Velké Británii a ve Švédsku, Holandsku a Kanadě, kde je problematika porodů doma nejvíce otevřená a diskutovaná a porod v domácím prostředí je součástí standartního zdravotnického systému.

<sup>12</sup> Studie realizovaná v USA je uskutečněná na bázi rozhovorů s 559 ženami, které se rozhodly pro porod doma.

<sup>13</sup>Medicínský diskurz úzce souvisí s pojmem „medikalizace“, ve smyslu, jak o něm uvažuje Peter Conrad (1992), který jím rozumí proces, kdy se původně nemedicínské (společenské, kulturní) jevy, začínají chápat jako čistě medicínské bez širších souvislostí. A takto jsou i definovány a léčeny jako problémy čistě medicínskému charakteru. V tomto smyslu tedy používám dále v textu pojmu „medicínský diskurz“.

<sup>14</sup> Jedná se o studie pocházející z Austrálie, USA, Finska.

Sargent, 1997), který má hlubší význam v životě jednotlivce i celého společenství. Dále rozvíjejí tyto studie myšlenku, že porod a způsob, jakým je konstruován a nazírán je kulturně a sociálně podmíněn (Beckett, Hoffman, 2005) Objevují se také studie, které se vyrovnávají s metodologickou stránkou věci u dříve publikovaných studií zabývajících se rizikovostí porodů doma, a dokazují, že záleží na procesu sběru a interpretaci, k jakým výsledkům a závěrům daná studie dojde. (Keirse, 2010).

V českém kontextu převládá v populárním pojetí i z pohledu lékařské vědy jednoznačně medicínský diskurz obrazu porodu, který je považován za normu. Přirozený porod je tedy protikladem této normy a alternativou k porodu standartně vedenému. Nicméně se objevují na akademické půdě studie a práce, které se snaží do problematiky porodů a porodnictví hlouběji proniknout a prozkoumat diskurzivní ovlivnění obrazu porodu a nabourat zažitý obraz lékařsky vedeného porodu jako normy. Děje se tak zejména na poli sociologie a antropologie a také z pozice genderových studií, kde se autorky<sup>15</sup> pokoušejí analyzovat oblast porodu a porodnictví z odlišné perspektivy a ukázat provázanost stávajícího obrazu porodu s mocenskou hegemonií. Na tomto místě bych ráda jmenovala alespoň některé autorky, z jejichž děl budu i ve své práci čerpat<sup>16</sup>.

Průkopnickou prací se stala v roce 2001 studie Hany Haškové, která se pokusila zmapovat *Názorové difference k současným proměnam v Českém porodnictví*. Ta jako první přichází z pojetím porodu jako sociální konstrukce, když reflektuje potřeby a požadavky rodiček, které se vymezují vůči lékařsky vedenému způsobu porodu a preferují porod přirozený. (Hašková, 2001) Její práce byla prvním výraznějším příspěvkem na poli těhotenství a porodu z pohledu sociálních věd v České republice.

Dalšími badatelkami, které toto téma rozvíjejí jsou teoretické statě Emy Hrešanové (2004) a dále společná práce Hrešanové a Hasmanové Marhánkové (2007, 2008). Autorky se v těchto statích pokusily o sociální stratifikaci rodiček v rámci systému péče. Tu vysvětlují prostřednictvím konceptu komercializace a konsumerismu. V roce 2008 vychází etnografická studie Emy Hrešanové, *Kultury dvou porodnic*, kde se prostřednictvím konceptu organizační kultury pokouší osvětlit fungování instituce porodnice jako celku. (Hrešanová, 2008). V návazné studii *Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie* se Hrešanová (2011) zaměřila na zkoumání zkušeností žen, které rodily v porodnici a jejich hodnocení této péče. Tu nahlíží optikou žen skrze polostrukturované rozhovory a

---

<sup>15</sup>Jedná se opravdu jen o autorky, proto jsem mužský tvar nezahrnula.

<sup>16</sup>Výčet prací není úplný, snažila jsem se postihnout zejména takové práce, které mají k této mojí nejbliže.

narativní interview. Jedinou studií, která se snaží uchopit tuto problematiku i prostřednictvím propojení kvantitativních a kvalitativních metod nabízí výzkumná zpráva realizovaná na Katedře psychologie FF UK kolektivem autorek *Psychosociální aspekty v současném porodnictví – kvalita perinatální péče očima rodiček*. Jedná se o výzkum reprezentativní, který pokrývá celou Českou republiku. Výsledky výzkumu srovnávají jednotlivá porodnická zařízení na základě jejich velikosti, rozdělují je také dle zaměření, zda se jedná o fakultní či nefakultní pracoviště. Výsledky jsou dále tříděny dle krajů, dle typu rodiček (ty, které porodily vaginálně a rodičky po císařském řezu; prvorodičky, víceroodičky; rodičky stratifikované dle vzdělání). (Takács, 2012)

Další autorkou, která pracuje z pozice historiografie je Dana Tinková, která se ve své monografii zabývá podrobnou analýzou dobových pramenů a snaží se odhalit motivy a okolnosti vzniku porodnice jako instituce, která měla sloužit primárně lékařům-chirurgům-vzdělaným mužům (novým porodníkům), kteří se teoreticky vzdělávali na univerzitě v „novém porodnickém umění“ a chudé či „padlé“ ženy jim sloužily jako živý studijní materiál, k němuž jinak neměli v osvěcenské době přístup. (Tinková, 2010)

Prací, které by se přímo zabývaly porody doma jsem v českém kontextu mnoho neobjevila. S tímto tématem se se vzrůstající tendencí vyrovnávají absolventky bakalářského studijního programu *Porodní asistentka*, kde řeší tuto problematiku čistě z pohledu poskytování zdravotní péče a motivací pro porod doma ze strany rodiček. O hloubější vhléd do motivací rodiček, které se rozhodly pro porod doma, se pokusila na Katedře psychologie MU v Brně Šárka Hlaváčová, která se snaží analyzovat a interpretovat *Cesty, jež vedou rodičky k rozhodnutí pro porod doma*. (Hlaváčová, 2011). Na katedrách psychologie přibývá nicméně prací, které se snaží s tématem těhotenství a porodu vyrovnat. Tématem přirozeného porodu se ve své diplomové práci zabývala i Kateřina Kozáková, která zkoumala koncept přirozeného porodu ve vztahu k biomoci a intimnímu občanství, u žen, které rodily přirozeně na Katedře sociologie v Plzni. (Kozáková, 2013)

Stejně tak řeší problematiku těhotenství a porodu práce, které vnímají i aspekt genderu a mocenských vztahů, jež do této problematiky vstupuje. Takový je přístup i mé kolegyně Evy Zemanové, která analyzuje ve své diplomové práci právě zmiňované *Příběhy pro Ivanu* genderovou optikou. (Zemanová, 2014)

Z prací výše uvedených autorek je zřejmé, že odhalují otázku diskurzu, v nichž je

obraz porodu konstruován a vnímán. Porod doma je potom krajní alternativou přirozeného porodu, který je v medicínském diskurzu konstruován jako nebezpečný, život ohrožující pro matku i dítě a za jediné bezpečné místo k porodu je považována porodnice.

## **1.2 Cíl práce, základní záměr**

Svou prací bych ráda přispěla do výše naznačených diskusí ohledně místa porodu a porodů doma. Má práce má aktivistický podtext a jejím cílem je přispět ke změně stavu českého porodnictví, kdy žena - rodička je stále nucena přizpůsobovat se medicínským praktikám platným v dané porodnici a nemá možnost rozhodovat o tom, jakým způsobem porodí své dítě. Hlavním cílem a motivací mé práce je tedy snaha vrátit ženám možnost rozhodovat o tom, jakým způsobem a za jakých podmínek přivedou své děti na svět a kde.

Klíčovým tématem je pro mě hodnota zkušenosti jako relevantního způsobu poznání. Domnívám se, že zkušenost ženy rodičky by měla být uznána stejně jako je uznáno akademické a teoretické vzdělání lékaře či lékařky - porodníka. Muž - lékař či žena - lékařka vnímá situaci vždy jen zvenčí jako pozorovatel(ka), zatímco žena - rodička ji prožívá zevnitř a její potřeby a hodnocení situace se mohou od vnějšího pozorování značně lišit. Ač je to ona, kdo rodí, "správné" posouzení situace a patřičný zásah do průběhu porodu náleží většinou lékařskému personálu či lékaři/ce. Akademické, teoretické vzdělání je tedy nadřazeno vnitřnímu, osobnímu pozorování vycházejícího ze zkušenosti.

Mým cílem není hodnotu zkušenosti nadřadit vnějšímu nezúčastněnému pozorování, což by znamenalo jen pouhé otočení panujících mocenských struktur. Jde mi jen o to pokusit se zmapovat, jakým způsobem pracují a formují svou zkušenost porodu ženy, které dospěly k porodu doma.

Záměrem této práce je pokusit se proniknout za binární opozice, které se formují ve vyhroceném diskurzu ohledně porodů doma. V rámci tohoto diskurzu jsou utvářeny homogenní skupiny, které staví na jednu stranu porodnice a domácí prostředí, porodníky/lékaře a porodní asistentky a nakonec odborné a laické vědění. Rozhodla jsem se tedy provést rozhovory s 10ti ženami, které rodily své děti doma a podívat se na to, zda tvoří homogenní skupinu. Zajímá mne, jakým způsobem konstruují svou zkušenost porodu, co pro ně znamená porod, důvěra, intuice. Jakým způsobem se pro porod doma rozhodovaly, jak ho prožívaly a jaký mu přiřkládají význam v kontextu svého života.

Prostřednictvím genderové analýzy zkoumám o jaké autoritativní vědění se ženy, které rodily doma opírají, jakým způsobem se toto autoritativní vědění utváří a formuje.

Zda je pro všechny dotazované ženy totožné, nebo jsou patrné jisté odlišnosti. Zajímá mne, zda se toto vědění vymezuje vůči převládajícímu mocenskému diskurzu, nebo jakým způsobem s ním pracuje.

V empirické části se snažím postihnout pohled na porod očima rodičí ženy, tj. osobní a vnitřní pohled. Z metodologického hlediska jsem zvolila formu polostrukturovaných rozhovorů se ženami, které rodily doma. Při rozhovoru se soustředuji na to, jakým způsobem porod prožívaly a jak se lišily či shodovaly jejich představy o porodu doma s prožívanou reálnou zkušeností. Zajímá mne jakým způsobem ovlivnila zkušenost porodu jejich další život, způsob poznávání a rodinný a partnerský život. Cílem je odhalit možné příčiny nedorozumění<sup>17</sup> vyplývající z rozdílného vnímání procesu a role porodu, jež v životě ženy, její rodiny i celé společnosti tato událost znamená. Mým záměrem je snaha nalézt způsoby, jež by umožnily jednotlivým aktérům a aktérkám vzájemné porozumění a vyústily ve změny v pojetí porodu a umožnily i legislativní změny tak, aby ženy skutečně měly svobodnou volbu pro způsob a vedení porodu dle svého výběru, přesvědčení a rozhodnutí.

---

<sup>17</sup> Téma porodů doma se stává i otázkou právní. JUDr. Stanislav Křeček považuje za vhodné „provést analýzu příčin, které vedou budoucí matky k jejich rozhodnutí nevyužívat služeb zdravotnického zařízení, a na jejím základě formulovat doporučení, jaká opatření lze přijmout za účelem maximalizace jejich práv při současném zachování práva dítěte na ochranu života a zdraví“ (Křeček, 2013: 2)

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se budu nejprve zabývat východisky, které mi slouží pro analýzu zkoumaných jevů. V první kapitole tedy představím hlavní analytické kategorie, které pro porozumění otázce porodu doma používám. První kategorií bude představení feministické perspektivy a pojetí genderu. Dále se budu věnovat dvěma základním kategoriím a to je zkušenost a vědění. Tyto kategorie mi slouží jako základní vodítka výzkumu. Věnuji se tedy podrobně popisu konceptů zkušenosti u vybraných myslitelů a myslitelky a zkoumám, jak zkušenosti rozumějí, jaký má v jejich pojetí vztah k akademickému vědění. Dále popisují vědění jako analytický nástroj, jenž vztahují ke zkušenosti. Krátce se zamyslím i nad pojetím asymetrické reciprocit a konceptu participační parity, které mi slouží k pochopení procesu vyjednávání u žen, které se rozhodly či dospěly k porodu doma.

Ve druhé kapitole nejdříve krátce představuji porod v historii dle Daniely Tinkové (2010) a uvádím okolnosti, jež vedly k tomu, že se porod v Evropě přesunul v době osvícenství z prostředí domova do instituce porodnice. Zmiňuji okolnosti, jež vedly k tomu, že se porodnictví stalo „mužskou doménou“<sup>18</sup>. Na historický vývoj porodnictví navazuje představení dvou hlavních paradigmat pojetí porodu. Dominantní lékařsky vedený porod a sociální porod, jehož součástí je i přirozený porod. Porod nahlížím jako jev konstruovaný, který má širší implikace a přesahuje rámec biologického těla. Uvažuji tedy o něm jako o sociálním jevu.

Ve třetí kapitole se potom zabývám již konkrétně tématem porodů v domácím prostředí a uvádím platné legislativní rámce, v nichž (ne)může samostatná porodní asistentka asistovat u porodu v domácím prostředí v České republice. Pro srovnání uvádím platnou legislativu a podmínky, za nichž může toto povolání vykonávat samostatná porodní asistentka v Německu. V rámci této kapitoly ještě krátce představuji situaci, která panuje mezi zastánci/kyněmi a odpůrci/kyněmi porodů v domácím prostředí v České republice.

### 2.1 Teoretická východiska

#### 2.1.1 Feministická perspektiva a pojetí genderu

Při svých úvahách a interpretacích vycházím z feministické reinterpretace porodu a zastávám konstruktivistické pojetí obrazu porodu, který tudíž nenahlížím jako na čistě biologický děj, ale jako na událost, která je formována a ovlivňována kulturně a sociálně.

---

<sup>18</sup>Více k genderovanosti oboru a jeho vnímání jako mužské disciplíny studie Emy Hrešanové (2008: 151)

V tomto smyslu tedy navazuji svým přístupem na hlavní teoretická východiska antropologie a sociologie porodu, které vycházejí z tvrzení, že zkušenosti žen týkajícího se těhotenství a porodu se netýkají jen biologického těla a tělesnosti, ale jsou do značné míry sociokulturně konstruovány. (Annandale, Clark 1996: 19; Jordan 1993: 3; Sargent, Brettell 1996: 5; Cattell 1996: 87; Rivkin-Fish 2005: 19).

Feministická studia a jednotlivé myslitelky a myslitelé nikdy nezastávali jednotný názor a postoj, pokud jde o reprodukci a s ní související otázku těhotenství a porodu. Jednotlivé názorové proudy se stavěly k této otázce velmi různě a mnohdy protikladně. Není mým cílem zde rekonstruovat tyto debaty. Více mne v této práci zajímá sledovat mocenské vazby mezi jednotlivými druhy vědění a otázky paradigmatu, který ovlivňuje způsob nazírání, chápání a postoj k jevům a faktům.

Chtěla bych se tedy zaměřit na feministickou kritiku, která je orientována tímto směrem, kdy odkrývá limity a ovlivnění našeho poznání a dekonstruuje „objektivní“ pravdy jako ovlivněné a jednostranné. To vše právě ve vztahu k oblasti porodnictví a porodu.

Gender používám jako analytickou kategorii, která má za cíl odkrýt mocenské vazby a vztahy zejména pokud jde o produkci vědění v oblasti porodnictví. Mým cílem tedy není homogenizovat skupinu žen a skupinu mužů a stavět je proti sobě, ale spíše porozumět tomu, jakým způsobem gender ovlivňoval a ovlivňuje produkci vědění o porodu a konstrukci porodu v různých kontextech, zejména pokud jde o nahlížení porodu v domácím prostředí.

### **2.1.2 Feministická epistemologie a produkce vědění**

Epistemologie je systém nebo teorie, která určuje utváření a uzákonění vědění o sociální realitě. Uvažuje tedy nad tím, jak rozumět podstatě „reality“. Tento epistemologický systém se tedy zabývá nejen pochopením toho, „co je to vědění a jak ho rozpoznat“, ale také tím, kdo jsou „vědoucí“ a jakým způsobem i se jím člověk stává. Zabývá se také tím, jakými prostředky dochází k uznání či odmítnutí navzájem si konkurujících tvrzení ve prospěch jedněch či druhých. (Stanley and Wise (1993: 188) in Letherby, 2003, překlad vlastní)

Feministická kritika současného modelu poznávání, tak jak se konstituovalo a institucionalizovalo od novověku dále, není nikterak ojedinělá a osamocená. Připojuje se k mnoha nejrůznějším hlasům problematizujícím pozici vědy už po dlouhou dobu. „To, co

feminismus kritizuje v první řadě, je současný vědecký postoj, jenž se prezentuje jako nezainteresovaný, hodnotově neutrální, stojící v absolutní (tj. neperspektivizované) a privilegované meta-pozici vůči objektu svého zkoumání i vůči společnosti a její kulturní a mocenské struktuře.“ (Matonoha in Linková, 2005: 27) Feministická kritika se zaměřuje především na kritiku prezentované objektivitu, tj. nezávislosti objektu od subjektu poznávání. Naráží také na paradigma poznatelného světa, o němž je možno vynášet soudy. Cílem feministické kritiky není jen snaha zařadit a uznat jiné způsoby poznávání světa (zkušenost, intuici), ale i přehodnocení celého pojetí procesu poznání. Především jde o vzájemnou reflexivitu mezi poznávajícím subjektem, objektem a procesem poznání a jeho výsledky a zpětné ovlivnění subjektu poznání zjištěnými výsledky.

Feministická kritika produkce vědění se zaměřuje na způsob, jakým vědění vzniká, kdo má k němu přístup a jakým způsobem se z určitého typu vědění stává norma, která je nadřazená jinému typu vědění. „Mnoho feministických myslitelů argumentovalo tím, že vědění, rozum a věda jsou „manmade“ (utvořeny muži). Hlavní myšlenka je, že „západní společnosti byly pod vlivem patriarchátu a muži využili své pozice k definování témat, struktur jazyka a utváření teorie.“ (Letherby, 2003: 20)

Feministická kritika způsobu poznání a normotvornosti vědy prošla různými názorovými fázemi, některá názorová stanoviska jsou i vzájemně protikladná. (Harding, 1991; Haraway, 1991.) Sandra Harding (1991) hovoří o několika stádiích a vzájemně protikladných názorových prouděch. Feministický empirismus kritizoval fakt, že některé výsledky bádání jsou zkresleny předsudky, nepoučeností, ignorancí atd. Jeho cílem bylo zvýšit objektivitu a neproblematizoval nestrannost vědy a způsob poznání. Feministický empirismus nekritizuje základní východiska, z nichž věda jako taková a způsob poznání vychází. Nereflektuje pozici badatele/ky a společenský, kulturní a poznávací kontext, v němž k poznání dochází. Pracuje v diskurzu pravdy a falzifikace a navazuje tak na dávné teorie. Navazuje na empirismus jako takový a myslitele jako byli: Locke, Berkeley, Hume. Vymezuje se tedy vůči racionalismu, který je založen na testování teorií. (Harding, 1991) Letherby na tento myšlenkový směr navazuje, když staví proti sobě autorizované vědění (založené na teorii) a vědění vycházející ze zkušenosti. Letherby ve svém pojednání navazuje na Gunew (1990) ohledně způsobu, jakým autorizované vědění vzniká: „vědění je možno popsat v teritoriálním smyslu, kdy se legitimizuje prostřednictvím určitých institucí, například skrze vzdělávací systém určité společnosti. Vědění se prostřednictvím



institucí stává autorizovaným a jen někteří mají na něj „právo“, (Gunew in Letherby, 2003: 22, překlad vlastní).

Na pomezí feministického empirismu a teorie stanoviska stojí myslitelky, které kritizují tzv. „abstraktní maskulinitu“, způsob formování idejí, který je oproštěn od myšlení v kontextu a emoční složky rozumu. Další kritikou bylo zobecňování mužské zkušenosti na zkušenost obecně lidskou. Na tomto poli kritizovala například Carol Gilligan Kohlbergova stádia morálního vývoje jedince, kdy na výzkumu se ženami prokázala, že prezentovaná teorie neodpovídá zkušenosti žen, s nimiž prováděla výzkum. (Harding, 1991; Gilligan, 2001)

Dle Harding (1991) je dalším názorovým proudem teorie stanoviska, která reflektuje vliv naší konkrétní pozice, zasazenosti do určitého sociálního a zkušenostního kontextu na naše poznávání. Vychází ze současného genderového řádu, kdy je pozice žen v podřízeném postavení. Snaží se hledat jinou verzi reality vycházející ze života žen a ženské zkušenosti. Zkušenost ovšem není chápána jako základ pro feministické tvrzení, ale spíše jako výchozí pozice, z níž je možné pozorovat přírodní a sociální realitu. V rámci teorie stanoviska se objevují různé přístupy, jejich společným znakem je, že uvažují o sociální realitě v rámci dualit: muži/ženy, vládnoucí/podřízení, velké teorie/každodenní život, příroda/kultura, třídy dle ekonomického a sociálního postavení.

Postmoderní kritika vědy se zaměřuje na myšlenkový systém, v němž o jakémkoliv vědění uvažujeme, jeho hlavním bodem zájmu je tedy jazyk a diskurz. Tvrdí, že „realita a naše poznání jsou diskursivně utvářeny, tudíž že nejsme schopni věci uchopovat samy o sobě, ale pouze skrze koncepty vyjadřované slovně v rámci diskurzu. Lingvistické znaky nejsou refe-renční, tj. neodkazují k věcem samým o sobě, ale reflexivní, tj. svoje významy získávají v interakci s jinými znaky v rámci diskurzu“ (Linková, Červinková, 2005: 17)

Feministická kritika se zabývala také provázaností procesu poznávání s emočním prožíváním, kulturní a sociální realitou a genderovými stereotypy. Feministické badatelky tvrdí, že tyto elementy nelze od sebe oddělit, jsou vzájemně provázané a proto je nutno vnímat tuto reflexivitu a uvažovat o procesu poznávání jako o vzájemně reflexivním procesu, nikoliv jako o autonomním a od poznávajícího jedince odděleným a na něm nezávislým procesem.

Proti konceptu vizuality, která vidí všechno a odnikud, z privilegované metapozice nepoznamenané žádným zakotvením, z jakési non-pozice, staví Haraway koncept vědění,

jež si je svého zasazení do určitého úhlu vidění vědomo a omezenost výseku svého poznávajícího pohledu reflektuje (a může tak též za svůj popis reality zodpovídat). (Matonoha in Linková, 2005: 33)

Jak teorie stanoviska tak postmoderní kritika vědy zdůrazňuje nutnost neustálého vyjednávání znalostí a produkce vědění. Důraz je tedy kladen více na proces produkce vědění, než na vlastní výsledky poznání. „Po postupném rozkladu epistémy založené na představě reprezentace přestala být pravda považována za odraz nějaké předlohy vyskytující se v realitě a začala být viděna jako složitě budovaný myšlenkový konstrukt vzniklý v určitém diskursu, podle pravidel určité jazykové hry a v souboji s ostatními soupeřícími formami a mody vědění. V souvislosti s tím už věda není pojímána jako nějaké odhalování pravdy skryté v realitě, nýbrž jako jistý druh jazykové herní praxe, jako rétorika, proces silového, mocenského přesvědčování a vyjednávání, zapojování faktů do souvislého příběhu potvrzujícího naši pozici.“ (Matonoha in Linková, 2005: 28-29)

Není mým záměrem zde podrobně rekonstruovat jednotlivé přístupy a debaty ohledně produkce vědění. Ve své práci bych se chtěla dále zaměřit na to, jaké vědění a jakým způsobem získávají ženy, které se rozhodly pro porod doma. Jak se utváří vědění, které ony samy považují za autoritativní v průběhu porodu samého i během přípravy na porod v období těhotenství. Mým cílem je překonat existující binární opozice, které staví zkušenost a teoretické vědění do protikladu, stejně jako vytváří opozici mezi vědění racionálním a intuitivním. Mým cílem je ukázat, že tyto binární opozice jsou pouhou konstrukcí, která ve svém důsledku pomáhá k udržení současného genderového řádu, v němž jsou ženy coby laici v podřízeném postavení. Produkci jednotlivých typů vědění budu vztahovat právě na oblast porodnictví.

V další kapitole se budu zabývat podrobnějším popisem vzniku porodnice jako instituce v době osvícenství. Procesem vstupu mužů: lékařů, chirurgů a porodníků do oblasti, která do té doby byla vyhrazena pouze ženám: rodičkám a porodním bábám. A procesem utváření dominance lékařského vědeckého diskurzu o porodu nad vědění založeném na zkušenosti porodních bab. Vycházet budu z práce Dany Tinkové, která tento proces zdokumentovala na pramenných materiálech v Evropě. (Tinková, 2010)

### 2.1.3 Zkušenost jako teoretické východisko

Zkušenost pojmám jako základní rámec, jehož prostřednictvím budu analyzovat dané jevy. Opírám se o různé teoretické přístupy a náhledy na zkušenost a pokouším se testovat jednotlivé teorie o zkušenosti s tím, co tvrdí ženy, s nimiž jsem vedla rozhovory.

Pojem zkušenosti používám ve svém diplomním projektu ve vztahu k vědění. Navazuji tak primárně na Letherby (2003), která se zabývala zkušenostním vědění v opozici k vědění teoretickému a akademickému. Má práce se zaměřuje na porody doma a zkoumá právě zkušenosti žen, tj. prožitek porodu doma jako způsob vědění a sebepoznání. Nicméně nevymezuji se stejně jako Letherby, nestavím zkušenost jako protiklad vědění teoretickému. Spíše se dívám na zkušenost jako jinou formu vědění, která více souvisí s tělesností, než s čistě rozumovými konstrukcemi. Zároveň vnímám zkušenost jakokonstruovanou a teoretickým vědění ovlivněnou.

Pojem zkušenosti používám tedy ve vztahu k ženskému prožitku, navazuji na přístup Carol Gilligan (2001), kdy se snažím dát „hlas ženám“ a nechat je vyprávět jejich příběh. Domnívám se, že v tomto bodě se přístup Carol Gilligan a Gayle Letherby propojuje, když tvrdí, že ženy hovoří jiným hlasem a tj. jejich zkušenosti jsou jiné, než mužské.

Navazuji i na přístup Michela Odenta (1995, 2013), který vnímá zkušenost porodu jako univerzální zkušenost žen, která je ovšem kulturně podmíněná.

Zároveň si uvědomuji, že žádný/á z výše uvedených autorů/ek pojem zkušenosti nedefinuje a dostatečně nevymezuje. Jako východisko využívám tedy též úvahy Joan Scott (1991) o konstrukci zkušenosti. Je pro mě důležité negeneralizovat zkušenosti žen z porodu doma na obecně platné a autentické pravdy, ale neustále si být vědoma toho, že do prožitku zkušenosti vstupuje spousta jiných vlivů, tj. diskurz, kulturní, sociální, materiální zázemí, vzdělání, věk, pojetí těla, lékařství, porodu atd.

Snažím se tedy ve své práci s pojmem zkušenosti využít myšlenek a úvah všech výše uvedených badatelek a badatele a přispět k uznání poznání pocházejícího primárně ze zkušenosti a jejího prožitku.

Pokud bych tedy měla pojem zkušenosti definovat tak, jak s ním pracuji já, popsala bych ho takto: zkušenost používám jako pojem pro vnitřní prožitek, který probíhá v určitém konkrétním místě a čase. Tento typ prožitku je ovšem ovlivněn konkrétní situací

dané osoby, nejlépe bych použila asi pojem „žitého těla“<sup>19</sup> Toril Moi (Toril, 2001 In Young, 2002), diskurzem. To znamená, že zkušenost není objektivním a autentickým sdělením pravdy, ale konstruktem, který ovlivňuje celá řada faktorů, jež do interpretace zkušenosti vstupují. Jsou to všechny faktory, které právě zahrnují pod pojem „žitého těla“, tj. gender, vzdělání, sociální a kulturní vlivy a předporozumění prožikům souvisejícím s ženským tělem a jeho reprodukcí, ale také s místem ve světě a vztahem k vlivům, jež tělo a lidský život přesahují, tj. těhotenství, porod, zrození, péče o dítě, partnerství, poznání, víra, důvěra, respekt, pokora atd.

### 2.1.3.1 Zkušenost jako důkaz?

Joan Scott (1991) se ve svém článku „The Evidence of Experience“ (důkaz zkušenosti) zamýšlí nad tím, jakým způsobem je v různých kontextech a u různých myslitelů a myslitelek, především v historickém kontextu, uvažováno a pracováno s tématem zkušenosti.

Dochází k závěru, že často je zkušenost definována jako autentický a pravdivý prožitek, nezatížený žádnými teoretickými koncepty a nacházející se jakoby mimo diskurz.

Dále argumentuje, že většina teoretiků a teoretiček „zkušenost“ jako pojem vůbec nijak nedefinuje. Požívají jej s naprostou samozřejmostí a „samovypovídající“ hodnotou.

Vymezuje se zejména proti používání pojmu zkušenosti jako všeobjasňujícího zážitku pravdy a autenticity. Tvrdí, že takto s pojmem zkušenosti pracují i feministické badatelky, které se vyzdvihováním „ženské zkušenosti“ snaží vymezit a zpochybnit patriarchální teoretické poznatky moderní vědy. Toto pojetí považuje za problematické, protože stejně jako teoretické koncepty moderní vědy považuje zkušenost za absolutní a pravdivou.

Oproti výše uvedenému pojetí zkušenosti ji považuje za diskurzivní a ovlivňovanou teoretickým rámcem, v němž k jejímu prožitku dochází. Nepovažuje tedy zkušenost za čistě autentickou a pravdivou, tj. pro ni není zkušenost důkazem pravdivosti, ale předmětem výzkumu.

Zajímá ji, jakým způsobem k prožitku zkušenosti dochází, co ji ovlivňuje, jak se utváří interpretace zkušenosti atd. Pro ni je tedy zkušenost konstruovaná a diskurzivně ovlivněná stejně jako teoretické poznání moderní vědy. Nestojí „mimo“ teoretické

---

<sup>19</sup>Toril Moi používá namísto kategorie gender pojem „žitého těla“, který v sobě kromě genderu zahrnuje i etnicitu, rasu, sexuální orientaci, věk atd., ale i vliv kulturního a sociálního prostředí a roli diskurzu. Je to tedy tělo v situaci, omezeno vnitřními i vnějšími vlivy.

koncepty a není podle ní možné ji od diskurzu a teoretických konstrukcí reality oddělit. Interpretace zkušenosti potom je ještě více ovlivněná teoretickým rámcem jazyka, v jehož hranicích a pravidlech se pohybuje.

V jejím pojetí není tedy zkušenost důkazem a výsledkem poznání, ale spíše jeho počátkem. Zajímá ji, jakým způsobem je konstruována, co ji ovlivňuje, v jakém rámci a diskurzu se pohybuje. Poznání je tedy výsledkem bádání, kdy zkušenost stojí na začátku bádání, nikoliv na jeho konci, jak je tomu u většiny myslitelů, které ve svém článku zmiňuje.

Joan Scott zpochybnila zkušenost jako „důkazní materiál“, tj. jako nezávislé a autentické „zjevení“ pravdy. Otevřela diskusi ohledně vlivu diskurzu a teoretických konceptů do pojetí zkušenosti. Navazuje na pojetí Judith Butler, která tvrdí, že tělo neexistuje před diskurzem, ale je jím formované. Stejně tak pro Joan Scott neexistuje ani zkušenost před diskurzem a mimo něj. Vytvořila tedy novou kategorii zkušenosti jako konstruovaného jevu, do jehož prožívání vstupují další vlivy. (Scott, 1991)

### **2.1.3.2 Zkušenost jako prožitek**

Carol Gilligen (2001) ve svém díle *Jiným hlasem* pracuje se zkušeností jako s individuálním osobním prožitkem.

Termín zkušenosti nikde explicitně nedefinuje. Autorka je psycholožka, která si všimla, že ženy hovoří „jiným hlasem“, než muži a rozhodla se přijít na to, proč tomu tak je a jaký může být přínos jiného pohledu na věc. Tvrdí, že je třeba dát ženám hlas a umožnit jim artikulovat svá vlastní témata, aby mohly rozvinout potenciál svého lidství.

Hovoří-li autorka o *jiném hlasu*, nemá nutně na mysli hlas ženský, ztotožňovaný s genderem, ale spíše *jiný způsob myšlení*, který formuje rozdílnou zkušenost. Všimá si dále toho, jak se tyto různé hlasy v průběhu vývoje prolínají a ovlivňují u obou pohlaví. Její zájem je dále zaměřen na „interakci zkušenosti a myšlení, na odlišné hlasy a na dialogy, k nimž dávají podnět, na způsob, jakým nasloucháme sobě a druhým.“ (Gilligan, 2001: 32)

Carol Gilligan otevřela téma ženské zkušenosti, které bylo do té doby zejména v psychologii velmi opomíjené. Všimla si zejména v oblasti morálky, že Kohlbergovo schéma morálního vývoje jedince<sup>20</sup> neodpovídá realitě většiny žen, které se vyvíjely docela

---

<sup>20</sup> Kohlberg popsal šest stádií morálního úsudku od dětství do dospělosti. Tvrdí, že posloupnost jeho stádií je univerzálně platná, ale je založena na studii 84 chlapců, přičemž ženy do výzkumného vzorku nebyly zařazeny. Dle tohoto modelu dosahují ženy pouze třetího stádia popsaného morálního vývoje a jsou tedy klasifikovány jako méněcenné. (Gilligan, 2001: 46)

jiným způsobem. Definovala nové pojetí morálky v opozici k morálce spravedlnosti, která je založena na nestranném posuzování práva, tzv. morálku péče, která do svého středu staví zainteresovanost, vztahovost a smysl pro povinnost. Vycházela přitom z naslouchání ženám a vnímání jejich morálních dilemat, střetu rolí, které mají jako ženy, matky, přítelkyně, manželky a dcery.

Její pojetí bývá označováno za esencialistické, tj., že spojuje všechny ženy do homogenní skupiny žen, která je definována odlišným typem morálky (morálky péče) a tím odlišnou a zároveň společnou, tj. ženskou životní zkušeností. Domnívám se, že s tímto nařčením se sama vyrovnává a jej vyvrací, když argumentuje tím, že neztotožňuje morálku péče výhradně se ženami a morálku spravedlnosti s muži, ale že oba typy morálky jsou důležité při zdravém a plném vývoji jedince ať mužského či ženského pohlaví. (Gilligan, 2001)

Carol Gilligan nikde pojem zkušenosti nedefinuje. Z jejího textu je zřejmé, že předpokládá jisté předporozumění pojmu, který ale dle mého názoru nevnímá jako konstruovaný, jak je tomu v případě Scott. V pojetí Carol Gilligen zkušenost hovoří sama za sebe, je v jistém smyslu „zjevenou pravdou“. Tj. důkazem pravdivosti, nikoliv předmětem zkoumání a tudíž počátkem, jako v případě Scott. Nicméně se domnívám, že vzhledem k tomu, že uvažuje o vzájemném vlivu myšlení a zkušenosti, předpokládá, že zkušenost nevzniká jako „tabula rasa“, ale je ovlivněna společenským kontextem a faktory jako je moc, sociální status, reprodukčně – biologické faktory, myšlení atd. (Ibid., 2001)

Autorka se zabývá také vztahem mezi vnitřním věděním a konstrukcí sociální reality, která bývá v rozporu se zkušeností žen a jejich věděním. Ženy jsou tváří v tvář konstruované sociální realitě nuceny volit mezi vlastními potřebami (vlastním hlasem) a potřebami jiných, přičemž je pro ně důležité si uchovat vztah a nikoliv se vůči druhému vymezit a jednat autonomně. Její výzkum prokázal určitou míru rezistence dívek vůči disociaci, na druhé straně ale „dokumentoval iniciaci dívek do psychologických rozštěpení, známých mnoha ženám: neuvědomování si, co vím, obtíže slyšet vlastní hlas nebo mu naslouchat, oddělení mysli a těla, myšlenek a pocitů, a užívání vlastního hlasu spíše k zastření než vyjádření vnitřního světa, takže vztahy už neslouží jako cesty pro zkoumání spojitosti mezi vnitřním životem a světem druhých.“ (Ibid., 2001: 22)

### **2.1.3.3 Zkušenost jako univerzální prožitek**

Michel Odent (1995, 2013) pracuje se zkušeností v oblasti porodnictví. Chápe zkušenost porodu jako univerzální zkušenost žen z rozličných kultur. Tím ovšem není řečeno, že by ženy homogenizoval do jedné skupiny. Naopak si uvědomuje, jak velkou roli hraje kultura v utváření a prožívání porodní zkušenosti u každé ženy. Tvrdí, že zkušenost každé ženy je jedinečná a všezahrnující.

Svým přístupem se snažil o naslouchání každé ženě a cítil se být jen doprovodem jejího porodu, nikoliv aktivním garantem. Podobně jako Gilligan dává prostor a hlas ženám, když upozaďuje své teoretické vzdělání a svou zkušenost porodu z pozice porodníka/lékaře.

Téma zkušenosti nijak nedefinuje. Nicméně způsob, jakým o zkušenosti porodu hovoří, zahrnuje právě i teoretické koncepty kultury a vlastní přístup každé ženy k porodu, který její prožitek a její zkušenost nutně ovlivní. Domnívám se tedy, že si byl vědom toho, že zkušenost není jen „prázdnou zjevenou pravdou“, jak o ní hovoří ve své kritice Joan Scott.

Michel Odent otevřel diskusi o přirozeném vedení porodu a tím přispěl k tomu, že porod začal být diskutován jako „ženské téma“. Vrácení rozhodování o průběhu porodu do rukou žen, které by měly být hlavními aktérkami a určovat, jakým způsobem se bude odehrávat. Tím otevřel téma jiné formy poznání, než je racionální logika, kterou disponuje lékařský personál ovládající stále složitější technické přístroje. Uznává intuitivní poznání ženy, která v průběhu porodu přesně ví, co má dělat a dokáže poznat, jak je na tom i její právě se rodící dítě. (Odent, 1995)

Tím, že zdůrazňoval zkušenost porodu jako univerzální zkušenost všech žen, by mohl vést jeho přístup k tomu, že mateřství a porod je důležitou součástí vývoje ženy, čímž by ženy, které tuto zkušenost neprožily, byly z možnosti dosáhnout plné kvality ženství vyřazeny.

### **2.1.3.4 Zkušenost jako forma vědění**

Gayle Letherby (2003) používá pojem zkušenosti ve vztahu k vědění a poznání. Pohybuje se v oblasti metodologie zejména ve společenských vědách v oblasti feministického výzkumu. Ve své práci se zabývá tím, jak se určité typy vědění a teorií staly dominantními a zvažuje jak otázku, kdo produkuje takový typ vědění a také kdo má k němu přístup. Uvažuje nad napětím, které vzniká mezi autorizovaným věděním

(akademické vědění) a zkušenostním vědění (vědění pramenící ze zkušenosti) v akademických disciplínách jako je sociologie a historie a zkrze stručný nástin medikalizace porodu. (*Millen, 1997 In Letherby 2003:20*)

Autorku zajímá především způsob, jakým se některé skupiny individualit ve společnosti považují za „znalce“ a jiné za „poznávané“. Autorku zajímá především to, jak jsou pohledy na to, kdo je znalcem a kdo poznávaným historicky svázány s genderovými strukturami a převládajícím názorem, který považuje vše maskulinní za racionální subjekt a femininní za objekt. (*Millen, 1997 In Letherby 2003: 20*)

Zabývá se především metodologií feministického výzkumu a ve své knize se snaží představit svou vlastní interpretaci historické i současné debaty ohledně „vědění“ (produkce vědění) a „konání“ provádění feministického výzkumu.

Zkušenost jako pojem nijak nedefinuje. Používá ji spíše ve vztahu k typu vědění, tj. zkušenostní vědění v opozici k vědění akademickému, tj. teoretickému. Uvádí, že „teorie reprezentovala a nárokovala si snahu proniknout chaos a abstraktnost individuální zkušeností objektivní a univerzální pravdě a abstraktnímu vědění.“ (*Daly 1979; Ussher 1991 In Letherby 2003 :24*)

Ve snaze lépe pochopit snižování úlohy zkušenostního vědění, které je ztotožňováno se ženami, nastiňuje snižování úlohy žen v procesu uzdravování nemocných a péče o slabé jedince, k němuž došlo v průběhu moderních dějin. Ženy si předávaly své zkušenosti neformálně po přímé linii, kdy zkušenější zaučovala začátečnice. Ženy léčitelky měly znalosti, které mužům byly nedostupné a byly velmi respektované ve své komunitě. (*Webb 1986 In Letherby 2003*)

Autorka uvádí, že v období od 14. do 18. století dochází ke zrodu „medicíny“ jako mužské profese a ženy léčitelky byly potlačovány. Byla tím tedy zatlačována role zkušenosti a vyzdvihována role teorie a akademického vzdělání.

Ačkoliv nikde v textu není pojem zkušenosti definován, vzhledem k tomu, že jej autorka používá ve vztahu k typu vědění, které je v opozici k vědění teoretickému, akademickému, jež je považováno za racionální a objektivní a mužské; je možné vymezit pojem zkušenosti v tomto kontextu jako pojem, který nese následující charakteristiky: subjektivní, chaotický, nesrozumitelný, neuchopitelný, temný, neformální.

Zkušenost v tomto pojetí není tedy chápána jako autentický zážitek pravdy, ale spíše jako subjektivní a nespolehlivý zážitek. Vědění, které ze zkušenosti pochází je tedy taktéž



považováno za nespolehlivé a iracionální, svázané s emocemi a tedy subjektivní. Výše uvedené charakteristiky jsou mou reflexí autorčina textu, nejedná se o její vlastní úvahy. Má interpretace jejího chápání zkušenosti není tím, jak zkušenosti rozumí. Jedná se spíše o charakteristiky, které by zkušenost získala v patriarchálně konstruovaném obraze světa, kde převládá „mužské“ a racionální pojetí vědění, o němž autorka ve svém textu hovoří a jež kritizuje.

Ztotožněním zkušenosti s určitým typem vědění, které je v kontrastu s věděním akademickým a teoretickým se otevřel prostor pro zkoumání právě „ženského“ typu vědění, které je na zkušenost navázáno. Tento typ vědění bývá často spjat s tělem a jeho prožitky a týká se biologických procesů ženy, k nimž neměly a nemají muži zevnitř nikdy přístup, tj. těhotenství, porod, menstruace, potrat atd. V tomto smyslu využívám vědění vázané na zkušenosti i já. Nicméně nepojímám ho jako opoziční vědění akademickému, ale i zkušenostní vědění považuji za konstruované a ovlivněné diskurzem viz argumentace výše.

Je dále nutno mít na paměti, že ve ztotožnění zkušenostního typu vědění s „ženstvím“ a ženami obecně ční nebezpečí generalizace a homogenizace a upírání racionálního, tj. teoretického a akademického typu vědění ženám. Dále tím, že je zkušenostní vědění primárně propojeno s ženským tělem a prožitky, které se váží na reprodukční schopnosti ženy, ční opět nebezpečí redukce role ženy na reprodukci a s ní spojené záležitosti.

#### **2.1.4 Snaha pomoci - Asymetrická reciprocita**

Neméně důležitým východiskem při úvahách o pojetí porodu, vztahu rodiček a lékařského personálu, chápání porodu atd. jsou pro mě úvahy Iris Marion Young. Tuto autorku jsem si vybrala proto, že právě všeobecně přijímaný a artikulovaný postoj medicínského diskurzu k porodu je takový, že se snaží myslet na co nejlepší „blaho“ rodičky a novorozeného dítěte. Medicínské zásahy do porodu jsou tedy motivovány snahou „pomoci“. Tento přístup je založen na pojetí symetrické reciprocit, která se snaží vcítit do situace druhého, ale vlastně jeho stanovisko a jeho hlas vůbec neposlouchá a neslyší.

Iris Marion Young (1995) se snažila postihnout obecný proces, který předchází tomu, když se rozhodujeme o tom, zda je některý fakt dobrý či špatný, uvádí příklad přijetí poskytování zdravotní péče v USA. Tvrdí, že obecně zažitým principem, k němuž se většina lidí přiklání při snaze zajistit spravedlivé rozhodování je princip symetrické

reciprocity, tj. snaha podívat se na problém očima druhého. Autorka v tomto přístupu vidí jistá úskalí. Především tvrdí, že nejsme schopni se oprostit od svých vlastních představ a pojmů a zaujmout takové stanovisko, které by skutečně simulovalo pohled druhého, protože vždy již promítáme do „postoje druhého“ své vlastní představy. Navíc autorka dále uvádí, že při snaze podívat se na problém očima druhého navíc nerespektujeme skutečně rovnocenný vztah, ale druhého člověka tím vlastně znevažujeme.

Naproti tomu tedy formuluje princip či koncept asymetrické reciprocity, kdy nejde o to snažit se podívat na situaci očima druhého, ale zásadním principem je skutečné, hluboké a vědomé naslouchání druhému ve snaze porozumět jeho pohledu, pochopit ho a respektovat ve své odlišnosti. Cílem tedy není snaha dosáhnout porozumění na základě stejného pohledu na věc, ale základním principem ke skutečný respekt k odlišnosti, jinakosti a přijetí této jinakosti ve své původní podobě. (Young, 1995)

### **2.1.5 Koncept participační parity v procesu vyjednávání u Nancy Fraser**

Ve světě, kde neexistuje jedna objektivní pravda, kde není již možné dospět k jedinému správnému řešení, je nutné neustálé vyjednávání různých stanovisek a pohledů na věc. Proto používám v této práci koncept participační parity myslitelky Nancy Fraser (2004), která se pokusila oproti jiným myslitelům/kám propojit stránku ekonomickou se stránkou osobní. Toto téma se týká mé práce jen okrajově a jistě by si zasloužilo širšího rozpracování. Dotýkám se jej zejména v oblasti rozhodování žen pro místo porodu a potom při obhajování vlastní pozice, tj. důsledky porodu doma při setkání s veřejným míněním a nutností vyjednat si oprávněnost svého jednání.

Fraser se ve svém textu zabývá dvěma rovinami sociální spravedlnosti, jednou je rovné přerozdělování zdrojů bohatství, druhou oblastí je pak tzv. „politika uznání“. Zde hovoří o tom, že „jejím cílem je svět ohleduplný k odlišnostem, svět, v němž by cenou za rovnocennost už nebylo přizpůsobení se většině nebo dominantním kulturním normám. Spadá sem například požadavek uznání specifických perspektiv etnických, „rasových“ a sexuálních menšin, nebo uznání genderové odlišnosti.“ (Fraser, 2004: 21-22)

Fraser dochází k závěru, že uznání a ekonomická stránka jsou spojenými nádobami a je nutné řešit sociální nespravedlnost ve vzájemném propojení obou

faktorů. Na rozdíl od jiných myslitelů/ek tvrdí, že neuznání nemá vliv jen na subjektivitu jedince a jeho individuální integritu, ale je nespravedlností. Nespravedlnost pak pojímá jako kulturní jev, který je zakotven ve společenských vzorcích reprezentace, interpretace a komunikace, který řadí „jinou“ kulturu do podřízeného postavení nebo jí odpírá uznání či projevu neúcty. (Ibid., 2004: 29)

Dle jejího pojetí je dále „v případě uznání nápravou nespravedlnosti kulturní nebo symbolická změna. Ta zahrnuje zcela nové hodnocení identit, jimž je upírán respekt, a kulturních výkonů osočovaných skupin; uznávání a pozitivní hodnocení kulturní rozmanitosti; transformaci celých společenských vzorců reprezentace, interpretace a komunikace v takovém rozsahu, aby se proměnila sociální identita každého člověka.“ (Ibid., 2004: 30)

Její koncepce tedy spočívá v představě participační parity. Aby spolu mohli jedinci jednat jako rovnocenní, je nutné splnit dvě podmínky. Objektivní podmínka vyžaduje, aby při rozdělování materiálních zdrojů byla zaručena nezávislost a hlasovací právo všech participujících. Dále intersubjektivní podmínka požaduje, aby „institucionalizované kulturní hodnotové vzorce prokazovaly všem participujícím rovný respekt a zaručovaly jim rovnost příležitostí při získávání společenské vážnosti.“ (Fraser, 2004: 62-64)

Ženy, které se rozhodly pro porod v domácím prostředí jsou diskriminovány jednak ekonomicky, protože nemají nárok na zdravotní péči<sup>21</sup> porodní asistentky hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Za druhé jsou vystaveny zmiňovanému zneuznání, protože vyznávají hodnotové vzorce, které jsou považovány v dominantním medicínském diskurzu za určitým způsobem „deviantní“. Tj. odlišující se od normativních praktik. Při procesu vyjednávání své představy porodu se tedy dostávají do podřízené pozice a jejich postoje a požadavky nejsou respektovány.

Zvolila jsem tento model participační parity, protože shodně s Nancy Fraser (2004) jsem přesvědčena, že řešení nespravedlnosti a nápravu je třeba hledat jak v oblasti zneuznání, tak přerozdělování bohatství, tj. v propojení ekonomické a sociální stránky nespravedlnosti.

---

<sup>21</sup>V současné době nemají nárok na zdravotní péči vůbec, protože porodní asistentka není dostatečně vybavena pro poskytování péče v sociálním prostředí rodičky. Nesplňuje podmínky dané Vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

## 2.2 Porod

### 2.2.1 Porod v historii - okolnosti vzniku porodnice - krátký historiografický exkurz

„Doména tvořená medicínou (hygienou) se tak od konce 18. století stala uzlovým bodem, reprezentujícím spojení mezi biologickými a organizačními procesy ve společnosti. Stal se z ní doslova příklad par excellence vztahu mezi věděním a mocí, který se současně opírá o individuální tělo i o populaci jako soubor těl, o individuální organismus stejně jako o biologické procesy“ (Tinková, 2010: 95)

Pro porozumění konstruovanosti porodu a zejména konstrukci normálního porodu je nutné se hlouběji zamyslet nad historickými souvislostmi medikalizace porodu a porodnice jako „normálního“ místa, kde se porod odehrává. Budu se věnovat této problematice v prostředí západní Evropy, protože to je prostor, který mne ve vztahu k prostředí České republiky zajímá. Porod není jen biologický proces, ale je vždy ovlivněn sociokulturním kontextem, v němž se odehrává. Až do 18. století se většina porodů i v Evropě odehrávala v domácím prostředí rodičky.

Osvícenecký stát se snažil vytěžit maximum z lidského jedince a procesy, které mu k tomuto cíli významně napomáhaly byly procesy „profesionalizace“ a „medikalizace“.

Oblast těhotenství a porodu byla až do 18. století převážně doménou žen. Babické umění bylo předáváno převážně ústní tradicí a nebylo většinou písemně fixováno. Starší porodní bába si svou nástupkyni vychovávala, často zaučovala svou vlastní dceru, toto umění se tedy doslova „dědilo“. (Tinková, 2010: 103)

V průběhu 18. století zesílil tlak na normalizaci a profesionalizaci oboru porodnictví ve snaze co nejvíce zvýšit výkonnost a omezit úmrtnost novorozenců i rodiček. Porodní báby byly považovány za nevzdělané a hloupé pro pochopení hlubších souvislostí. V období osvícenství se objevuje snaha jejich vliv omezit a dostat pod co největší míru kontroly. Začíná také nábor mladých adeptek oboru babictví, které až do této doby vykonávaly spíše ženy starší, které již měly vlastní děti odrostlé, nebo vdovy.

Až do období osvícenství stačila tedy porodním bábám pro výkon jejich povolání zkušenost a důvěra rodiček a širšího okolí rodiny, které si bábu povolávalo při asistenci u porodu. Vstupem mužů: chirurgů, lékařů a porodníků začíná sílit tlak na institucionalizaci a formalizaci vzdělání a působení porodních bab. Daniela Tinková ve své monografii velmi přehledně naznačuje, jak k tomuto procesu došlo.

Dalším významným faktorem je již naznačená profesionalizace „nového“ porodnictví, které mělo být nadále doménou mužů. Toto nové porodnické umění se

vyučovalo na univerzitách a postupem času vznikaly specializované fakulty, nicméně porodnictví mělo být součástí vzdělání nejen chirurgů, ale i všeobecných lékařů. Problémem vzdělání „nových“ porodníků- mužů zůstávala nepřístupnost živého ženského těla. Zde sehrála významnou a přelomovou roli právě porodnice, která umožnila rozpor mezi teorií a praxí překonat.

Veřejná porodnice klinického typu neexistovala jako instituce v našem smyslu až do konce 18. století. Nemajetné chudé ženy mohly родit ve špitále, který ale nepřijímal rodičky neprovdané, ty byly odkázány na tajné služby porodních bab, nebo nalezince. První porodnice tedy vznikaly z těchto institucí, které byly původně určeny jiným účelům a širšímu spektru potřebných. Porodnice se ve většině případů stala součástí univerzity kontrolované státem. Rodičky a těhotné ženy sloužily jako výukový materiál budoucím porodníkům a porodním bábám. (Tinková, 2010)

Považuji za důležité uvést takto široce kontext vzniku instituce porodnice jako důsledek osvíceneckých snah o regulaci a formativitu „objektivního“ vědění, které se stává normotvorným pro širší společenské uspořádání západní společnosti.

Druhým faktorem, který považuji za významný ve vztahu ke vzniku porodnice jako instituce je fakt, že nevznikly za účelem pomoci rodičkám, ani jako místo bezpečného porodu, ale jako součást kliniky, která by poskytovala „živý materiál“ pro studium. Nechci tento fakt nijak hodnotit, ale připadá mi v kontextu této práce a vnímání bezpečnosti porodu velmi významný. Vzhledem k tomu, že v současné době se považuje právě porodnice za bezpečné místo, které existuje především pro zdraví rodičky a novorozenců, nikoliv primárně za účelem formálního vzdělávání zdravotnických profesí.

Současně s procesem formalizace vzdělání a kompetencí „nových“ porodníků-mužů a porodních bab dochází i k vymezení porodu na „přirozený“, fyziologický a „nepřirozený“, komplikovaný vyžadující často operační zákrok. Porodní báby byly ve svém vzdělávání vedeny k tomu, aby dokázaly jeden od druhého rozeznat a v případě „nepřirozeného“ porodu přivolaly na pomoc chirurga-porodníka.

Vzdělání i kompetence „nových“ porodníků a porodních bab tedy byly od období osvícenství silně genderované, protože porodní báby neměly ve většině případů na univerzitu přístup a mohly tedy studovat jen systematický kurz určený výhradně jim, který nepředpokládal hlubší intelektuální pochopení, ale byl založen na memorování. Jeho cílem bylo také omezit magické a pověrečné praktiky, které do té doby báby vykonávaly a

omezit jejich přístup k používání nástrojů, činnost, která byla od té doby vyhrazena pouze chirurgům-novým porodníkům. U porodníků-mužů a porodních bab se také předpokládali jiné charakterové vlastnosti a předpoklady pro výkon daného povolání. Zatímco u mužů se vyžadovala a předpokládala racionalita a odbornost, u žen to byla emocionalita a citlivost.

V medicínském diskurzu je porodnictví líčeno jako profesionalizující se obor, který se vyvíjel od období temného babictví po moderní porodnictví. Vědecké porodnictví je tak chápáno jako další vývojová fáze celého oboru týkajícího se porodu. „Návrat“ k umění babictví je tedy chápán jako krok zpět v tomto kontinuálním vývoji. (Doležal, 2001)

### 2.2.2 Paradigmata pojetí porodu

Různá paradigmata pojetí porodu souvisejí především se vzrůstajícím vstupem moderní techniky do oblastí porodnictví a jsou historicky svázána také se vstupem mužů/chirurgů do oboru porodnictví, jak bylo představeno v předcházející kapitole. (Odent, 2009; Tinková, 2010; Doležal, 2001).

V sociálních vědách se vymezují dvě až tři pojetí porodu, která jsou navzájem protikladná a vzájemně vylučující. Van Teijlingen (2005) rozlišuje *lékařský model* a *sociální model porodu*. Přičemž tyto modely existují v jeho pojetí na třech rovinách: ideologické, praktické a analytické. Jednotlivé roviny jsou vzájemně provázané, ideologická rovina určuje praktickou formu péče, hlavní poskytovatele/ky péče a je propojena i s určitou klientelou, která tuto péči využívá. Na ideologické rovině se také odehrává snaha obhájit svá stanoviska, přesvědčení a z nich vycházející praktická opatření, kterými se snaží jednotliví zastánci/kyně a praktikující v daném modelu získat kontrolu nad jednotlivými fázemi porodu a získat absolutní či „autoritativní vědění“. (Davis-Floyd, Sargent, 1997 In Van Teijlingen, 2005: odst. 4.2) Na rovině analytické se potom jedná o dva ideální typy, které tvoří dva vzájemné extrémy a je možno na nich zkoumat sociální realitu. (Van Teijlingen, 2005: odst. 15.1) První model bývá označován také jako *technokratický model porodu*, protože je v jeho průběhu velkou měrou zapojena moderní technologie, zatímco druhý model bývá označován také jako *zaměřený na ženu* (women-centred model) a je úzce spjat s tzv. přirozeným modelem porodu, který je v lékařské literatuře označován jako *alternativní model porodu*.

Podrobně se rozlišením těchto modelů zabývaly jiné studie (například Benoit, 1991; Davis-Floyd, 1992, 2001<sup>22</sup>; Wilkins 2000; Hašková 2001), níže představím tedy jen hlavní

---

<sup>22</sup>Ta rozlišuje tři modely péče a podrobně se jim budu věnovat v oddíle věnovaném přirozenému porodu.

charakteristiky a implikace, které souvisejí s realizovaným výzkumem. Nejvýraznější odlišností obou modelů je míra přijatelného, snesitelného rizika, která dále určuje vhodné místo porodu a dominantní poskytovatele/ku péče. Úlohou a rolí porodní asistentky podle typu poskytované péče v lékařském modelu porodu a v sociálním modelu porodu se zabývá i studie dvou amerických autorek, které se zabývají různými přístupy k porodu v post – sovětských zemích. (Oakley, Houd, 1990).

### **2.2.2.1 Lékařsky vedený porod - fyziologický, tělesný, vnější proces**

Na ideologické rovině je porod v lékařském modelu vnímán jako inherentně rizikový proces<sup>23</sup>. „Normální“ porod v tomto pojetí vyžaduje lékařskou kontrolu v podobě monitorování stavu plodu i rodičky, aby bylo možno zasáhnout v případě, že se objeví jakákoliv známka patologie. Riziko se v tomto pojetí může objevit kdykoliv a neočekávaně. Žádné těhotenství ani porod není možno označit předem za „normální“ či-li nerizikový, nebo nízkorizikový předem, je to možné pouze retrospektivně. Selekcce či předvídání rizika není možné. (Van Teijlingen, 2005)

Tento model je založen na separaci mysli a těla, přičemž tělo je pokládáno za klíčové a normou je tělo mužské. Ženské tělo je tedy vnímáno jako „jiné“ oproti mužskému nevyzpytatelné, nepředvídatelné, chaotické atd. Mužské tělo je v tomto lékařském pojetí dále vnímáno jako dobře fungující tělo – stroj. Ženské tělo naproti tomu považováno nevyzpytatelné a vyžadující neustálou manipulaci a zásahy. (Davis-Floyd, 2001). Podle Robbie Davis-Floyd vychází moderní porodnictví právě z této představy ženského těla a z ní odvozuje i chápání procesu porodu: ten sice vnímá jako mechanistický proces, stejně jako jiné mechanistické procesy, ale považuje ho za jistým způsobem defektní, nedokonalý mechanistický proces, stejně jako přistupuje k ženskému tělu jako k nedokonalému stroji. (Davis-Floyd, 2001)

Rodička je v tomto modelu považována za pasivní objekt a příjemkyni péče<sup>24</sup>. Dominantní postavení pokud jde o určení strategie vedení porodu má lékař/ka. Vědění je v tomto modelu považováno za exklusivní, tj. expertní znalost oboru porodnictví je

---

<sup>23</sup>Tento fakt ilustrují zejména učebnice určené budoucím lékařům/kám, které prezentují porod jako nebezpečný jev, jak pro matku, tak dítě, který není možno nechat volně proběhnout jako čistě „přírodní proces“. (Roztočil a kol. 2008; Čech, Hájek, Maršál, Srp a kol. 2006; Binder, 2011; Doležal, 2001; Zeman, Doležal, 2000)

<sup>24</sup>Tento fakt odráží i jazyk, jakým hovoří o rodičce učebnice určené lékařům/kám. Některé učebnice hovoří o rodičce jako o pacientce a nemocné (Čech, Hájek, Maršál, Srp a kol., 2006), jiné používají označení klientka (Roztočil a kol., 2008)

přisuzována pouze lékařům/kám a zdravotnickému personálu. Znalosti rodičky jsou označovány za laické a nepodložené. Také vědění porodních asistentek je vnímáno jako hierarchicky níže, než je vědění lékařské v oboru porodnictví.

Porodnictví je založeno na vědecké perspektivě, která zdůrazňuje objektivitu, riziko je definováno statisticky, řešení a zlepšení jsou tedy dávana do souvislosti s výsledky statistické mortality a morbidit. Těhotné ženy jsou tedy označovány za „vysoce rizikové“ nikoliv na základě individuálního posouzení dané rodičky, ale na základě statistické pravděpodobnosti (vyšší věk, způsob předchozího porodu atd.) (Van Teijlingen, 2005) V tomto paradigmatu je dále porodnictví chápáno jako obor, který se historicky vyvíjel od „temného babictví“ v „moderní porodnictví“, které je založeno na exaktní vědě a měřitelných metodách. Intervence do procesu porodu a aktivní způsob jeho vedení obhájí prezentovanými statistikami perinatální a mateřské úmrtnosti, která má v historickém vývoji klesající tendenci. Nízká perinatální úmrtnost je dávana do souvislosti s vyspělostí oboru, nikoliv se změnou hygienických a ekonomických podmínek a životního stylu a celkového zdraví lidstva v průběhu jeho historického vývoje. (Hašková, 2001; Doležal, 2001; Roztočil, 2008)

Také role a postavení porodních asistentek je v tomto modelu spíše taková, že jsou asistentkami nikoliv rodící ženě, ale lékaři/ce. V českém kontextu tomuto pojetí odpovídá i dříve užívaný termín *ženská sestra*. Podrobnější vhléd do historického vývoje profese porodních asistentek v ČR shrnula Hrešanová ve své studii (Hrešanová, 2008: 130)<sup>25</sup>.

Na úrovni praxe není linie mezi lékařsky vedeným porodem a sociálním modelem porodu tak ostrá. I lékařsky vedený porod používá nefarmakologické tlumení bolesti, role a úloha porodních asistentek se liší dle zvyklostí konkrétní porodnice. Nicméně tendence k rutinní organizaci práce a hierarchickému uspořádání přetrvává. Ideologické odlišnosti zabraňují realizaci skutečně „přirozeného porodu“, protože nerespektují a neuznávají jeho zákonitosti, které jsou odlišné a někdy i v přímém rozporu s lékařsky vedeným modelem porodu.

Lékařsky vedený porod se na území ČR začal používat po 1.světové válce a to jednak jako termín a jednak jako praxe. Ta spočívá v urychlení porodu a tlumení bolesti medikamenty a invazivními technikami. Medikalizace má také zajistit psychosomatický

---

<sup>25</sup>Hrešanová shrnuje i rozdíl mezi semi-profesí, kterou zastávají v tomto modelu porodní asistentky a profesí, kterou zastávají lékaři.



komfort rodičce při minimalizaci bolesti. (Zeman, Doležal, 2000 In Hašková, 2001) Položení teoretických základů tohoto způsobu vedení porodu je přisuzováno J. De Leemu R.H. Pomeroyovi, kteří ve 20. letech propagovali eliminaci nebezpečí druhé doby porodní užitím epiziotomie při celkové anestezii. (Kárová, Richtrová in Hašková, 2001). V tomto přístupu vychází tedy z předpokladu, že bolest<sup>26</sup> a délka porodu představuje pro rodící ženu komplikaci, kterou je nutno odstranit. Je posuzována tedy na základě asymetrické reciprocity, tj. pokusu o vidění situace očima druhého.

Lékařsky vedený porod je úzce svázán s institucí porodnice, která je považována v tomto modelu za jediné bezpečné místo k porodu. Přesun do porodnice u všech porodů byl v České republice dokončen v 60. letech 20. století a porod v porodnici se v evropských zemích a USA stal normou. O tom, jakým způsobem k tomu během vývoje došlo, budu více pojednávat v historickém exkurzu dle Dany Tinkové v následujícím oddíle.

V lékařské literatuře určené lékařům/porodníkům je lékařsky vedený porod prezentován jako jediná dominantní forma praxe založená na nejnovějších vědeckých poznatcích. (Binder a kol., 2011; Čech, Hájek, Maršál, Srp a kol., 2006; Roztočil a kol., 2008)

Lékařsky vedený porod v učebnicích porodnictví je charakterizován jako „soubor opatření opírající se o poslední ověřené medicínské poznatky, které vedou k bezpečnému porodu pro matku i plod, zkrácení doby trvání porodu a tišení bolesti. Nedílnou součástí je rovněž odstranění stresu rodičky: K dosažení těchto cílů patří: určení rizikovosti porodu, stadia porodu, strategie vedení porodu, vedení jednotlivých porodních dob, samotný porod plodu, vedení III. doby porodní, kontrola a ošetření porodního poranění a kontrola nedělký v časném poporodním období“ (Binder a kol., 2011: 75)<sup>27</sup>. Porod je v tomto medicínském diskurzu považován za vysoce rizikový jev, který nemůže být ponechán přírodním procesům, ale musí být monitorován a sledován, aby bylo možno včas odhalit možné komplikace a vhodnými prostředky zasáhnout. Dále předpokládá, že i nekomplikovaný průběh těhotenství se může kdykoliv změnit a náhle vzniklá a nijak nepředvídatelná situace znamená akutní ohrožení zdraví a života jak dítěte, tak matky. (Zeman, Doležal, 2000)

<sup>26</sup>Tlumení bolesti a snaha urychlit porod jsou natolik standartizovány, že požadavek na prožití bolesti a prožití dlouhého porodu je vnímám z hlediska zdravotnického personálu jako nepochopitelný. Lékařská učebnice uvádí tlumení bolesti dokonce jako povinnost lékaře: „Zbavovat těhotnou bolesti a utrpení je základní povinností lékaře.“ (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2006: 88)

<sup>27</sup>Srovnej citaci lékařsky vedeného porodu v další učebnici Porodnictví: „Moderní porodnictví pod tímto pojmem rozumí souhrn všech organizačních a medicínských opatření zajišťujících optimální péči o rodičku a její plod, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy ve všech oblastech oboru.“ (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2006: 136)

Dominantní postavení lékařsky vedeného porodu proniká i do právního řádu. Odpovědnost za výsledek porodu je zcela a výhradně na straně poskytovatele péče. Pokud je porod veden ve zdravotnickém zařízení, má za jeho výsledek zodpovědnost právě tato instituce, respektive zdravotnický personál, který se na porodu podílel. Dle Zemana a Doležala (2000: 20) je dále „v porodnictví základní právní povinností poskytovat zdravotní péči, chránit život a zdraví těhotných žen a jejich plodů, pečovat o zdraví novorozenců a vytvářet předpoklady pro jejich zdárný a zdravý vývoj.“ Zanedbání péče je tedy možno hodnotit jako právně postižitelné jednání. Aktivita a preventivní opatření jsou tedy svázány nejen s ideologickými východisky tohoto pojetí porodu, ale jsou svázány i se zodpovědností za výsledek porodu a možnou žalovatelností při prokázaném zanedbání péče.

Lékařsky vedený porod je také vysoce genderovaný a hierarchizovaný. Odpovědnost za výsledek porodu má porodník – lékař/ka, který/á porod vede. Kompetence porodní asistentky vést samostatně fyziologický porod se ve zdravotnickém zařízení ustavila teprve nedávno<sup>28</sup>, ačkoliv podle Zákona<sup>29</sup> je způsobilá vést fyziologický porod samostatně bez odborného dohledu a indikací lékaře. Tato situace souvisí s vývojem porodnictví obecně. Jak popisují v dalším oddíle věnovaném historii porodnictví, kompetence a možnost vzdělávání porodních bab v období osvícenství byla omezena, protože neměly přístup na univerzitu a byly považovány za intelektuálně méně vybavené, než muži. Ustavení lékařsky vedeného porodu jako normy tedy úzce souvisí s historickým vývojem v době osvícenství obecně. Je vázáno na rozvoj přírodních věd, rozvoj práva a pojetí člověka ve vztahu ke světu obecně. Lékařsky vedený porod následuje tedy pozitivistickou představu o objektivitě, kdy je proces chápán odděleně od jeho aktérů/ek. To je patrné i v medicínské literatuře, která popisuje porodní proces odděleně od vnitřního

---

<sup>28</sup>Od 1.1.2014 je možné absolvovat porod v porodnici jen pod vedením porodní asistentky. Jedná se v podstatě o administrativní úpravu, protože ve většině porodnic vede fyziologický porod většinou jen porodní asistentka, ale lékař měl formální zodpovědnost a vykazoval porod jako výkon pojišťovně. Nyní bude moci i administrativně vést porod samostatně pouze porodní asistentka: „Dosud, i když je porod veden PA, je nositelem výkonu lékař a pro vykazování je vždy uváděn lékař. Nyní bude v Seznamu zdravotních výkonů explicitně uveden výkon vedení porodu porodní asistentkou.“ [online] dostupné z: <http://www.babyweb.cz/porod-s-porodni-asistentkou-reseni-ktere-nic-neresi> [cit. 2.6.2014]. Více též na: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-florence/2014/1/otazniky-kolem-porodu-vedenych-porodni-asistentkou/> [cit. 2.6.2014]

<sup>29</sup> Potřebné vzdělání a kompetence porodní asistentky upravuje § 6, odst. 2 a 3 Zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

prožívání dané ženy, jakoby existoval sám o sobě, nezávisle na konkrétní rodící ženě a prostředí, v němž se porod odehrává.

Psychosociální aspekty porodu tedy hrají v lékařsky vedeném porodu až druhořadou roli<sup>30</sup>. Hlavní důraz je kladen na bezpečí rodičky a nenarozeného dítěte, přičemž se předpokládá, že toto bezpečí je možno zajistit právě díky moderní technice, která umožňuje sledovat nejrůznější faktory právě probíhajícího porodu. Záznamy těchto přístrojů jsou přitom považovány za objektivní, na rozdíl od individuálního usuzování na základě pouhé empirie. Upřednostňování a oddělování „technických“ dovedností a lékařsky odborného zabezpečení od „lidského“ jednání je patrné i z výsledků studie, kterou realizoval tým badatelek v porodnicích v České republice v roce 2011 – 2012. (Takács a kol. 2012). Ta se zaměřuje na kvalitu perinatální péče z pohledu rodičích žen, přičemž hodnotí tzv. měkké faktory jako je: citlivý přístup, respekt k potřebám rodičky a jejího studu, dostatek informací, možnost spolurozhodování, emoční podpora, důvěra, fyzické pohodlí a služby atd. Vliv těchto faktorů na vlastní průběh porodu není v medicínském diskurzu a lékařsky vedeném způsobu porodu dostatečně zohledňován. Závěry výzkumu kolektivu autorek (Takács a kol. 2012 : 195) přitom prokazují souvislost mezi nespokojeností rodiček s přístupem zdravotnického personálu a výskytem porodních komplikací.

Medicínský diskurz bere většinou v potaz jedinou kategorii při hodnocení kvality péče v oblasti porodnictví a to je perinatální úmrtnost a mateřská úmrtnost. Česká republika se dle vyjádření České lékařské komory a České gynekologicko – porodnické společnosti řadí mezi země s nejnižší perinatální úmrtností na světě a proto odmítá jakékoliv organizační změny v porodní péči, které by mohly tyto výsledky ohrozit<sup>31</sup>.

Dále je důležité si uvědomit, že medicínský diskurz a lékařsky vedený porod, jenž z něho vychází, konstruuje porod jako čistě technickou záležitost a to vypuzení plodu z

---

<sup>30</sup>V učebnicích porodnictví je důraz na vytvoření prostředí, které vyvolává v rodičce pocit bezpečí a důvěry v lékařský personál sice uveden, ale v praxi bývá až na druhém místě za prováděnými preventivními opatřeními, které nabývají rutinních praktik.

<sup>31</sup>V České republice stále platí odlišná hranice porodní hmotnosti, která odlišuje porod od potratu. Dle Světové zdravotnické organizace je tato hranice 500g bez ohledu na to, zda je narodí dítě živé, či mrtvé. V České republice je dítě s hmotností 999g a méně, které se narodí mrtvé, považováno za potrat. (Binder a kol., 2011) Dle tvrzení profesních sdružení porodních asistentek je nízká hodnota perinatální úmrtnosti dána právě tímto rozdílem a také systémem péče o těhotné a realizací potratů při podezření na vývojovou vadu. Stanovisko České lékařské komory je uveřejněno zde: [online] [http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz\\_99307](http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99307) [cit. 25.5.2014] Srovnej s kritikou rozdílného výpočtu perinatální úmrtnosti v ČR a ostatních evropských zemí: [online] <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/novorozenecka-a-perinatalni-umrtnost-jsme-skutecne-nejlepsi-462462?category=komentare> [cit. 25.5.2014]

dělohy, kdy je stanovena hranice porodní váhy, kdy se jedná v případě mrtvého plodu o porod a kdy o potrat. Širší pojetí porodu, jak mu rozumí například antropologie, sociologie či psychologie, kdy je porod chápán jako přechodový rituál, hluboká psychospirituální zkušenost, či jen významná událost v životě nejen ženy, ale celé její rodiny, jenž má vliv i na sebepojetí ženy, její vztah s narozeným dítětem, ale i na vztah partnerský, je v medicínském diskurzu opomíjeno. Porod končí propuštěním rodičky a jejího dítěte z porodnice, další kontinuální péče, která by byla zaměřena na celé spektrum aspektů, jež do procesu porodu vstupují a s narozením dítěte jsou spojeny, není poskytována<sup>32</sup>.

Lékařsky vedený porod je zaměřen primárně na řešení komplikací, což je pochopitelné vzhledem k vývoji porodnického oboru a role porodníků v tomto procesu. Vstup mužů do tohoto tradičně ženského oboru byl umožněn chirurgům, kteří byli přivoláváni při komplikacích, jež během porodu nastaly. Muž/porodník tedy v podstatě neměl možnost zažít přirozený fyziologický porod, protože ten se tradičně odehrával v prostředí domova za účasti porodní báby. Role porodníka/muže byla tedy v počátcích tzv. „vědeckého porodnictví“ vyhrazena případům komplikovaným, kde bylo třeba lékařské intervence.

Přirozený porod a nefarmakologické tlumení bolesti je považován v medicínském diskurzu za alternativu porodu lékařsky vedenému. V lékařské odborné literatuře určené lékařům/porodníkům je přirozenému porodu věnován minimální prostor<sup>33</sup>.

Další samostatnou kapitolou, která je svázána s lékařsky vedeným porodem a vyžadovala by podrobnější popis a analýzu je instituce porodnice. Jak ukázala ve svém výzkumu Ema Hrešanová (2008) je možno porodnici chápat jako organizační kulturu, která má svůj řád, svůj zavedený způsob organizace věcí a provádění určitých praktik. Autorka kulturu chápe jako určitý kontext, v němž lidé jednají a interpretují vlastní realitu, v

<sup>32</sup>Zde mám na mysli především psychickou podporu rodičky a pomoc s případnými problémy při kojení a navazování vztahu s dítětem, ale i zvládání změněného partnerského vztahu a role ženy/ matky i jejich dalších rolí, které plní.

<sup>33</sup>V knize Porodnictví, Tomáše Bindera (2011) jsou to 4 stránky ze celkového počtu 296 stran. V knize Moderní porodnictví je z celkového počtu 384 stran věnováno „novým směrům v porodnictví“ 8 stran. Autor podrobně popisuje přístup F. Leboyera a jeho žáka Odenta, ale v podstatě ho odmítá, protože ho nepovažuje za dostatečně bezpečný: „Na rozdíl od Leboyera jsme přesvědčeni, že porod je nebezpečný jak pro matku, tak pro plod. Proto je nevhodné spoléhat se za porodu pouze na rozum přírody a opustit praxi ověřené monitorování stavu plodu, matky a průběhu porodu, byť jsou ve své praktické realizaci „agresivní a násilné“.“ (Roztočil a kol., 2008: 151) Roztočil nicméně celkem podrobně hovoří o porodu v domácím prostředí, který sice odmítá, ale uvádí srovnání s Nizozemím a připouští, že za jistých okolností v budoucnu by i porod doma mohl být přijatelný. „V budoucnu může technický pokrok některé nevýhody porodu v domácnosti zmírnit nebo odstranit.“ (Roztočil a kol., 2008: 154) Další učebnice porodnictví (Čech, Hájek, Maršál, Srp a kol., 2006) neuvádí alternativu lékařsky vedenému porodu vůbec. Porodu doma věnuje jeden odstavec a důrazně jej odmítá.

níž se pohybují. Rozumí jí určité vzorce, v nichž a podle nichž (obvykle) aktéři a aktérky jednají a uvažují, přisuzují významy určitým okolnostem a rysům. Stejným způsobem uvažuje i Davis – Floyd (1992), která tvrdí, že při porodech v porodnici je prováděna řada úkonů a zákroků, k nimž není jasný důvod, a protože jde o standartně opakované činnosti, vykazují známky ritualizovaného chování srovnatelného s rituály v jiných kulturách, které bývají označovány za „primitivní“.

Zdravotnický personál v porodnici tedy nemůže jednat úplně samostatně dle svého individuálního přesvědčení, ale je podřízen hierarchické struktuře porodnice, vázán určitými pravidly, která jsou kodifikována do množství předpisů. Porodnice sama je potom součástí většího celku nemocnice, což je další problematická část fungování této instituce. Často je totiž k rodičkám přistupováno stejně, jako k ostatním pacientům/kám nemocnice, ačkoliv jsou tyto ženy naprosto zdravé a vyžadují jinou formu péče a jiný přístup.

#### **2.2.2.2 Porod zaměřený na ženu, sociální porod - psychický, intimní, vnitřní proces**

V pojetí sociálních věd vychází sociální model porodu na ideologické rovině z přesvědčení, že porod je přirozený proces, který má své zákonitosti a potenciální riziko je možno předvídat. V jeho rámci je tedy možno rozdělit těhotenství a rodičky na nízkorizikové a vysoce rizikové. Riziko není stanoveno na základě statistické pravděpodobnosti, ale na základě slabých a silných stránek konkrétní ženy. Rodící žena je chápána jako subjekt, aktivní individualita, která rozhoduje o způsobu porodu. Vnímá signály svého těla a má nad porodem kontrolu a moc. (Van Teijlingen, 2005) Tento způsob chápání porodu je propojen také s různými Hnutími za přirozený či domácí porod. (O'Connor, 1993)

Pozice porodní asistentky je v tomto modelu klíčová. Je kompetentní pro poskytování kompletní péče a psychosociální podpory rodičky. Porodní asistentka je považována za odbornici pro vedení fyziologického porodu. Tento přístup staví na normalitě porodu a chápe jej jako přirozenou součást ženského života. Je propojen s „nízkými technologiemi“. (Van Teijlingen, 2005)

Davis – Floyd (2001) rozlišuje v rámci tohoto modelu ještě dva přístupy: humanistický model a holistický model. Humanistický model uznává propojenost mysli a těla, holistický staví na jednotě těla, mysli a ducha. Humanistický model vnímá tělo jako organismus, holistický jej považuje za energetický systém, který je propojen s dalšími energetickými systémy. V humanistickém modelu je pacient/ka považován/a za subjekt, s

nímž je navazován vztah, v holistickém přístupu se klade důraz na proces léčení celé bytosti v kontextu celého života. Mezi pacientem/kou a lékařem/kou panuje v humanistickém modelu vazba a pečující přístup, v holistickém pojetí je zdůrazňována esenciální jednota mezi lékařem/kou a klientem/kou. Informace, rozhodování i odpovědnost jsou v humanistickém přístupu rozděleny mezi pacienta/ku a lékaře/ku, v holistickém přístupu je autorita a zodpovědnost inherentně přítomna v každém individu. Věda a technologie je v humanistickém přístupu vyvážena humanismem, v holistickém přístupu je používána ve službě individua. Smrt je v humanistickém přístupu vnímána jako přijatelný důsledek, v holistickém přístupu je vnímána jako krok v dalším procesu. Humanistický přístup je zaměřen na prevenci nemoci, zatímco holistický přístup má dlouhodobý záměr a tím je utváření a udržení zdraví a spokojenosti. Humanistický model je otevřený různým metodám léčby, holistický přístup zahrnuje velmi různorodou škálu různých léčebných přístupů. (Davis-Floyd, 2001)

Tento model porodu má politický náboj a často bývá ztotožňován s „feministickým modelem porodu“, který klade důraz na právo rodící ženy kontrolovat své tělo a svůj porod. (Miles, 1991; Lupton 1994 s odkazem na Martin 1990). Tyto autorky také uvažují o vlivu sociální třídy na představy o těhotenství a porodu a přístup k lékařskému modelu porodu. Lupton (1994: 149) ztotožňuje středostavovský model porodu, který si zakládá právě na informované volbě spotřebitelky, s hnutími přirozeného porodu.

Sociální model porodu je úzce propojen s konceptem přirozeného porodu. Přičemž porod doma je považován za jeden ze způsobů realizace přirozeného porodu.

### **2.2.3 Přirozený porod**

Dle Haškové (2001) se koncept přirozeného porodu objevil jako kritika vědecké medicíny a s ní i kritika standartně vedeného, lékařsky usměrňovaného porodu v 60. letech 20. století. Druhým faktorem, který přispěl k formulaci tohoto konceptu byly preventivní lékařské prohlídky v těhotenství, které umožnily oddělit potenciálně riziková těhotenství od nízkorizikových.

Jeho hlavním propagátorem a populizátorem se z řad lékařů stal Michel Odent, francouzský porodník, který se rozhodl vrátit porod do rukou žen a stát se jen pomocníkem na jejich cestě. Snaží se porod jen doprovázet a vyrušovat ženu-rodičku v její práci co nejméně je to možné. Sám Odent k tomuto poznání dospěl skrze pozorování rodičích žen pocházejících z různých kulturních a sociálních vrstev. Uvědomil si zásadní vliv prostředí

a přítomnost a naladění osob, které jsou u porodu přítomny, na psychickou<sup>34</sup> pohodu rodičky a vliv na průběh a prožívání porodu. Sám byl inspirován jiným francouzským porodníkem, Frederickem Leboyerem, který ve své knize *Porod bez násilí* z roku 1974, kritizuje lékařsky vedený porod a upozorňuje na to, jaký vliv má prostředí a invazivní techniky vedení porodu, vliv na novorozence. Jeho přístup je ale stále zaměřen především na dítě a opomíjí rodičí matku. Michel Odent se na klinice v Pithiviers, kde pracoval na porodnickém oddělení, vydal úplně neznámou cestou. Hledal optimální prostředí pro průběh porodu a snažil se umožnit ženám maximální svobodu v prožívání porodu. Byl otevřený novým přístupům a byl ochotný se učit a revidovat svůj přístup a postoj. Sám k tomu dodává: „V Pithiviers, jak jsem začínal poznávat své „pacientky“ jako osobnosti a ne jen jako klinické případy a anamnézy, jsem musel revidovat svůj náhled na svět. (...) Začal jsem nabývat přesvědčení, že porod má daleko k tomu, aby byl pouze „medicínským problémem“, ve skutečnosti je podstatnou součástí sexuálního a citového života“ (Odent, 1995: 30)

Michel Odent se stal hlavním inspirátorem a ikonou dalších hnutí za přirozený porod. V roce 1984 vychází jeho kniha *Znovuzrozený porod*<sup>35</sup>, kde formuluje přirozený porod jako kritiku porodu medicínsky vedeného, který se rozmáhal zejména v USA a zemích západní Evropy. Michel Odent je původním povoláním chirurg a porodnictví se učil až na klinice v Pithiviers, kde dlouhá léta působil a oddělení porodnictví vedl. Nebyl tedy ovlivněn teorií porodnictví, ale vstoupil jako lékař věci neznalý rovnou do praxe. Učil se tedy zejména pozorováním rodičích žen<sup>36</sup> a všiml si i rozdílného přístupu porodních asistentek, které na klinice působily. Při pozorování rodičích žen si všiml určitých faktorů, které porod ztěžují a jiných, který ho naopak činí lépe zvládnutelným a působí pozitivně na jeho průběh. (Odent, 1995) Jeho pozorování dokládají i poznatky novodobé fyziologie<sup>37</sup> a

---

<sup>34</sup>Psychické stránce porodu je v lékařských učebnicích určených lékařům věnován jen minimální prostor. (cca. 1 stránka). Dle tvrzení Odenta (1995, 2013) i z pohledu psychologie je přítom psychosociální prostředí pro zdárný průběh porodu klíčové. (Kodyšová, Mrowetz, 2010; Ratislavová, 2008)

<sup>35</sup>V ČR vyšla poprvé v překladu až v roce 1995.

<sup>36</sup>Michel Odent působil jako lékař i v Nové Guinei. Viděl tedy rodit ženy pocházející z různých kultur a sociálního zázemí.

<sup>37</sup>Někteří vědci na Cambridžské univerzitě ve Velké Británii zkoumali fyziologickou odpověď na opakující se úkoly. Jako příklad opakujícího se úkolu studovali pletení. Když děláte opakující se činnost, jakou je pletení, snížíte svou hladinu adrenalinu. A to je ten klíč snadného porodu – nízká hladina adrenalinu u porodní asistentky – protože míra adrenalinu je nakažlivá. To pomáhá rodičí ženě být ve stavu uvolnění... a nakonec je porod snazší. [online] Překlad rozhovoru s Michele Odentem, dostupný zde: <http://www.prirozeny-porod.eu/nejlepsipodminky-snadny-porod/#more-913> [cit. 12.4.20014]

dalších vědeckých oborů jako je: epidemiologie, imunologie, epigenetika či bakteriologie<sup>38</sup>. Porod pro něj tedy není jen samotným vypuzením novorozence z těla matky. Chápe jej v širším psychosociálním kontextu, kdy je pro něj důležité vnímat proces porodu a všechny případné zásahy do něj s ohledem na další život novorozence, matky a jejich vzájemného vztahu, ale také s ohledem na další budoucnost lidstva jako takového. Všímá si tedy více jiných kritérií<sup>39</sup>, než na nichž obvykle staví standartní vědecká medicína<sup>40</sup>. Liší se i v základním přístupu, s nímž k porodu přistupuje. Tvrdí, že porod je z fyziologického hlediska nevědomý proces. „Řídí ho primitivní mozkové struktury. Nedobrovolnému nebo nevědomému procesu se nedá nijak pomoci, ale existují faktory, které ho mohou narušit. Proces porodu musí být chráněn proti situacím a faktorům, které by ho mohly ztížit.“(Odent, 2013)

Odent dále zmiňuje, že existuje i další hledisko pohledu na porod a to je kulturně podmíněné, protože porod se vždy odehrává v určité kultuře a je výsledkem socializace. Odent tvrdí, že „základem stávajícího kulturního konceptu je, že žena neumí porodit sama. Příkladem je i jazyk, který v souvislosti s porodem používáme. Dítě porodí porodník. Ženy dnes nerodí, někdo rodí za ně.“ (Ibid., 2013) Odent ovšem tvrdí, že kulturní podmíněnost není vlastní jen jedné skupině lidí. Zahrnuje jak lékaře/ky, porodní asistentky, tak většinu hnutí za přirozený porod. „ A tento kulturně podmíněný přístup k porodu má některá klíčová slova, která vždy odkazují na úlohu někoho jiného, než jsou dva nezbytní účastníci porodu.“ (Ibid., 2013) Tvrdí, že z pohledu fyziologie jsou k porodu potřeba jen dva účastníci a to je matka a novorozenec. Matka dále potřebuje určité specifické podmínky proto, aby mohla porodit: pocit bezpečí, pocit, že není pozorována, a tepelný komfort. (Ibid., 2013)

<sup>38</sup>Odent hovoří o dlouhodobých faktorech, které má proces porodu na celý život novorozeného jedince. Více o těchto faktorech v rozhovoru Michela Odenta dostupného zde: [online] <http://www.babyweb.cz/michel-odent-porod-budoucnost-lidskeho-druhu> [cit. 14.4.2014]

<sup>39</sup>Jediným faktorem pro něj tedy není mateřská a perinatální úmrtnost. Hodnotí i vliv bezprostředního kontaktu dítěte a matky na další vývoj v oblasti psychického zdraví, ale i oblasti imunity atd.

<sup>40</sup>Rozhodla jsem se používat termín vědecká medicína, který ale užívám ve smyslu, jak o medicíně uvažuje J. Kapr a B. Koukola (1998), ačkoliv autoři zvolili termín „biomedicína“. Termínem vědecká medicína chci zdůraznit právě aspekt racionální vědy, která formuje přístup k fyzickému tělu, chápání zdraví a nemoci. Pod tímto termínem rozumím tedy vědeckou medicínu zaměřenou především na fyziologické procesy. Podle autorů je západní racionální biomedicína založena na Descartově pojednání o oddělení duše a těla, které umožnilo racionální zkoumání fyzické stránky člověka. Západní lékaři se sice specializovali na fyziologické procesy v lidském těle, což neznamená, že by neměli povědomí o psychosomatickém původu nemocí. Nicméně léčebné možnosti stejně jako možnost ovlivnění léčby samotnou osobou lékaře jsou v rámci moderní vědecké medicíny považovány za velmi limitované a nejisté. Od 50. let 20. století je i v rámci západní medicíny uznávána definice WHO, která upozorňuje na bio-psycho-sociální pozadí zdraví a nemoci, medicína jako racionální věda se soustřeďuje zejména na měřitelnou, dělitelnou a kvantifikovatelnou stránku nemocné osoby. (Kapr, Koukola, 1998)



Odent tedy propaguje fyziologický pohled na porod, který mají dle jeho názoru společný lidští savci s těmi zvířecími. Není ale jeho cílem, ani záměrem nechat rodící ženu samotnou rodit bez pomoci jako samičky v přírodě. Pouze vychází z pozorování fyziologie, jejichž závěry dokládají, že jsou-li fyziologické zákonitosti respektovány a je na ně brán ohled, může porod probíhat bez jakýchkoliv vnějších zásahů jako přirozený proces. V podstatě jde tedy o zbavení se kulturních nánosů a vnímání porodu jako přirozeného jevu. Mohlo by se zdát, že tedy propaguje tzv. esencialistický přístup, kdy vytváří binární opozici příroda x kultura. Přičemž přirozený porod a ženu ztotožňuje s přírodou a lékařsky vedený porod a muže/porodníka ztotožňuje s kulturou. Domnívám se, že tomu tak není. Neboť Odent sám, tím, že upozorňuje na kulturní podmíněnost vnímání porodu a zahrnuje do této podmíněnosti i Hnutí za přirozený porod, si dobře uvědomuje, že vnímání porodu je sociálně a kulturně podmíněnou konstrukcí. Nepovažuje tedy porod a ženino tělo jako tělo před diskurzem<sup>41</sup>, ale vnímá jej jako diskurzivně ovlivněné. Jeho snahou je si tato ovlivnění uvědomit, inspirovat se fyziologickými procesy a poté vědomě uvažovat o tom, jaké podmínky jsou pro porod vhodné a jaké mohou jeho zdárný průběh narušit.

Neuvažuje totiž o ženách jako o jedné homogenní skupině a netvrdí, že je pro ně vhodné totéž, respektive tvrdí, že mají stejné potřeby, tj. pro zdárný průběh porodu potřebují pocit bezpečí, nebýt pozorovány a být v teple. Faktické naplnění těchto potřeb ale může být velmi různé. Některé ženy se budou cítit bezpečně v prostředí porodnice obklopeny lékařským personálem a množstvím přístrojů, jiné v prostředí domova, jiné v porodním domě. Tvrdí, že by tedy nabídka měla odrážet individuální potřeby žen a být co nejširší a neměla by být k dispozici jen jedna možnost, která se snaží uspokojit takto rozdílné potřeby.

Michel Odent je inspirátorem mnoha hnutí<sup>42</sup> za přirozený porod. Na jeho myšlenky navazují i další myslitelky, které hovoří o přirozeném porodu. Přirozený porod je dle jejich pojetí takový, kdy se neprovádí žádné rutinní procedury, ale rozhodující je přání a pohoda rodičky. V konceptu přirozeného porodu je dále kladen velký důraz na psychickou stránku

---

<sup>41</sup>Zde se odkazují na myšlení Judith Butler, která tvrdí, že neexistuje žádné tělo, na něž je aplikován diskurz, ale naše myšlení o těle, tělesnosti, biologii je již apriori diskurzivně ovlivněno a podmíněno. Více viz. Butler, J. 2003. *Trampoty s rodou. Feminismus a podryvovanie identity*. Aspekt.

<sup>42</sup>V České republice je to zejména Hnutí za aktivní mateřství ([www.iham.cz](http://www.iham.cz)) a Aperio – společnost pro zdravé rodičovství ([www.aperio.cz](http://www.aperio.cz)). V oblasti svobodné volby místa porodu dále i Nesehnutí ([www.nesehnuti.cz](http://www.nesehnuti.cz)), Liga lidských práv ([www.llp.cz](http://www.llp.cz)), a iniciativy: [www.normalniporod.cz](http://www.normalniporod.cz), [www.prirozeny-porod.eu/](http://www.prirozeny-porod.eu/), [www.ferovanemocnice.cz](http://www.ferovanemocnice.cz)

porodu. Jeho zastánkyně/ci a propagátorky tvrdí, že „všechno je v hlavě“. Porodní asistentka by tedy měla umět vycítit psychické rozpoložení rodící ženy a případně ji vést k tomu, aby odstranila mentální bloky, které jí brání a zamezují další postup porodu. Neřeší tedy případné komplikace medikamenty, ale psychickou podporou a pomocí. (Gaskin, 2010; Stadelmann, 2009; Kodyšová, Mrowetz, 2010; Ratislavová, 2008) Některé autorky jdou ještě dále za fyziologii a psychologii a chápou porod jako duchovní proces. (Groverovi, 2014; holistický přístup k porodu u Davis – Floyd, 2001).

Sdílení porodních příběhů hraje v předporodní přípravě přirozeného porodu také své místo. Rétorika konceptu přirozeného porodu je založena na vyprávění a sdílení. Víc než teoretické zobecňující informace hraje tedy roli možnost spoluúčasti a zapojení se do vyprávění zkušenosti jiné ženy. Přímé předávání žitých zkušeností je pro přípravu na přirozený porod zásadní. To dokazují i příběhy žen, s nimiž jsem vedla rozhovory. Některé z nich změnily kompletně svůj postoj k porodu názor na něj poté, co si vyslechly jiné příběhy o porodu, než jaké do té doby znaly, nebo si dovedly představit. Sdílení porodní zkušenosti hrálo tedy při formování jejich postoje zásadní roli a ta měla vliv na průběh jejich dalšího porodu. Knihy, které reflektují tento postoj jsou například *Hovory s porodní bábou* nebo *Porod doma* Jany Doležalové. (Doležalová, 2004, 2006). Dále kniha *Rodíme se jednou*, kterou vydalo Aperio. (2006) Důležitost sdílení porodní zkušenosti se odráží i v popularitě zveřejňovaných porodních příběhů na webových stránkách věnovaných podpoře porodní asistentky Ivany Königsmarkové<sup>43</sup>.

Podle Nelson (1982) bylo hnutí přirozeného porodu ideologicky podporováno ještě dalšími myšlenkovými proudy. Feministické hnutí uvažovalo o porodu jako o významné životní události, která by neměla být zatížena lékařskými předsudky, ale žena sama by měla mít možnost rozhodnout. Druhým proudem bylo spotřebitelské hnutí, které ještě více zpochybnilo lékařskou autoritu a vedlo k důrazu na klientské chování vůči nabízeným zdravotním službám. Vyzývalo spotřebitele/ky a „klienty/ky“, aby se zajímali o to, jaká péče je jim nabízena a sami se rozhodovali v otázkách svého zdraví. Třetím myšlenkovým proudem pak bylo romantické hnutí, které vyzývalo k návratu k přírodě a vyznačovalo se velkou kritikou a nedůvěrou v moderní technologie a líčením předmoderního života jako pozitivního. (Nelson, 1982: 339)

---

<sup>43</sup>Porodní příběhy jsou uveřejňovány denně v 18h na [www.pribehproivanu.cz](http://www.pribehproivanu.cz). Vzhledem k tomu, že porodní asistentka Ivana Königsmarková byla osvobozena, rozhodly se zřizovatelky webu zveřejňování dalších příběhů ke dni 30.6. 2014 ukončit.

V rámci feministického hnutí se objevují radikální feministky, které uvažují také o úloze reprodukce a mateřství. Jejich názory jsou značně různorodé a vzájemně protikladné<sup>44</sup>. Jejich cílem je nicméně narovnání mocenských pozic a vztahů mezi pohlavími. Radikálně kulturní feministky jako byla například Adrienne Rich tvrdí, že muži mají potřebu kontrolovat proces porodu, aby si udrželi svou pozici moci ve společnosti. Popisuje proces, kdy muži porodníci nahradili ženy porodní asistentky. Namísto rukou z masa a kostí citlivých k ženské anatomii používají muži porodnické kleště („železné ruce“). (Rich In Tong, 1995: 76) Rich dále tvrdí, že „hlavním záměrem mužských zásahů do procesu porodu je zmást ženy, protože velmi často mužská „pravidla“ těhotenství často odporují ženské „intuici“, kdy ženy cítí, co je nejlepší pro jejich těla, duši a miminka.“ (Ibid., 1995: 77)

Další myslitelky jako byly Andrea Dworkin, Margaret Atwood, Genea Corea, and Robyn Rowland navázaly na úvahy Rich a dále rozpracovaly způsoby jakými patriarchální autority používají medicínu k tomu, aby kontrolovaly reprodukční schopnosti žen. (Ibid., 1995: 77)

## **2.3 Porod doma**

### **2.3.1 Legislativa a postavení porodních asistentek**

#### **2.3.1.1 Česká republika**

Porod doma není v České republice zakázán, ale není ani podporován. České zákony přímo neupravují právo rodičky na volbu místa porodu.<sup>45</sup> Žena se může sice svobodně rozhodnout. pro porod doma, ale nemá již zaručeno právo na zdravotní péči během takového porodu. Práce samostatné porodní asistentky není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, protože pojišťovny odmítají uzavírat s porodními asistentkami smlouvy na asistentci poskytovanou mimo zdravotnická zařízení.<sup>46</sup> Porodní domy v České

---

<sup>44</sup>Proti sobě stojí radikálně kulturní a radikálně liberalistické feministky, které mají na otázku mateřství a reprodukce zcela opačný názor. Radikálně liberalistický přístup tvrdí, že mateřství ženy oslabuje a urdžuje je v podřízené pozici. Myslitelky jako byla např. Firestone tedy propagují umělé oplodnění jako cestu, jak se z této podřízené pozice vymanit. Radikálně kulturní feministky naopak kritizují tento postoj, protože tvrdí, že proces umělého oplodnění je odevzdán plně do rukou mužů a tedy jejich mocenskou pozici ještě více upevňuje. Ve své podstatě tedy rází ideu přirozeného porodu a navrácení moci v průběhu těhotenství a porodu do rukou žen.

<sup>45</sup>Výchozím dokumentem pro svobodnou volbu místa porodu je čl. 2 odst. 3 Listiny základních práv a svobod, který říká: právně způsobilá naopak není povinna činit nic, co jí zákon neukládá. (usnesení č. 2/1993 Sb.)

<sup>46</sup>Vycházím z konzultace se samostatnou porodní asistentkou a také z korespondence se zdravotní pojišťovnou OZP ohledně poskytnutí péče pro porod doma.

republiky neexistují. Žena, která chce rodit přirozeně a není spokojena s přístupem v porodnici, tak nemá jinou volbu, než rodit doma se samostatnou porodní asistentkou, jejíž péči si musí sama hradit.

Činnost samostatných porodních asistentek není přímo upravena zákonem.<sup>47</sup> Pokud chce porodní asistentka vykonávat svou praxi mimo zaměstnanecký poměr v porodnici, musí žádat o registraci u Krajského úřadu.<sup>48</sup> Zákon o zdravotních službách definuje podmínky získání registrace zdravotnického zařízení, kde je také stanovena povinnost na personální, technické a věcné vybavení takového zdravotnického zařízení. Podmínky provozu porodní asistence jako takové ale nedefinuje. Personální, technické a věcné vybavení je upraveno pouze vyhláškou č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení. Výbor pro lidská práva a biomedicínu se již na svém zasedání dne 6.12.2010 zabýval tím, aby činnost a poskytování služeb porodních asistentek mimo zdravotnická zařízení byla upravena přímo zákonem a nikoliv jen podzákonou úpravou.<sup>49</sup> „Profese porodní asistentky je regulovaná v rámci EU, která směrnicí upravuje minimálními požadavky na vzdělávání porodních asistentek a jejich odborné kompetence.“<sup>50</sup> (Candigliota In Tělo v rukou společnosti, 2011: 34) Česká republika sice formálně převzala obsah směrnic do svých právních předpisů, nicméně tento proces nebyl podroben veřejné diskusi, změny se nepromítly do souvisejících zákonů, nedošlo k zákonnému zakotvení profesní samosprávy porodních asistentek a ani nebyla přijata právní úprava, která by stanovila podmínky pro plnohodnotný výkon profese porodní asistentky – pro vznik porodních domů a pro poskytování péče ženám při porodu. (Ibid., 2011)

Podle České gynekologicko-porodnické společnosti<sup>51</sup> je porod doma považován za postup non-lege-artis<sup>52</sup>. Tento postoj se promítá i do přístupu Ministerstva zdravotnictví,

<sup>47</sup>Zákon o nelékařských povoláních ve svém § 6 shrnuje, co je obsahem výkonu povolání porodní asistentky: „Poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné, nebo dispenzární péči.“ (Candigliota In Tělo v rukou společnosti, 2011: 36)

<sup>48</sup>Zřízení soukromé praxe podléhá zákonu č. 160/1992Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. (Candigliota In Tělo v rukou společnosti, 2011: 37)

<sup>49</sup>Viz zápis jednání Výboru pro lidská práva a biomedicínu zde dne 6.12.2010

<sup>50</sup>V současnosti se jedná o směrnici Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací. (Candigliota In Tělo v rukou společnosti, 2011: 34)

<sup>51</sup>ČGPS JEP, zájmová organizace gynekologů a porodníků

<sup>52</sup>Podle ustanovení § 28 odst. 2 Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, má pacient právo na poskytování zdravotních služeb na *náležitě odborné úrovni*. Tou se pak ve

kteře se snaží porodní asistentky asistující u porodů doma kriminalizovat a v případě újmy na zdraví při porodu doma na ně podává trestní oznámení.<sup>53</sup> Podléhá tak rétorice o nebezpečnosti porodů doma, přestože tento uváděný fakt není podložen žádnou seriózní studií.

Právně nejsou tedy porody doma protizákonné, ale neexistuje v současné době právní nárok na hrazení zdravotní péče ze systému veřejného zdravotního pojištění.<sup>54</sup> Ženy, které se rozhodují pro porod doma tak činí s vědomím toho, že porodní asistentka je vystavena riziku pokuty, pokud dojde k újmě na zdraví dítěte či rodičky. Není také jasné, zda za této situace stále budou docházet k porodům doma, proto musejí ženy, jež se pro porod doma rozhodují počítat i s variantou neasistovaného porodu bez přítomnosti porodní asistentky.

V době, kdy jsem realizovala rozhovory s ženami, které porodily doma, nebyl ještě soud s porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou uzavřen a stále čelila obvinění a zákazu činnosti na 5 let. Tento fakt se tedy promítl do atmosféry rozhovorů zejména v případě žen, které byly těhotné a uvažovaly tedy i o dalším porodu svého dítěte.

### 2.3.1.2 Německo

Pro srovnání uvádím legislativní rámec a možnost asistentce samostatných porodních asistentek v sousedním Německu. Tuto zemi jsem si vybrala proto, že je svým historickým a společenským vývojem dle mého názoru České republiky nejbliže. Také situace ohledně péče porodních asistentek a porodu mimo zdravotnická zařízení není tak specifická jako

---

smyslu ustanovení § 4 odst. 5 uvedeného zákona míní „*poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti*“. Dříve byl pojem *lege artis* vykládán v souladu s § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, kdy byla za zdravotní péči *lege artis* považována zdravotní péče v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. [online] dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Lege\\_artis\\_%281%C3%A9ka%C5%99stv%C3%AD%29](http://cs.wikipedia.org/wiki/Lege_artis_%281%C3%A9ka%C5%99stv%C3%AD%29) [cit. 10.6.2014] Podle lékařské učebnice porodnictví je „současný poznatek lékařské vědy, v mnoha případech formalizován v různých doporučeních České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, České lékařské komory nebo i neformálních skupin autorů. Za vyjádření současných poznatků lékařské vědy lze též pokládat texty v učebnicích, monografiích, souborné referáty v uznávaných časopisech. (Čech, Hájek, Maršál, Šrp a kol., 2006: 83). Stanovisko profesních sdružení porodních asistentek (Unie porodních asistentek, Konfederace porodních asistentek) tedy není do stanovení postupů *lege artis* zahrnuto.

<sup>53</sup>Viz medializovaný proces s porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou a odkaz č. 4.

<sup>54</sup>Zdravotní pojišťovny odmítají uzavírat se samostatnými porodními asistentkami smlouvy na výkon jejich praxe mimo zdravotnické zařízení.

například v Nizozemí<sup>55</sup>, nebo Velké Británii<sup>56</sup>. Oproti Francii<sup>57</sup> je také Německo pokud jde o postavení porodních asistentek a lékařskou péči celkově velmi progresivní a inspirativní. Domnívám se, že uvedené úpravy by bylo možno převzít do systému zdravotnické péče i v České republice. Celkový přehled péče porodních asistentek v zemích EU shrnuje jiná publikace<sup>58</sup>, proto jsem se rozhodla uvést jako příklad jen jednu evropskou zemi a tou je právě Německo.

Porodní asistentky mají v porodní péči v Německu výsadní postavení a jsou v podstatě partnery pro lékaře/ky – porodníky a gynekology.<sup>59</sup> (Candigliota, Koláčková, Snášelová, 2010) Porodní asistentka může své povolání vykonávat samostatně jako podnikatelka ve své vlastní provozovně. Pro samostatný výkon své profese potřebuje povolení. Při splnění zákonných podmínek uvedených v § 1 a 2 zákona o porodních asistentkách ( HebG ) má porodní asistentka - uchazečka právní nárok na udělení povolení, které je správním rozhodnutím a vydává se podle správního řádu ( WvVfG ).<sup>60</sup> Porodní asistentky podléhají dohledu krajských úřadů jako nižších zdravotních úřadů, zahájení i ukončení činnosti musí tomuto úřadu hlásit. Ten je oprávněn provádět kontrolu výkonu činnosti porodní asistentky. (Ibid., 2010)

---

<sup>55</sup>V Nizozemí je díky odlišné historii a systému zdravotní péče o těhotné nejvyšší procento porodů v domácím prostředí. V letech 2005–2008 se 29 % všech porodů odehrálo doma, což je nejvyšší počet ze všech evropských zemí. (Candigliota, Koláčková, Snášelová, 2010: 19).

<sup>56</sup>V Británii je historicky velmi silné postavení porodních asistentek a oproti jiným evropským zemím, je zde volen spíše vyčkávací, než aktivní přístup k porodu. Tj. sociální model porodu je více rozvinutý, než v jiných evropských zemích.

<sup>57</sup>Ve Francii panuje velmi silný paternalismus a medicínský přístup, pokud jde o těhotenství a porod. Porodní asistentky také nehrají ve zdravotnickém systému tak důležitou roli, jakou by mohly. Jejich úloha je podceňována. (Candigliota, Koláčková, Snášelová, 2010: 24)

<sup>58</sup>Candigliota Z., Koláčková J., Snášelová K. 2010. *Péče porodních asistentek mimo porodnice*. Analýza právní úpravy vybraných evropských států. Brno: Liga lidských práv

<sup>59</sup>Činnost porodních asistentek je v Německu regulována Zákonem o povolání porodních asistentek ve znění pozdějších předpisů ( Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers /Hebammengesetz – HebG/, ze dne 4. 6. 1985, BGBl. I S. 902, dále v textu též jako zákon o porodních asistentkách). Dalšími právními předpisy upravujícími postavení porodních asistentek jsou na úrovni tzv. zemského práva profesní řády (Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger ). Každá spolková země má svůj vlastní profesní řád, přičemž tyto se od sebe v podstatě neliší, neboť všechny vychází ze vzorového profesního řádu Evropských společenství, který byl původně upraven v článku 4 směrnice ES č. 80/155/ES. Článek 4 obsahoval úkoly a činnosti, které nemohou porodní asistentky samostatně vykonávat. Dalším významným dokumentem je Smlouva o péči poskytované porodními asistentkami ( Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V ) uzavřená mezi profesními organizacemi porodních asistentek a vrcholnými orgány zdravotních pojišťoven. Touto smlouvou se řídí úhrady poskytované zdravotními pojišťovnami, jakož i odměňování porodních asistentek za jejich služby. (Candigliota, Koláčková, Snášelová, 2010)

<sup>60</sup>Podmínky pro udělení povolení jsou následující: podání žádosti, doložení délky vzdělání (3 roky) a složení státní zkoušky, uchazeč/ka nebyl/a uznán/a vinným/ou z jednání, které by vylučovalo výkon povolání, zdravotní způsobilost pro výkon povolání, požadované jazykové schopnosti. (Candigliota, Koláčková, Snášelová, 2010)

V Německu existují dva typy porodních domů, prvním je tzv. *Gebursthaus*, ve kterém se pod dohledem porodních asistentek provádí ambulantní porody, tzn. že rodička obvykle několik hodin po porodu odchází domů. Druhým typem je tzv. *Entbindungsheim*, ve kterém se provádí složitější porody, a předpokládá se několikadenní pobyt rodičky s dítětem. Vlády jednotlivých spolkových zemí vydávají nařízení upravující všeobecné a hygienické požadavky na provoz porodních domů.<sup>61</sup> V příloze ke Smlouvě o péči poskytované porodními asistentkami podle § 134 SGB V jsou stanoveny požadavky na strukturální a organizační vybavení porodních domů tak, aby porodní dům mohl zdravotní pojišťovně účtovat paušální náklady na svůj provoz.

Porodní asistentka může vést porod samostatně i mimo porodnici, vyplývá to jednak přímo z § 4 odst. 2 zákona o porodních asistentkách a dále z profesních řádů.<sup>62</sup> V případě výskytu komplikací však musí být k porodu přivolán lékař. Povinné vybavení samostatné porodní asistentky není nikde právně zakotveno. Doporučené vybavení je uvedeno v brožuře 60 nazvané „Pomoc při porodu vedeném porodní asistentkou“ vydané Německým spolkem porodních asistentek (DHV).<sup>63</sup> Některé pasáže jsou již zastaralé a proto není dále rozšiřována. Nadřízeným orgánem porodní asistentky, která vykonává své povolání samostatně, je zdravotní úřad. Pracovník zdravotního úřadu („úřední lékař“) může provádět kontrolu nástrojového a materiálního vybavení porodní asistentky a zařízení její ordinace. Samostatná porodní asistentka může poskytovat svou péči i po porodu v období šestinedělí, kdy kontroluje stav rodičky i novorozence. (Ibid., 2010)

Péče samostatné porodní asistentky v průběhu těhotenství, porodu i šestinedělí je hrazena ze systému veřejného zdravotnictví, bez ohledu na to, zda porod proběhne doma, či v porodním domě.<sup>64</sup> V případě fyziologického průběhu těhotenství pečuje o rodičku

<sup>61</sup>Dostupné z: [http://www.lagus.mv-regierung.de/landmv/LAGuS\\_prod/LAGuS/Gesundheit/Krankenhaushygiene\\_Allgemeine\\_Hygiene/Publikationen/Krankenhaushygiene/Geburtshaeuser.pdf](http://www.lagus.mv-regierung.de/landmv/LAGuS_prod/LAGuS/Gesundheit/Krankenhaushygiene_Allgemeine_Hygiene/Publikationen/Krankenhaushygiene/Geburtshaeuser.pdf).

<sup>62</sup>Například § 2 profesního řádu spolkové země Severní Porýní-Vestfálsko (Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger, HebBO NRW). (Candigliota, Koláčková, Snášelová, 2010)

<sup>63</sup> K doporučenému vybavení porodní asistentky patří: odsávačka, kojenecká kalibrovaná váha, měřicí pásmo, monitor vitálních funkcí (CTG), irigátor, sterilní nástroje pro šití, sterilní nástroje pro provedení porodu, teploměr, žiletka, sterilní i nesterilní rukavice, balonkový katetr, svorka na pupoční šňůru, sterilní tampóny, materiál na šití, injekční stříkačka, dotazníkový formulář pro QUAG (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe – Společnost pro kvalitu v mimonemocničním porodnictví), žádanky pro laboratoř, formulář pro ohlášení narození, karty a materiál pro screening látkové výměny, baterka. (Candigliota, Koláčková, Snášelová, 2010)

<sup>64</sup>Základní úprava financování služeb poskytovaných porodními asistentkami je upravena ve Smlouvě o péči poskytované porodními asistentkami podle § 134 SGB V (Vertrag über Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 SGB V, dále jen „smlouva o péči“) uzavřené mezi profesními organizacemi porodních asistentek (DHV a BfHV) na jedné straně a vrcholnými spolky zdravotních pojišťoven na straně druhé. K poslední novelizaci došlo k 1. 7. 2010, kdy byla nově upravena příloha k této smlouvě, ve které jsou stanoveny výše odměn za jednotlivé úkony prováděné porodními asistentkami. Zdravotní pojišťovny hradí služby poskytnuté

primárně během těhotenství, porodu a v šestinedělí porodní asistentka. Ta musí být, na rozdíl od lékaře, přítomna u každého porodu, lékař tedy nesmí sám provádět porod bez porodní asistentky.<sup>65</sup> Fyziologické porody smí porodní asistentka vést zcela sama. Lékař musí být přivolán pouze v případech komplikací. (Ibid., 2010)

Podle údajů zdravotní pojišťovny AOK<sup>66</sup> dochází nejčastěji k porodům v porodnicích (na klinikách) – asi 97 % porodů. Dalšími možnostmi jsou tzv. ambulantní porod, kdy žena rodí buď na klinice, nebo v porodním domě a zhruba po 2–6 hodinách může odejít domů, dále porod v porodním domě a doma. (Ibid., 2010)

### 2.3.2 Zastánci a odpůrci – vyhrocená dialektika

V České republice panuje stále velmi vyhrocený vztah mezi zastánci/kyněmi a odpůrci/kyněmi porodů doma. Alespoň takto je tento vztah veřejně a mediálně prezentován. Odpůrci z řad lékařů<sup>67</sup> odmítají porod doma jako rizikový a vnímají ho jako cestu zpět ve vývoji porodnictví. (Doležal, 2001) V jejich pojetí prošlo porodnictví od temné doby babictví, kdy porod vedly neznalé<sup>68</sup> porodní báby, které používaly nejrůznější zaklínadla a neměly prostředky na řešení komplikací při porodu, po moderní porodnictví, které je do jisté míry predikovatelné. Dokáže řešit komplikace u porodu, používá nejrůznější nástroje a přístroje a vedou jej zkušení a akademicky vzdělaní lékaři. (Ibid., 2001) Paradigma lékařsky vedeného porodu se tedy dostává do konfliktu s paradigmatickým přirozeného porodu. Zastánkyně/ci přirozeného porodu skutečně v jistém smyslu prosazují návrat zpět. Nikoliv ale nutně do přestěhování porodů do prostředí domova, ale ve shodě s výše uvedenou charakteristikou konceptu přirozeného porodu, chtějí zbavit porod kulturních nánosů a vnímají jej jako přirozený proces, který v přírodě probíhá také bez zásahů. Jejich primárním cílem je vrátit rozhodování o průběhu porodu do rukou rodičích žen.

---

pouze porodními asistentkami, které přistoupily k výše uvedené smlouvě o péči. Členky profesních organizací DHV a BfHD přistupují k této smlouvě automaticky z titulu svého členství. Porodní asistentky, které nejsou členkami výše uvedených organizací, mohou uzavřít smlouvu přímo s vrcholným spolkem zdravotních pojišťoven (tzv. GKV-Spitzenverband), k tomu musí doložit prohlášení o přistoupení, dotazníkový formulář, doklad o povolení k výkonu povolání, doklad o uzavření pojištění odpovědnosti. (Candigliota, Koláčková, Snášelová, 2010)

<sup>65</sup>§ 4 odst. 1 zákona o porodních asistentkách (Hebammengesetz, HebG). (Candigliota, Koláčková, Snášelová, 2010)

<sup>66</sup>Dostupné z: [http://www.aok.de/bund/rechte\\_navi\\_inhalte/eltern\\_kind/ratgeber/wo\\_geb.php](http://www.aok.de/bund/rechte_navi_inhalte/eltern_kind/ratgeber/wo_geb.php).

<sup>67</sup>Zde se nejedná o generické maskulinum, protože většina odpůrců domácích porodů jsou v převážné většině muži.

<sup>68</sup>Rozuměj nestudované, v některých případech i neznalé písma.



Domnívám se tedy, že vlastně nejde o porody doma, ale o umožnění vyjednávání o tom, jakým způsobem bude porod veden. Vzhledem k tomu, že toto vyjednávání mezi potenciální rodičkou a personálem porodnice není rovné, rodička nemá stejnou pozici jako personál a používané praktiky porodnice, často se nakonec rozhodne pro krajní řešení porodu doma, protože získá dojem, že není v jejích silách si vyjednat porod, jaký by si přála.<sup>69</sup>

Dále se domnívám, že tato vyhocená dialektika ohledně porodů doma může být i záměrná, protože zastírá skutečný problém a tím je nepříznivé psychosociální prostředí porodnice, kde stále přetrvává paternalistický model péče, kdy lékařský personál je považován za autoritu a rodička má omezené možnosti vyjednávání. (Hrešanová, 2008; Takács, 2012)

## 2.4 Shrnutí teoretické části

V teoretické části jsem představila východiska, která mi slouží pro analýzu zkoumaných jevů. Zabývala jsem se tedy představením hlavních analytických kategorií, které pro porozumění tématu porodu v domácím prostředí používám. Pro pochopení tématu volím genderovou analýzu, která mi poskytuje hlubší vhled do celé problematiky porodů v domácím prostředí. Zabývala jsem se stručným přehledem vývoje porodnictví v období osvícenství, který znamenal příliv mužů/chirurgů do tradičně ženského odvětví. Zaměření na moderní techniku a vědecký přístup k procesu porodu vyústily v *lékařsky vedený model* porodu, který též krátce představuji. Konkurující přístup založený na zcela jiných myšlenkových základech je *sociální model porodu*, či *na ženu zaměřený*. Ten velmi úzce souvisí s konceptem přirozeného porodu, který jsem představila nejobširněji, protože velmi úzce souvisí právě s porodem v domácím prostředí. Podrobně jsem se zabývala také legislativním rámcem, který existuje v České republice, pokud jde o poskytování zdravotních služeb v domácím prostředí. Pro srovnání jsem uvedla i situaci v sousedním Německu a platné právní předpisy, které činnost porodních asistentek upravují.

Klíčové kategorie, které mi slouží pro pochopení fenoménu porodu doma jsou *zkušenost* a *vědění*. Podrobně jsem se tedy zabývala představením teoretického pojetí zkušenosti u vybraných myslitelů a myslitelky, které budu vztahovat k výpovědím narátorek a budu zkoumat, jakým způsobem s těmito teoretickými stanovisky a pojetími zkušenosti korespondují či nikoliv. Další zásadní kategorií, která je součástí analýzy je

---

<sup>69</sup>Tento fakt je partný z uskutečněných rozhovorů a budu se mu dále věnovat v empirické části práce.

vědění. Představila jsem pojetí Gayle Letherby, která zkušenost chápe právě jako formu vědění, jež je v jejím pojetí v opozici k vědění akademickému/teoretickému. Já pojmám i zkušenost jako konstruovanou zcela v duchu Joan Scott (1991). Na pojetí zkušenosti jsem navázala i morální úvahy Iris Marion Young (1995) o asymetrické reciprocitě, které umožňují lépe pochopit, proč nelze ve snaze porozumět postoji druhého, aplikovat pouhé vtítnění se do jeho/její situace. Ženy, které se rozhodly pro porod doma nejsou konformní se stávajícím systémem hegemonie, který panuje ohledně způsobu vedení porodu, pojetí rizika, bezpečí atd. Jsou nuceny tedy neustále svou pozici v různých situacích a s různými aktéry/kami vyjednávat. Proto vztahují jejich zkušenost ke konceptu participační parity Nancy Fraser, který jsem též představila v teoretické části. V empirické části budu tedy analyzovat, jakým způsobem konstruují zkušenost ženy, jež rodily doma. Pro analýzu a interpretaci mi budou sloužit zmíněné analytické nástroje pojednané v teoretické části.

### **3 EMPIRICKÁ ČÁST**

V druhé části se budu věnovat již realizovanému výzkumu. Nejprve stručně představím metodologii, kterou jsem pro realizovaný výzkum použila. Zmíním také paradigma, v jehož rámci výzkum realizuji a metodu, kterou jsem si zvolila. Dále stručně představím výzkumné otázky a hypotézy. Poté shrnu způsob výběru výzkumného vzorku a okolnosti vedení a přepisu polostrukturovaných rozhovorů. Dále se budu věnovat vlastní pozicionalitě a etice výzkumu.

Čtvrtá kapitola je věnována analýze zjištěných dat. V pěti kategoriích, které vzešly z emické perspektivy se podrobně zabývám hledáním odpovědí na výzkumné otázky a představením zkušenosti narátorek vzhledem k těmto kategoriím.

Závěrem shrnuji získané poznatky a naznačuji další směry výzkumu.

#### **3.1 Metodologie**

Podle Ramazonglu a Holland (2004) se metodologie v sociálních vědách zabývá postupy, jak učinit poznání světa platné a spolehlivé. Vědci a vědkyně v oblasti sociálních věd vedou debaty o tom, zda nebo jak může být získané poznání o sociálním životě propojeno s aktuální realitou. Jaké jsou vzájemné vazby mezi vědeckými teoriemi o sociální realitě, konkrétními zkušenostmi jednotlivců a realitou. Nepanuje shoda ani na tom, zda sociální realita existuje nezávisle na lidském poznání o ní; zda zkušenost může

existovat nezávisle na jazyku, kterým je vyjádřena; odkud pocházejí představy a teorie o světě a jakou mají moc.

Metodologie v sociálních vědách podle Ramazonoglu a Holland (2004: 10) zahrnuje následující čtyři aspekty:

1. politické a sociální procesy produkce vědění  
předpoklady o povaze a významech představ (idejí), zkušenosti a sociální reality a jak (jestli vůbec) jsou propojeny
2. kritická reflexe toho, jaká autorita může být nárokována pro poznání, které je produkováno
3. odpovědnost (nebo odmítnutí odpovědnosti) za politické a etické důsledky produkce vědění

Každá metodologie v sobě – při poskytování pravidel, jak vytvářet validní a pravdivé poznání sociální reality – spojuje určitou ontologii s určitou epistemologií.

Feministická metodologie vždycky zahrnuje pojednání o moci, protože možnost vytvářet autorizované vědění není otevřena všem bez rozdílu. Feministické badatelky/é se tedy ptají, kdo má moc vědět co a jakým způsobem moc ovlivňuje produkci poznání. (Může těhotná žena zjistit, co se v ní odehrává stejným způsobem jako vyšetřující lékař/ka gynekolog/žka? Jaký je vztah mezi lékařskými odborníky/icemi a léčenými? Čí vědění je autoritativní/legitimní? Proč jsou gynekologové/žky, porodní asistentky, matka a otec v jiném vztahu k vědění o porodu? Proč jsou atributy vědění a znalostí o porodu v různých kulturách různé? (Ramazanoglu, Holland, 2004: 13) Podle Letherby (2003) metodologické uvažování zahrnuje promýšlení vztahu mezi procesem a výsledkem výzkumu, uvažuje nad tím, jakým způsobem daná fakta poznáváme. „Někdy bývá termínem „feministické metodologie“ označován ideální přístup k realizaci rozhovoru: takový, který respektuje respondentky/y a uznává subjektivní angažovanost badatelky/e.“ (Letherby, 2003: 5)

Ve své práci se zabývám právě věděním a vztahem mezi věděním a zkušeností žen, které rodily doma. Pohybuji se a uvažuji v konstruktivistickém paradigmatu<sup>70</sup>, které

<sup>70</sup>Dle Guby a Lincoln (1994) je paradigma způsob nahlížení světa, který se zakládá na základních metafyzických přesvědčeních, která není možné potvrdit ani vyvrátit. Pojem paradigma poprvé použil filosof a historik vědy T. S. Kuhn. Argumentoval tím, že pokrok vědeckého poznání není přímočarý, ale že je čas od času přerušován zásadními zvraty- vědeckými revolucemi. Při těchto vědeckých revolucích dochází k přehodnocení samotných základů dosavadního vědění. Vědecké poznání tedy nesměřuje k nějaké jediné Pravdě o světě, netýká se žádné „objektivní reality“ – nezávislé skutečnosti, všem společné, vždy zde již jsoucí. Věda, tak jako každá lidská činnost, má svůj kulturní, dějinný, instituční, sociální a psychologický rozměr. I vědecké poznatky jsou proto historicky podmíněné: vyjadřují ducha dané epochy, mění se s dobou i

vychází z *ontologického relativismu*. Podle Guby a Lincoln (1994) jsou reality poznatelné ve formě násobných myšlenkových konstrukcí, které se různě liší v závislosti na individuální osobě či skupině. Tyto konstrukce nejsou v žádném absolutním smyslu pravdivé, ale jsou proměnné stejně jako na ně vázaná „realita“. Sandra Harding (1991) ilustruje tento přístup na povaze přírody, respektive způsobu, jakým jsme jako lidé schopni o ní uvažovat. Harding tvrdí, že „příroda“ coby objekt lidského vědění není pro nás poznatelná ve své „nahotě“, ale je vždy již myšlenkově utvořena. Tyto myšlenkové konstrukce se mohou kulturně lišit a pojímat přírodu různými způsoby. Ve světle výše uvedeného vycházím tedy z faktu, že pojetí porodu<sup>71</sup> je myšlenkovou konstrukcí, která je ovlivněná psychosociální realitou poznávajícího subjektu. Žádná z těchto konstrukcí přitom není v absolutním smyslu pravdivá v tom smyslu, že by bylo možno ji generalizovat a přenést na jiný subjekt. Vycházím nicméně z toho, že každá taková myšlenková konstrukce je validní v tom smyslu, že má svůj význam a svou platnost pro daný subjekt v daném sociálním, společenském a historickém rámci.

Epistemologie je dle Guby a Lincoln (1994) *transakční a subjektivistická*, kdy poznávající a poznávané jsou v interakci a vědění vyvstává v průběhu výzkumného procesu. Poznávající se nachází v pozici zúčastněného naslouchajícího nebo facilitátora mnohohlasných konstrukcí. Povaha pravdy je taková, že je usilováno ve vzájemném vyjednávání o konsensus. Mohou vedle sebe existovat různá, i vzájemně protikladná vědění. Všechny existující konstrukce jsou proměnlivé a měly by být revidovány.

Metodologie je hermeneutická a dialektická – proměnná a osobní povaha sociálních konstrukcí předznamenává, že individuální konstrukce se mohou proměnit v interakci mezi poznávajícím a poznávaným. Poznávání a porovnávání těchto konstrukcí se děje pomocí hermeneutických metod výzkumu. Cílem výzkumu tedy je dle Guby a Lincoln (1994) dospět k sofistikovanější konstrukci, než byla konstrukce přechozí. Domnívám se, že výstupem výzkumu může být i hlubší pochopení a porozumění vlastních konstrukcí, stejně jako konstrukcí poznávaného subjektu. Nemusí se tedy nutně formulovat sofistikovanější konstrukce jako nutný výstup výzkumu.

s okolnostmi. Klíčovým pojmem Kuhnova pojetí vývoje vědy je vědecké paradigma. Za paradigma považuje Kuhn „obecně uznávané a vědecké výsledky, které v dané chvíli představují pro společenství odborníků model problémů a model jejich řešení“. Paradigma ovládá jistou vědeckou komunitu, častěji celý vědní obor a je určujícím prvkem při rozhodování, co by mělo být předmětem výzkumu a co ne, jaké metody lze s úspěchem použít, dokonce i jakého druhu musí být výzkumné výsledky. [online] dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Thomas\\_Samuel\\_Kuhn](http://cs.wikipedia.org/wiki/Thomas_Samuel_Kuhn) [cit. 27.3.2014]

<sup>71</sup>Stejně povahy jsou i pojmy s porodem asociované jako je: bezpečí, riziko, komplikace atd. I o těchto pojmech uvažuji jako o myšlenkových konstruktech, které nemají skutečně reálnou povahu.

### 3.1.1 Popis zvolené metody výzkumu

Při hledání metody výzkumu jsem vycházela z výše uvedených metodologických aspektů. V úvahu tedy přicházely hermeneutické metody výzkumu, které by umožnily vzájemný interaktivní vztah mezi mnou coby badatelkou, mým výzkumným tématem a subjekty, které jsou s tématem spjaty.

Hlásím se k tradici feministického výzkumu. „Feministický výzkum je takový, který vychází z rozpoznání toho, že podstata reality v západní společnosti je nerovná a hierarchická“ (Skeggs In Letherby, 2003: 5). Podle Letherby (2003) je feministický výzkum politickým aktem, který má za cíl vyprodukovat takové vědění, které způsobí změnu života žen, jak v sociální, tak na individuální rovině. Další charakteristikou je reflexivita.

Reflektování vlastních teoretických východisek, metod, kulturního zázemí, z něhož pocházíme.

Podle Letherby (2003) je metodou technika, nástroj pro provádění výzkumu, pro shromažďování fakt, sběr dat. Jako příklady metod uvádí dotazníky, rozhovory, focus groups, analýza rozhovoru atd. Ve skutečnosti tedy dle Letherby neexistuje nějaká specifická feministická metoda. Záleží spíše na tom, jakým způsobem se zvolená metoda použije, zda profeministickým nebo nefeministickým způsobem.

Reinharz (1992) popisuje používané metody ve feministickém výzkumu, ale nedělí je na kvantitativní a kvalitativní. Ohrazuje se vůči ztotožňování feministického přístupu s používáním konkrétní metody. Hovoří o tom, že feminismus je spíše perspektivou, úhlem pohledu, než konkrétní metodou. Teze, která je všem feministickým přístupům společná je, že „ženské životy jsou důležité“ (Reinharz, 1992: 241).

Feministické badatelky rády používají polostrukturované rozhovory jako metodu výzkumu, protože zahrnuje volnou interakci mezi badatelkou/em a respondentkou/em. Rozhovor dále obvykle obsahuje možnost pro vysvětlení a diskusi. Otevřené rozhovory umožňují prozkoumat způsob nazírání světa, jak jej vidí narátorky/ři a umožňuje badatelce/i vytvářet teorii na základě řečeného. Rozhovory umožňují badatelce/i odkrýt ideje, myšlenky, vzpomínky tak, jak je formuluje vlastními slovy vyprávějící nikoliv badatel/ka. (Reinharz, 1992) Velmi důležitým faktorem při vedení rozhovorů je také vzájemný vztah badatelky/e a narátorky/a. Oproti standartnímu „objektivistickému“ přístupu je ve feministickém výzkumu kladen důraz na vzájemnou důvěru, intimitu a

respekt k narátorce. Roli hraje tedy vzájemné porozumění a pochopení, nebo přinejmenším respekt k tomu, jakým způsobem narátorka konstruuje realitu řečeného. Rozhovor pak může spíše připomínat rozhovor dvou přítelkyň, než výzkumný akt.

### **3.1.2 Hypotézy, kladené otázky**

Vycházela jsem ze situace, která panuje ohledně volby místa porodu v České republice. Porod je stále chápán jako rizikový a ženy, jež se rozhodly родit doma jsou považovány za nezodpovědné matky, které riskují ohrožení života svého dítěte. Zajímalo mě jaká je zkušenost žen, jež se rozhodly pro porod doma, jakým způsobem definují bezpečí, na základě jakého vědění se rozhodují v klíčových okamžicích, které s porodem souvisejí.

Položila jsem si tedy následující výzkumné otázky, které se primárně zabývají věděním, o něž se ženy opírají a zkušeností porodu, kterou formulují.

#### Výzkumné otázky:

1. Jaké je autoritativní vědění žen, které rodily doma? Jak se utváří a formuje? Co na něj má vliv?
2. Jak korespondují zkušenosti žen, které rodily doma s teoretickými úvahami o zkušenosti u Gilligan, Scott, Odenta, Letherby?
3. Proč je obtížné uvažovat o porodu doma jako o rovnocenné variantě porodu v porodnici? Jaká by byla alternativa porodu doma?

Jak chápou porod ženy, které rodily doma?

Co pro ně znamená bezpečný porod?

Jaké má charakteristiky?

Jak vnímají svou porodní zkušenost v kontextu svého života a vývoje narozeného dítěte?

Naplnila porodní zkušenost jejich očekávání?

#### Hypotézy<sup>72</sup>:

---

<sup>72</sup>Hypotézy nebudu podrobovat vyhodnocení v závěru práce, slouží mi spíše pro objasnění své výzkumné pozice a považuji za důležité je uvést, protože s nimi jsem k realizaci výzkumu přistupovala. Nicméně není mým záměrem zkoumat, zda se naplnily či nikoliv.

Dlouho jsem zvažovala, zda zvolit nějaké hypotézy, nebo nechat výzkum otevřený. Nakonec jsem hypotézy formulovala. Nemají pro mě ale stěžejní význam. Slouží spíše jako opěrný bod, než hlavní zájem a cíl výzkumu.

1. Porod doma je pro ženy - rodičky hlubokou psychosociální, duchovní zkušeností, která ovlivňuje jejich životní příběh, prohlubuje vztah s partnerem, s dítětem a vrací jim sebevědomí a důvěru ve vlastní schopnosti.
2. Ženy, které se rozhodly родit doma chtějí převzít rozhodnutí za své tělo a za svůj život a svého nenarozeného dítěte do svých rukou.
3. Ženy, které se rozhodly porodit doma zakládají své rozhodnutí na prožitku víry a duchovním pojetí vlastního života, které přesahuje současný život a je samotné – jsou ukotveny ve víře, z níž vycházejí i při svém prožitku porodu a při svém vědění a poznání
4. Moc nad ženami je udržována prostřednictvím nadvlády medicínského diskurzu nad osobní zkušeností rodičích žen a doprovázejících porodních asistentek.

### **3.2 Lokace a Pozicionalita**

Koncept politiky lokace<sup>73</sup> byl od svého zrodu zaměřen na to, aby podpořil reflexi a odpovědnost za to, jak feministky jednají a tvoří znalost v rámci lokací, které zaujímají, reprodukují a transformují.

Ze strukturního hlediska je lokace vyznačená parametry společenské nerovnosti, jakými jsou gender, rasa, třída, náboženství, sexualita a geopolitická lokace se svými doprovodnými subjektivními pozicemi identifikace a dez-identifikace, materiálními podmínkami, privilegii a pocity, stejně jako „pojmovými zdroji, s jejichž pomocí jsou tyto vztahy reprezentovány a interpretovány“ (Wylie 2003: 31 In Linková 2005)

S odvoláním na bohaté významy lokace a lokality Elspeth Probyn dále upřesňuje propojení mezi psychosociální lokací a epistemologickými otázkami. S ostatními feministickými teoretickými souhlasí v tom, že politika lokace se dotýká toho, kde jsme a co zakoušíme (tyto aspekty nazývá ontologickými), ale stejně i toho, jak docházíme k poznání (epistemologické aspekty), což je proces, který má jak prostorový, tak časový význam. (Lorenz-Mayer In Linková, 2005: 80)

---

<sup>73</sup>V posledních dvaceti letech se tomuto konceptu dostalo řady nových formulací, modifikací a specifikací. Jako první jej začala v polovině osmdesátých let používat severoamerická básnířka, prozaička a feministická aktivistka Adrienne Rich. Ta jím označovala artikulaci a zkoumání své osobní a společensko- strukturální lokace – zejména pak „definující povahu (své) bílé barvy pleti“ (Rich 1986: 219 in Linková 2005)

Ve své práci se věnuji interpretaci zkušenosti žen, které rodily doma. Dále se zabývám otázkou produkce vědění o porodu a otázkou zodpovědnosti za vlastní rozhodnutí. Politika lokace tedy má pro mě aspekt ontologický, který je svázán s aspektem epistemologickým.

Ve své práci hovořím z pozice bílé ženy žijící v západní civilizované společnosti.<sup>74</sup> Považuji se za příslušnici střední třídy<sup>75</sup> pokud jde o sociální postavení a ekonomické možnosti. Studovala a žila jsem několik let v Praze a po krátké epizodě a životě na samotě a periferii žiji nyní v malé obci opět v blízkosti Prahy. Tento fakt je důležitý v tom, jak se utvářelo mé vědění o porodu a formoval můj postoj k němu. Vzhledem k tomu, že jsem žila v Praze, měla jsem přístup k informacím a ženám, které o svém porodu uvažují kriticky a reflektují dané společenské normy a očekávání. Dlouho před tím, než jsem měla trvalý vztah a začala jsem reálně uvažovat o těhotenství a porodu, jsem tyto informace vstřebávala od svých kamarádek a z dostupné literatury. S termínem přirozeného porodu jsem se tedy setkala již dávno před tím, než jsem se začala této práci věnovat.

V době svého dětství a dospívání jsem porod měla spojený s bolestí, strachem a ošklivostí.<sup>76</sup> Měla jsem zafixováno, že jakmile porod začne, je nutno hned volat sanitku a dopravit rodičku do bezpečí porodnice, jinak hrozí nebezpečí života. Sama jsem tvrdila, že děti raději ani mít nebudu, protože toto nechci zažít.

Díky informacím, které se ke mně dostaly v podobě literatury o přirozených porodech, zejména Leboyera (1995) a Odenta (1995), jsem začala postupně svůj náhled na porod měnit. Postupně jsem se začala setkávat i s ženami, které rodily doma a pochopila jsem, že porod nemusí být životu nebezpečný a není potřeba záchrany, ale jen vhodného prostředí, aby proběhl v pořádku. Výsledkem tohoto procesu poznání bylo získání důvěry v sama sebe a svou schopnost porodit. Uvědomuji si, že způsob, jakým o porodu přemýšlím a jej nahlížím, ovlivnil i mou vlastní zkušenost porodu a ta zpětně ovlivnila mé další smýšlení a uvažování o porodu. Zde tedy vnímám limity mého výzkumu, protože v

---

<sup>74</sup>Tento termín používám záměrně s vědomím všech dualistických a genderově zatížených konotací. Jde mi o to postihnout fakt, že v této společnosti je porod v porodnici normou a úroveň zdravotní péče je na vysoce specializované technické úrovni. Tedy při porodu doma nehrozí nákaza z důvodu špatných hygienických podmínek nebo špatného zdravotního stavu či výživy, jako tomu může být v jiných méně průmyslově rozvinutých zemích.

<sup>75</sup>Koresponduji tedy svou příslušností ke střední třídě se socioekonomickým statutem, k němuž přísluší i ženy, které podporují Hnutí přirozeného porodu dle Nelson (1982).

<sup>76</sup>Narodila jsem se v době populačního boomu v 70.tých letech. Má matka byla prvorodička a o porodu neměla žádné informace. Její první porod byl pro ni traumatickým zážitkem o němž dlouhá léta odmítala hovořit. Jediná informace, kterou byla ochotná sdělit byla: „bylo to strašné“.



tomto smyslu sdílím s narátorkami podobnou zkušenost a mohla bych jejich prožitky a zkušenosti interpretovat zjednodušeně a uchýlit se k zobecňování. Jsem si těchto limitů vědoma a snažila jsem se brát v úvahu tuto pozici, která mi na jedné straně umožňuje hlubší pochopení sděleného, zároveň může svádět k unáhleným interpretacím a očekáváním řečeného. Narátorky jsem se snažila vnímat jako expertky znalostí, ony vybíraly témata a určovaly tok rozhovoru. Nechtěla jsem vytvářet atmosféru zkoušky či testu, proto jsem se zdržela toho, že bych si cokoliv zapisovala. Měla jsem jen malý papírek schovaný pod stolem jako nápovědu zvolených okruhů otázek, abych na nic nezapomněla. Jinak jsem se snažila o rovnocennou pozici mezi mnou a narátorkou, což se mi ve většině případů podařilo a rozhovor probíhal spíše jako rozhovor dvou přítelkyň než badatelky a zkoumané.

Jsem vysokoškolky vzdělaná a jsem studentkou genderových studií. To vše mě ovlivňuje v tom smyslu, že o předkládaných faktech uvažuji kriticky. Nepřijímám fakta a pravdy jako dané a stálé, ale vnímám proměnlivost a subjektivitu, ovlivněnost tvrzení v závislosti na množství proměných.

Ve své práci reflektuji zkušenosti žen, které rodily doma. Jako východisko mi při výběru tématu mé práce posloužil i fakt, že jsem svou první dceru též porodila doma. Od začátku jsem si byla vědoma toho, že tato okolnost má své nesporné výhody v tom, že utváří jistou míru předporozumění mezi mnou a narátorkou. Zároveň jsem si neustále uvědomovala, že existuje riziko předpojatosti, tj. že toto předporozumění a domnělá sdílená zkušenost mi může bránit v tom vidět jisté aspekty v jiném interpretačním rámci.

### **3.3 Výběr narátorek pro výzkum**

Vzhledem k tomu, že jsem byla vzhledem ke zvolenému tématu práce „Porod doma jako cesta“ v pozici insiderky a mnoho žen, které rodily doma jsem znala, uvažovala jsem, zda realizovat rozhovory se svými přítelkyněmi či neznámými ženami. Po dohodě s mou vedoucí práce jsem se rozhodla provést a analyzovat deset rozhovorů. I přesto, že se jednalo o „náhodný“ vzorek narátorek, dohodly jsme se, že by neměl být mezi narátorkami propastný rozdíl v tom, že některé budou mé blízké přítelkyně a jiné úplně neznámé osoby. Nakonec jsem tedy zvolila kompromis. Oslovila jsem tři ženy, které jsem znala a věděla jsem, že rodily doma, ale nebyly z okruhu mých blízkých a intimních přítelkyň. Ty jsem dále vždy poprosila o kontakt na další ženy, které ony znají a vědí o nich, že rodily doma.

Postupovala jsem tedy při výběru metodou sněhové koule<sup>77</sup>, kdy se na mnou původně vybrané narátorky „nabalovaly“ další, které jsem již neznala. Zajímavé pro mě bylo, že při posledním realizovaném rozhovoru jsem dostala kontakt na další ženy, s nimiž jsem rozhovor již před tím vedla. Kruh se tedy při mém posledním rozhovoru pomyslně uzavřel. Od poslední narátorky jsem dostala jen jeden další neznámý kontakt, který jsem již nakonec nevyužila.

Původně jsem měla záměr oslovit polovinu žen, které rodily doma jako prvorodičky a polovinu, které rodily doma jako vícerodičky. To se mi nakonec nepodařilo zrealizovat, protože prvorodičky v získaných kontaktech nakonec převažovaly. Od záměru srovnávat zmiňovaná témata a zkoumat jejich odlišnosti jsem tedy nakonec upustila.

### **3.3.1 Profil narátorek**

Mého výzkumu se zúčastnilo 11<sup>78</sup> žen, které přivedly své děti na svět doma. Osm z nich má ukončené vysokoškolské vzdělání. Tři ženy mají ukončené středoškolské vzdělání s maturitou. Všechny ženy, s nimiž jsem vedla rozhovor žijí v partnerství. Většina z nich dokonce hodnotí své partnerství jako výborné. Všechny ženy kromě jediné v určitém období svého života žily v Praze, kde studovaly a pracovaly. V současné době žije v Praze šest žen, s nimiž jsem vedla rozhovor. Tři ženy žijí v Libereckém kraji, jedna v Královéhradeckém kraji a jedna v menší obci v blízkosti Prahy. Všechny ženy jsou mé vrstevnice, jsou ve věku 33 – 38 let. Tři ženy rodily své druhé, nebo třetí dítě doma. Osm žen rodilo doma své první dítě. Pět žen má více než jedno dítě. Šest žen jsou prvorodičky a v době rozhovoru měly jen jedno dítě.<sup>79</sup>

### **3.4 Vedení rozhovorů**

Narátorky jsem vždy nejprve kontaktovala emailem, abych jim vysvětlila svůj záměr a požádala je o rozhovor. Na přesném termínu a místě jsme se poté domlouvaly již telefonicky. Rozhovory jsem vedla v období od srpna 2012 do února 2013. V té době jsem sama pečovala o tehdy dvouletou dcerku a byla jsem podruhé těhotná. Domlouvání

---

<sup>77</sup>Metoda sněhové koule: „Volba dalších případů na základě doporučení již zkoumaných jedinců“ (Hendl, 2005: 154).

<sup>78</sup>Jeden rozhovor jsem z analýzy nakonec vyřadila, protože se bohužel nenahrál celý, ale jen necelá jeho polovina.

<sup>79</sup>Tato situace se změnila. Čtyři ženy byly v době vedení rozhovoru těhotné. Všechny porodily své děti doma, z toho tři bez asistence porodní asistentky. Než jsem stačila dopsat svou diplomovou práci, podařilo se otěhotnět dalším třem ženám, dvě z nich porodily své děti doma a jedna je stále ještě těhotná.

termínu a místa pro rozhovor bylo někdy komplikované vzhledem k tomu, že všechny ženy měly minimálně jedno dítě, o něž v té době pečovaly.<sup>80</sup>

Velmi jsem řešila místo pro uskutečnění rozhovoru. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi intimní téma, které se dotýká emocí, tělesnosti a možná i některých tabu, bylo místo rozhovoru velmi zásadním faktorem. Ve většině případů se podařilo uskutečnit rozhovor doma u narátorky, což se ukázalo jako velmi přínosné a obohacující. Domov přispěl k atmosféře důvěry a intimity, která je stejně důležitá u porodu jako u vedení rozhovoru. Ne vždy ale bylo možno rozhovor doma uskutečnit vzhledem k místu bydliště narátorky, nebo zajištění hlídání dětí. Klíčové pro mě bylo, aby narátorka měla na rozhovor dostatek klidu, preferovala jsem tedy, aby byla sama a měla zajištěno hlídání, než aby hrozilo vyrušování ze strany dětí. Šest rozhovorů se uskutečnilo v prostředí domova narátorky. Čtyři rozhovory proběhly ve veřejném prostoru: restauraci či čajovně. Dvakrát se stalo, že místo působilo velmi rušivě, protože v daném prostoru bylo hodně lidí, kteří vytvářeli dost velký hluk. Všechny rozhovory jsem nahrávala na nahrávací přístroj a v případě těchto dvou byl přepis velmi náročný a složitý vzhledem k množství rušivých zvuků od okolních přítomných.

Při jednom rozhovoru jsem se ocitla v situaci, kdy narátorka začala najednou vyprávět o velmi vážné komplikaci, která u porodu nastala a sice, že narozené dítě nedýchalo. Předem jsem o tomto faktu nevěděla a tedy mě tato situace zaskočila. Narátorka ale byla velmi sdílná a byla ochotná i o této složité a překvapivé situaci hovořit s nadhledem a lehkostí.

Celkově jsem byla velmi překvapena a potěšena zároveň tím, že všechny narátorky byly velmi sdílné a přátelské. S většinou z nich jsem se cítila být „na jedné vlně“, přesto, že jsem je na začátku neznala. Vnímala jsem velkou míru důvěry a intimity při všech realizovaných rozhovorech. I přesto, že jsem většinu narátorek neznala, zvolily jsme spontánně pro vedení rozhovoru tykání, protože jsme si byly blízké věkem a vznikla mezi námi vzájemná sympatie.

Narátorkám jsem vždy sdělila k jakému účelu bude náš rozhovor sloužit. Požádala jsem je o informovaný souhlas pouze ústně. Všechny mi ho také ústně udělily. Po té jsem je informovala o anonymitě rozhovorů a změně jména.

---

<sup>80</sup>Tento fakt uvádím s vědomím toho, že je genderově stereotypní. Nicméně realita moje i narátorek byla taková, že péče o děti byla primárně na nich a musely si tedy zajistit hlídání.

Narátorky předem neznaly moji situaci, pokud jde o porody doma. Nechala jsem toto téma záměrně otevřené. O tom, že jsem i já sama rodila doma, věděly jen tři mnou vybrané narátorky, které jsem pro rozhovor oslovila a které jsem znala. Při prvních rozhovorech v roce 2012 se mi ještě dařilo utajit mé druhé těhotenství. Nechtěla jsem na tento fakt upozorňovat, abych nestrhla pozornost na sebe a na dotazování ohledně místa porodu. Při rozhovorech realizovaných v roce 2013 se mi již tento fakt utajit nepodařilo. Nicméně musím přiznat, že i pro mě bylo vedení rozhovorů při mém druhém těhotenství velmi posilující. Čerpala jsem z nich podporu pro své rozhodnutí porodit i své druhé dítě doma.

### **3.5 Struktura rozhovoru**

Pro svůj výzkum jsem zvolila polostrukturované rozhovory. Nejprve jsem vždy položila tzv. *otevřací otázku* a nechala jsem narátorku zešíroka vyprávět o průběhu jejího porodu. Snažila jsem se naslouchat a nepřerušovat tok vyprávění. Po skončení vyprávění jsem kladla doplňující otázky, které jsem měla předem připraveny. Pokládala jsem je ale s ohledem na situaci a kontext řečeného. V některých případech již nebylo potřeby některé otázky klást, protože je narátorka zodpověděla dříve, než jsem se stihla zeptat.

Jako inspirace pro strukturu a vedení rozhovoru mi sloužila narativní analýza. Ta má v sociologii svou tradici, „je to jedna z kvalitativních metod, která se snažila postihnout předmět svého studia, tj. jednající subjekt v jeho přirozeném sociálním kontextu. Později se pohled na vyprávění mění a přestává být na něj nahlíženo jen na pouhý popis, ale je na něj pohlíženo jako na přímou součást sociálního dění a jeho významnou organizující sílu. Analýza vyprávění tak slibuje, že umožní odhalit způsoby (strategie, mechanismy apod.), jakými vzniká a přetrvává sociální svět, ve kterém žijeme.“ (Hájek, Havlík, Nekvapil, 2012: 200-201) Zároveň jsem k narátorkám přistupovala jako k expertkám jejich vlastního vyprávění a v duchu hermeneutického přístupu jsem se později v analýze snažila interpretovat vyprávění tak, že jsem hledala významy, které do vyprávění vložila sama narátorka. „Hermenetický přístup tak činí proto, že vyprávění považuje za způsob, jakým lze explicitně vyjádřit implicitní významy lidského života.“ (Hájek, Havlík, Nekvapil, 2012: 206)

### **3.6 Způsob zpracování rozhovorů**

Rozhovory jsem se snažila přepsat co nejdříve po jejich uskutečnění, což se mi z počátku dařilo. Vzhledem k tomu, že některé rozhovory trvaly i více než hodinu a některé

byly na přepsání náročné vzhledem k rušivým vlivům okolí, jak jsem se zmiňovala výše, přepisovala jsem asi polovinu rozhovorů s ročním zpožděním. Rozhovory jsem přepisovala sama. Zvolila jsem doslovný přepis s uvedením non-verbálních projevů jako je intonace, smích, zvýšení hlasu, způsob promluvy atd. To mi potom pomohlo při následné interpretaci a analýze rozhovorů.

Po přepsání všech rozhovorů jsem tyto pročetla a snažila se zaměřit na témata, která narátorky zmiňují a případně, která se v rozhovorech opakují. Při pročitání mi takto vyvstalo 10 kategorií<sup>81</sup>, které jsem si přímo v rozhovorech označila vybranou barvou. Pod jednotlivé kategorie jsem dále přiřazovala kódy, tj. významy, které narátorky daným kategoriím prisuzují a jak jim rozumějí. Pro každou kategorii jsem si dále zavedla vlastní dokument, kde jsem shromažďovala citace, které se ke kategorii vztahují. Vzhledem k tomu, že dokumenty s citacemi byly velmi obsáhlé, ale také proto, že se mnoho citací opakovalo a měla jsem problém je zařadit jen pod jednu kategorii, jsem se nakonec rozhodla počet kategorií zredukovat. Zůstalo mi tak pět kategorií, které budu dále analyzovat a interpretovat v další kapitole.

Kódování jsem prováděla manuálně, nevyžívala jsem k němu žádný software. Proces kódování byl pro mě součástí analýzy, jak o něm hovoří Coffey a Attkinson (1996), kdy kódování propojuje různé segmenty textu, či rozhovoru, které se vztahují k jednomu tématu, či mají něco společného. Proces kódování tedy propojuje tyto fragmenty dat s určitou myšlenkou či konceptem. Kódování na jedné straně data zjednodušuje a redukuje, umožňuje rozpoznání relevantních jevů, shromáždění příkladů těchto jevů a analýzu těchto jevů a hledání společných znaků, rozdílů, opakujících se vzorců a struktur. Kódování ale není jen mechanistický proces přiřazování, spíše je to proces, který slouží k identifikaci dat, jejich přeskupování a možnosti přemýšlet o nich nově v jiné perspektivě. Zároveň proces kódování není jen zjednodušením a redukcí dat, ale umožňuje i rozšíření, rekonceptualizaci dat a tím otevírá nové pole analytických možností interpretace dat a jejich analýzy. (Coffey, Attkinson, 1996: 27-29)

### **3.7 Analýza zjištěných dat**

Rozhovory analyzuji z pozice narátorek a pokouším se porozumět tomu, jakým způsobem konstruují porod a vlastní zkušenost porodu, jaké faktory tyto konstrukce ovlivňují a do procesu konstrukce vstupují. Dané kategorie tedy nejsou „mé“ a mnou

<sup>81</sup>Původní kategorie byly následující: 1. rozhodnutí, 2. vědění, 3. důvěra, 4. porod, 5. zkušenost, 6. partner, 7. strach, 8. intuice, 9. smrt, 10. moc.

předpřipravené, ale vycházejí z řečeného a z témat, které narátorky volily, když hovořily o svém porodu. Všechny kategorie se vzájemně prolínají a ovlivňují, jak bude ukázáno níže v podrobnější analýze.

První kategorie, o níž narátorky hovoří, nese název *Vědění*, neboť narátorky zmiňují různé způsoby, jakými získávaly informace o porodu, uvádějí i další okolnosti a způsoby, které formovaly jejich *porodní vědění*, na jehož základě se rozhodovaly a utvářely své „porodní strategie“. Pod věděním rozumím v návaznosti na Letherby (2003) i zkušenost. Kódy, které se váží k *Věděním* zahrnují: zdroje informací o přirozeném porodu; ale i zdroje informací z „odborné“ lékařské oblasti porodu; dále neformální vědění; patří sem i zkušenost jiných žen nebo vlastní zkušenost. Ta se dále dělí na: informace a chování porodní asistentky v průběhu porodu; signály těla, instinkt – intuici, znamení; vnitřní pocit. Věděním dále zahrnuje i konflikt mezi racionálním věděním a pocitem. Patří sem na druhé straně i jistota vědění a konzultace s partnerem jako způsob utváření a formování vlastního vědění.

Druhá kategorie představuje *Zkušenost* porodu. K ní se váží kódy, o nichž narátorky nejvíce hovořily ve vztahu ke způsobu, jakým porod vnímaly a jakými způsoby a v jakých směrech je tato životní událost ovlivnila a formovala jejich další život a z něj pramenící vědění. Zkušenost porodu měla podle vyprávění narátorek vliv na jejich sebevědomí a víru ve svůj vlastní hlas, patří sem i očekávání spojená s představou porodu, dále samotný zážitek a prožitek porodu jako takového, jak ho narátorky konstruují. Zkušenost porodu ovlivnila i jejich vztah s dítětem a měla vliv i na jejich partnerský vztah.

Třetí kategorie, která se objevila ve vyprávěních narátorek je *Strach*. U něj je nejvíce patrné, že jej narátorky vnímají jako konstruovaný a nikoliv mající reálnou povahu. Hovoří o něm v následujících rovinách: mluví o přenesené formě strachu a možnostech jeho vědomého zpracování, strach vnímají jako varování v případě komplikací, v neposlední řadě se objevuje i strach ve vztahu k porodu a instituci porodnice.

Čtvrtá kategorie je protipólem strachu a sice *Důvěra*. Objevovala se v rozhovorech v různých souvislostech, z nichž byla nejvíce artikulována jako důvěra v intuici, která je vázána na formu vědění. Narátorky hovoří o (ne)důvěře v porodnici a proces porodu. Důvěra je propojena i s obecnější důvěrou v život, či určitý vyšší princip života. Mluví o ní i ve vztahu k miminku a budování jeho důvěry ve svět. V neposlední řadě zmiňují i okamžiky narušení důvěry v souvislosti s procesem porodu.

Poslední kategorií, kterou představím v následující analýze je *Moc*. Ta vyvstala, když narátorky hovořily o různých systémech, které určují jejich současný život a významným způsobem se podílely na formování jejich zkušenosti těhotenství a porodu. O moci hovoří v následujících souvislostech jako o: kontrole nad procesem porodu, kontrole nad vlastním tělem, ve vztahu k moci nad dítětem. Formulují také averzi vůči institucionalizaci života, ale jsou i situace, kdy se snaží do převládajících mocenských norem „zapadnout“. Navrhují také způsoby změny fungování institucí. O moci hovoří i ve vztahu k moci nad sebou samými a vztahu se zodpovědnosti za vlastní rozhodnutí a jeho důsledky.

Ze všech rozhovorů vyplynulo, že narátorky vnímají nejen porod, ale i žitou realitu a s ní spojené projevy, jako je strach, bezpečí atd. jako myšlenkové konstrukty a nikoliv jako daná fakta. V rozhovorech se promítá tento fakt tím, že mají potřebu důsledně vysvětlovat řečené, upřesňovat. Někdy velmi obtížně volí slova pro popsání své zkušenosti.

Citace narátorek jsem se snažila volit tak, aby postihly šíři zmiňovaných témat a přístupů k danému tématu a zároveň postihly jisté společné znaky, které se ve vyprávění narátorek opakovaly. Rozhovory byly anonymizovány, tj. všechna jména použitá v citacích jsou smyšlená.

### 3.7.1 Vědění

V této kapitole se zaměřuji na to, jakým způsobem narátorky konstruují a přistupují k vědění. Jaké je autoritativní vědění, o něž se v průběhu porodu opíraly? Jakým způsobem se na svůj porod připravovaly? Jakou literaturu četly a jaký „porod“ očekávaly? Jak se naplnila tato jejich konstrukce porodu?<sup>82</sup> Změnilo se nějak jejich „vědění“ v průběhu těhotenství a porodu?

Jak jsem již zmiňovala výše v teoretické části své práce vycházím z toho, že vědění může vycházet nejen z teorie, tj. literatury, ale i ze zkušenosti. Dále považuji za vědění i neracionální formu vědění, pocházející z intuice, pocitu, či signálu těla. Vědění má tedy velmi rozmanitý obsah a je důležité, jak v přípravě na porod, tak v samotném jeho průběhu, ale i posléze při hodnocení již prožité zkušenosti porodu.

---

<sup>82</sup>Touto otázkou se budu podrobněji zabývat v tématu Zkušenosti. Zde bude jenom lehce naznačena.

### 3.7.1.1 zdroje informací o přirozeném porodu

Knihy o přirozeném porodu byly velmi důležitou součástí přípravy na porod pro všechny narátorky. Tyto knihy tvoří jistým způsobem „kánon“<sup>83</sup> přirozeného porodu, který studují ženy, které se připravují na přirozený porod, nebo porod doma. Tyto knihy měly zásadní vliv ve fázi rozhodování o místě porodu, tj. v průběhu těhotenství.

K těmto informacím se ale narátorky dostaly různými způsoby. Některé byly již od počátku přesvědčeny, že chtějí родит přirozeně. Přirozený porod byl završením jejich dosavadního způsobu života.

*Na to jsem se **připravovala už dlouho**<sup>84</sup> před tím, než jsem otěhotněla, tak jsem vlastně si **kupovala různou literaturu**, co tady vyšlo, já nevím, toho Michela Odenta nebo Ingeborg Stadelmannovou. Nebo ty rozhovory co byly se Zuzanou Štrometerovou, s Ivanou Kőnigsmarkovou<sup>85</sup>. Tak to jsem prostě všechno přečetla. Ale nám bylo jasné, že prostě pro mě ta cesta je tahleta. Jo, takhle, pokud to bude všechno v pořádku, tak, že bych prostě chtěla родит doma, že se jako **necejtím jako nemocná, když budu těhotná** a to znamená, že pro mě to neznamená, že porod jakoby se měl odehrávat v nemocnici. (Silvie, str. 2)*

*Takže hnedka od začátku jsem si byla jistá, že chci родит doma. Že, no, prostě jsem to tak... vůbec jsem nepochybovala, že je to **úplně přirozená věc**. (Sára, str. 1)*

*Už ještě před tím, než jsem vůbec poznala Dominika a než se to jakoby zhmotnilo to moje přání mít dítě a rodinu a já nevím vůbec, že jo. Tak jsem chvíli pracovala v A-centru v Praze, no a tam mě to přitáhlo kvůli tomu, že se to, že jo, že to bylo prostě zaměřené na přirozenej život, přirozenej porod, přirozenej rodičovství. Prostě takovej jako život, jakej jsem cejtla, že z duše chci jako žít. (...) No takže já jsem vlastně už od té doby měla **jasnou představu, že můj porod jako bude moje věc**. (Judita, str. 1)*

Jejich přesvědčení a dosavadní způsob života, jak o něm hovoří, je v souladu s ideologickým základem sociálního modelu porodu, jak o něm hovoří Van Teijlingen (2005) i Davis-Floyd (2001). Svě vědění staví na předpokladu, že porod je *přirozený proces*, který má své zákonitosti. Samy sebe vnímají jako subjekt, aktivní individualitu, která rozhoduje o způsobu porodu a chce mít nad ním kontrolu a moc<sup>86</sup>. Těhotenství a porod nevnímají jako nemoc, ale jako fyziologický proces. Vědění, které získávají prostřednictvím literatury o přirozeném porodu, je v přímém rozporu s vědeckou

<sup>83</sup>Tento „kánon“ tvoří zejména tyto knihy zmíněné v seznamu literatury: Odent, M. 1995. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo; Doležalová, J. 2006. *Hovory s porodní bábou*. Praha: Argo; Marek, V. 2002. *Nová doba porodní..* Eminent; Stadelmann, I. 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. One Woman Press; Štrometerová, Z. 2005. *Možnost volby - Kde mohu přivést své dítě na svět?* Argo; Simkinová, P. 2000. *Partner u porodu*. Argo; Gaskin, I.M. 2010. *Zázrak porodu*. Praha: One Woman Press; Groverovi – Suchých, L. a R. 2014. *Aby porod nebolel. Těhotenství a porod jako příležitost k práci na sobě*. Praha: Kořeny

<sup>84</sup>Tučně vyznačuji v citacích slova, nebo formulace, které určily danou kategorii, k níž se citace vztahuje.

<sup>85</sup>Zde má nátorcka na mysli knihu: Doležalová, J. 2006. *Hovory s porodní bábou*. Praha: Argo

<sup>86</sup>K tomuto bodu se ještě vrátím v kapitole věnované Moci.



medicínou a premisách, na nichž staví a z nichž vychází při konstrukci porodu jako potenciálně rizikového jevu.

Jiné ženy k rozhodnutí rodit přirozeně a posléze doma, dospěly až postupem času. Nebylo to náhlé rozhodnutí, ale tato myšlenka v nich zrála určitou dobu. Také literatura o přirozeném porodu se k narátorkám dostávala různými cestami a v různém období.

*Co se týče té fáze rozhodování<sup>87</sup>, Ivanu Königsmarkovou, Hovory s porodní bábou, pak od Jany Doležalové, Porod doma. Pak Novou dobu porodní od Marka jsem si před tím četla. Jako pár takovejhle knížek jo. (Bronislava, str. 3)*

U vícerodiček se k nim literatura o přirozeném porodu dostala až během dalších těhotenství. První porod prožily narátorky v porodnici. A tato zkušenost<sup>88</sup> formovala jejich přesvědčení rodit příště již jinak. Vedla je tedy k hledání jiných informací, než s kterými se do té doby setkaly. Obecně je totiž přirozený porod v českých porodnicích považován za určitou alternativu porodu standartně vedenému<sup>89</sup>. Literatura o přirozeném porodu tedy tvoří také jakousi alternativu „standartním“ informacím o porodu, které jsou prezentovány ve většině případů z ryze „odborného“ medicínského hlediska, kdy je zdůrazňováno potenciální riziko, které v průběhu porodu hrozí a může se kdykoliv, nečekaně objevit. V tomto lékařském modelu porodu je tedy „normální porod“ možno označit až retrospektivně. Žádné dělení na nízkorizikový porod a vysoce rizikový porod nemá v tomto pojetí svůj význam. (Van Teijlingen, 2005; Davis-Floyd, 2001; Davis-Floyd in Van Teijlingen, 2005).

Některé narátorky studovaly tedy nejdříve „odbornou“ literaturu o porodu a knihy o přirozeném porodu se k nim dostaly až později, když je buď informace z „odborné“ literatury neuspokojily či nepřesvědčily, nebo na základě své předchozí zkušenosti chtěli hledat i jiné zdroje informací. V takové situaci se ocitly například Blahoslava a Zita, jejichž rozhodnutí rodit doma zrálo a formovalo se velmi postupně, spolu s tím, jak proměňovalo chápání a pojetí dalších okolností jejich života, které s procesem porodu bezprostředně nesouvisejí. U Blahoslavy je naznačen prvek *náhody*, či *shody okolností* („*narazila na knížku*“), který přispěl k tomu, že se dozvěděla důležitou informaci, o níž do té doby neměla tušení. Tento prvek určitého vývoje, který se na první pohled jeví jako

<sup>87</sup>Fáze rozhodování je fází získávání vědění, které výsledné rozhodnutí ovlivňuje a je jeho základem.

<sup>88</sup>K tomuto bodu se ještě vrátím v podrobnější analýze vlastní zkušenosti porodu, která utvářela základ vědění pro rozhodnutí rodit doma.

<sup>89</sup>Pod standartně vedeným porodem rozuměj lékařsky vedený porod za použití umělého oxytocinu, epidurální analgezie, monitorování plodu, řízeného tlačení, epizotomie, protržení vaku blan, okamžitého odstřížení pupečníku, vážení a měření novorozence ihned po porodu a jiných medicínských zásahů.

náhodný, jemuž narátorky v kontextu svého života přisuzují svůj logický význam, se objevuje i v dalších výrocih v různých souvislostech a pokusím se na tento prvek zaměřit. Koresponduje totiž s přesvědčením, že události v životě jedince se neodehrávají zcela náhodně, neočekávaně a nevyzpytatelně, ale mají svůj vývoj a význam. Staví také na propojení mysli a těla (a ducha), či na vnímání těla jako organismu (energetického systému), jak o něm hovoří Davis-Floyd (2001) v sociálním či holistickém modelu porodu. V tomto pojetí neexistuje tedy „náhoda“, a statistická pravděpodobnost nemá tak velký význam, protože tělo i mysl jsou vzájemně propojené. Toto pojetí se promítá i do současného pojetí vědecké medicíny, která chápe nemoc a zdraví nejen jako „souhru tělesných, biofyzikálních a biochemických struktur, ale jako vzájemně propojeného komplexu fyzického, psychického a sociálního“. (Kapr, Koukola, 1998: 16-17) Tento trend nicméně proniká do oblasti porodnictví jen pomalu a lékařsky vedený model porodu zasahuje spíše v rovině dílčích změn, než v celkové změně přístupu a pohledu na proces porodu jako takový.

*A postupně při tom druhým těhotenství jsem začala **všechno možný načítat**, dostala jsem se k těm **normálnějším informacím** a že budu rodit doma jsem se rozhodla někdy v sedmém měsíci. (Zita, str. 2)*

*No a když už jsem teda byla **vyděšená k smrti** a už jsem plánovala teda ten pohřeb, jak u toho zemřu u toho porodu, tak jsem v nějakým výprodeji **narazila na knížku**, já jsem vůbec nevěděla, že existuje porod doma a že je to přirozená věc, Jany Doležalová, „Porod doma“. (Blahoslava, str. 1)*

Ačkoliv byla literatura o přirozeném porodu důležitá především ve fázi rozhodování. Znamenala i důležitý zdroj informací již během samotného porodu. Pro Vendulu tak byla konzultace s knihou důležitým zdrojem informací, které vedly k znovunabytí klidu a důvěry, že proces porodu se vyvíjí správným směrem.

*Jako byly tam momenty samozřejmě, jako ta zimnice, nebo to lehký krvácení, kdy jsem si nebyla jistá, jestli je to ještě v pohodě. Ale právě proto Viktor seděl pod tou lampou a četl tu knížku, aby mi řekl, že to tam píšou a že to je v pohodě. (smích) (Vendula, str. 5)*

Vendula tedy používá literaturu o přirozeném porodu jako zdroj autoritativního vědění, o němž se v průběhu porodu opírá, když si není jistá svým subjektivním zhodnocením situace. Jako i ostatní narátorky, byla vystavena v průběhu svého života i těhotenství normotvornému medicínskému diskurzu o porodu, který je zaměřen primárně na možná rizika a patologické situace, s nimiž je svázán strach a nejistota. Ve chvíli, kdy se v průběhu vlastního porodu setkala s takto potenciálně „nebezpečnou“ situací, měla

potřebu se „ujistit“, že všechno probíhá v pořádku a může proces porodu doprovázet. V době nepřítomnosti porodní asistentky u rozbíhajícího se porodu jí tedy pro tuto konzultaci sloužila právě zmíněná kniha.

### **3.7.1.2 zdroje informací z „odborné“ lékařské oblasti porodu**

Jak již bylo naznačeno výše, medicínský diskurz obrazu porodu má normotvorný charakter a ovlivňuje pojetí porodu i u žen, které se vůči němu kriticky vymezují, protože do jisté míry se podílí na jejich způsobu poznání a interpretaci reality. Bourdier (2000) hovoří v této souvislosti o symbolickém násilí, „kdy ovládaný nemůže jinak, než vládnoucího (a tedy nadvládu) uznávat, protože k reflektování vztahu mezi sebou a jím, disponuje pouze nástroji poznání, které s ním má společné a které nejsou ničím jiným, než osvojenou formou vztahu nadvlády.“ (Ibid., 2000: 34-35)

Během těhotenství se všechny narátorky určitým způsobem setkaly s informacemi „odborného“ charakteru, které přistupují k porodu z hlediska medicínského diskurzu. Všechny narátorky kromě jedné navštěvovaly souběžně s péčí porodní asistentky i ordinaci gynekologie a některé absolvovaly i monitory v porodnici. K těmto vyšetřením měly různou motivaci, čemuž se budu věnovat zejména v kapitole o Moci, protože souvisí se snahou příliš nevyčnívat a být v jistém smyslu konformní vůči dominantnímu způsobu péče v těhotenství, který je založen na převládajícím pojetí porodu jako potenciálního rizika.

Ačkoliv se tedy narátorky vymezují vůči převládajícímu medicínskému diskurzu o porodu a stavějí se vůči němu kriticky, přesto ho určitým způsobem internalizují, protože řečeno s Bourdierem (2000), symbolické násilí není možno překonat pouze tím, že si ho člověk uvědomí, protože „jeho účinky a podmínky jeho účinnosti jsou trvale vepsány do nehlubší hloubky těl ve formě dispozic“. (Ibid., 2000: 38)

Je tedy otázkou, zda narátorky absolvovaly návštěvy gynekologické ordinace proto, že to považovaly za samozřejmé, a až v průběhu času reflektovaly prospěšnost takového činění, nebo pro ně informace „odborného“ charakteru představují jistou „přidanou“ hodnotu k informacím, které získaly studiem literatury o přirozených porodech a těhotenství. Odpověď na tuto otázku by vyžadovala hlubšího zkoumání.

K „odborným“ informacím o porodu totiž přistupovaly narátorky různými způsoby. Vendula například díky vyšetření ultrazvukem nabyla jistotu, že si porod doma „*může*

dovolit“. Tato forma vědění byla tedy komplementární k vědění, které získala jiným způsobem, jak o tom budu hovořit ještě dále.

*A je pravda, že i na tom velkém ultrazvuku úplně těsně před tím porodem, co jsem byla u toho Apolináře, tak mi řekli, že to dítě je kompletně vyvinuté, nemá šňůru okolo krku. Takže mě to i uklidnilo, že vlastně se sice bude rodit dítě, který už má málo plodový vody a je velmi pravděpodobně přenešený, ale je jako hotový. Jo, jako, nemá o ledvinu mň, nebo nějaký takovýhle věci jako jo. (...) Takže to byl jakoby takovej souhrn takovej věci, který mě ujistily v tom, že si to můžu dovolit.<sup>90</sup> (Vendula, str. 7)*

Souběžně s literaturou o přirozeném porodu studovaly některé narátorky i literaturu o fyziologii porodu a další běžně dostupnou literaturu o těhotenství a porodu. Tento typ literatury ve většině případů odpovídá standartnímu medicínskému diskurzu o porodu a těhotenství, kdy je porod popisován jako čistě biologický, tělesný proces, který je jakoby nezávislý na konkrétním ženském těle a jeho psychickém rozpoložení a stavu. Dále je vnímán jako proces, který se týká výlučně ženy a nikoliv již partnera, nebo širší rodiny. Je konstruován tedy jako *medicínský proces*, nikoliv jako *kulturní a sociální událost*. Vzhledem k tomu, že medicínský diskurz o porodu má dominantní společenské postavení, je také „prvním“ zdrojem informací o porodu, s nímž se žena běžně má možnost setkat. To dokládá i Zita, která při prvním nemocničním porodu měla k dispozici právě jen tento typ informací odborného charakteru a s jinými informacemi se v té době nesetkala. Před svým prvním porodem považovala tedy tyto informace za přínosné, protože tvořily jediné myslitelné univerzum znalostí, k nimž měla přístup. Po jejich přečtení tedy získala dojem, že je na porod „připravená“.

*Měla jsem, tím že, teďka já to srovnám ještě s tím prvním, to jsem otěhotněla poměrně nečekaně ještě na škole a tak nějak jsem se já nevím, státnice jsem dělala v osmém měsíci a měla jsem pocit, že jsem jako připravená, že jsem **načetla všechny knížky o průběhu porodu a těhotenství**, ale nedostaly se ke mně ty **informace**, který jsem pak měla v tom druhým. (Zita, str. 1)*

Marie také studovala „odbornou“ literaturu a i v průběhu porodu měla tendence tyto znalosti o porodních dobách uplatňovat, ale pro vlastní prožitek porodu jí tyto informace neposloužily, protože její vnitřní prožitek porodu se od vnějšího popisu procesu porodu značně lišil. Racionální, vnější popis průběhu porodu dělený na jednotlivé doby porodní jí tedy v průběhu samotného procesu porodu nebyl příliš užitečný, protože její aktuální vnitřní prožívání „zevnitř“ těla (mysli) bylo jiné, než jak ho představuje tento vnější popis. Při zpětném hodnocení tedy nepřikládá těmto zdrojům informací velký význam, protože pro vlastní zvládnutí porodu jí tyto informace nebyly příliš prospěšné.

---

<sup>90</sup>Že si může dovolit rodit doma. Pozn.aut.

Nastudované informace „odborného“ charakteru konfrontovala Marie také s těmi, které získala četbou literatury o přirozených porodech, kdy „věděla“, že ačkoliv má porod v racionálním pojetí určité zákonitosti a sled za sebou následujících porodních dob, je „každý porod jiný“. To znamená, nevyzpytatelný a předem nepředvídatelný děj, kdy mohou stejné události nastat v úplně jiném sledu při stejném průběhu porodu (např. prasknutí plodové vody). Lékařsky vedený porod se svými intervencemi a zásahy do porodu snaží právě tyto nepředvídatelné a nevyzpytatelné situace eliminovat a navozuje tak více méně stejný průběh porodu bez ohledu na individualitu konkrétní rodičky a dítěte. Prasknutí plodové vody se tedy například provádí při určitém otevření u každé rodičky, protože se předpokládá, že taková intervence porod urychlí. (Čech, Hájek, Maršál, Srp a kol., 2006; Roztočil a kol., 2008; Binder a kol., 2011).

*Protože jsem se snažila vyčíst, jak ten porod vlastně probíhá, v tom těle probíhá, ale vlastně stejně ty pocity vnitřní jsou úplně jiné a až jakoby zpětně jsem si uvědomila, že to je teda tohleto, co jsem si tam někde jakoby přečetla, takže si myslím, že to nebylo vůbec potřeba něco číst. (...) Měla jsem nějak ty knihy načtený, věděla jsem, jak to asi probíhá, jak to dítě se tam nějak točí, postupně otáčí a vychází ven, že jo. Ale zároveň jsem věděla, že každé porod je jiný, že, jo, že může být rychle, pomaleji, i že může prasknout voda na začátku, na konci. (Marie, str. 4 a 5)*

Blahoslava nepovažovala informace odborného charakteru za přínosné vůbec, protože se zaměřovaly jen na možné komplikace a patologické jevy a průběh porodu. I ona ale, stejně jako Zita, byla nejprve v situaci, kdy o jiných zdrojích informací o porodu, neměla nejmenší tušení. Její pojetí porodu bylo tedy ovládáno dominantním medicínským diskurzem. Rozhodla se nicméně, že se ponoří do studia tohoto typu literatury, aby se dozvěděla o průběhu porodu maximum. Byla tedy vedena stejnou motivací jako Marie, která se snažila zjistit, „jak to v tom těle vlastně probíhá“. Četba „odborné“ literatury potvrdila Blahoslavě tedy její domněnku o tom, že porod je „strašný“ a „nebezpečný“. Medicínská porodnická literatura je zaměřena na možná rizika a komplikace, o nichž uvažuje jako o objektivním faktu, bez ohledu na konkrétní situaci a individualitu rodičky. (Čech, Hájek, Maršál, Srp a kol., 2006; Roztočil a kol., 2008; Binder a kol., 2011)

*No a já jsem se rozhodla, že tomu teda musím přijít na kloub, když je to tak strašný. Tak jsem si nakoupila spoustu literatury, takový tý mainstreamový, což mi potvrdilo, že to je opravdu hrůza a děs. A že můžu umřít, protože tam jsou takový supr informace, všechno je nebezpečný, prostě. No a hlavně všechny ty vyšetření před tím. (Blahoslava, str. 1)*

Zajímavé je konstatování Bronislavy a Zity, které tvrdí, že o porodu neměly žádné informace. Četly sice literaturu o přirozeném porodu, ale nevěděly téměř nic o fyziologickém průběhu porodu. Zita přitom už byla druhorodička, ale první zkušenost

porodu pro ni zřejmě nepředstavovala takové vědění, z něhož by nabyla jistotu, že ví, jak porod probíhá. Měla tedy větší důvěru v přítomnou porodní asistentku, než ve své vlastní tělo a jeho procesy. Tomuto tématu se budu více věnovat v kapitole Důvěry. Bronislava hovoří v podobném duchu, kdy pro ni byly důležité vnější racionální informace, které měly větší význam, než signály vlastního těla. Přestože tedy narátorky chtěly prožít přirozený porod a měly nastudovánu literaturu o přirozeném porodu, vědění založené na racionalitě, vnějším posuzování průběhu porodu, převládlo nad vnitřním posouzením situace na základě osobního tělesného prožitku. To opět jen dokládá, jak hluboce jsou převládající normy vědění uloženy přímo do těl (a do myslí) jednajících individuí.

*Že ten první porod sice byl doma, ale já jsem o tom zas tolik **nevěděla**, ona mi to všechno říkala asistentka, co se děje, co mám dělat. Nebo co mám dělat mi neříkala, ale spolíhala jsem na ní. (Zita, str. 3)*

*Ale že jako, že o tom porodu samotným jsem se **nedozvěděla vůbec nic**. Myslím, že jsem se u toho porodu ptala, jo, jak teda musím bejt otevřená, abych mohla родit. Jo jako fakt jsem o tom nic nevěděla. (Bronislava, str. 3)*

Navázání spojení se svým tělem, citlivost k jeho signálům a jeho „vědění“ je svázáno i s otázkou důvěry. K tomuto tématu se tedy v kapitole věnované Důvěře vrátím.

Ludmila byla jediná, která zmiňuje, že informace odborného charakteru pro ni neměly velkého významu. Gynekologické prohlídky neabsolvovala, protože byla předsvědčena, že by jí nepřinesly nic konstruktivního a jen narušily její klid a víru, že vše bude v pořádku.

*Já chci jenom říct, že jsem **nebyla na žádný kontrole za celý těhotenství**. Jenom na jedný jedíný a to z toho důvodu, abych získala těhotenskou průkazku, aby mě dali ten papír, že teda....(Ludmila, str. 2)*

Z dalších citací Ludmily bude zřejmé, že se právě ona nejvíce ztotožňuje s holistickým modelem porodu, který je postaven na jednotě těla, mysli a ducha, přičemž tělo považuje za energetický systém, který je propojen s dalšími energetickými systémy. Důraz je kladen na léčení celé bytosti v kontextu celého života. Klíčový je ale aspekt propojenosti, či esenciální jednoty mezi lékařem/kou a klientem/kou v holistickém pojetí. (Davis-Floyd, 2001). V České republice stále převažuje paternalistický model péče, kdy lékař/ka považuje sám sebe za autoritu a pacienta/ku<sup>91</sup> za laika. Je tomu tak často i v případě péče o těhotné, kterou vykonává lékař/ka vzdělaná v klasické vědecké medicíně. Hlavní zaměření péče je na „těhotné tělo“, které podléhá nejrůznějším vyšetřením, jež mají za cíl eliminovat

---

<sup>91</sup>Za pacientku bývá považována právě i těhotná žena, přesto, že není nemocná.

možné patologie a v případě jejich výskytu včas zasáhnout. Ludmila se vůbec nechtěla konfrontovat s tímto přístupem zaměřeným na patologii a raději volila jiné formy vědění, které jí poskytly informace o probíhajícím těhotenství i porodu skrze její vlastní tělo a mysl přímo. Toto vědění je přímo svázáno se signály těla, pocitem a také důvěrou a proto o něm budu pojednávat v dalších kapitolách.

### 3.7.1.3 neformální vědění

Neformální vědění tvoří významnou složku vědění zejména ve vlastním průběhu porodu. Velmi často zmiňovanou formou vědění je zkušenost, ať už předchozí vlastní, nebo zkušenosti jiných žen. Tyto měly významný vliv jak ve fázi rozhodování o porodu doma, tak při vlastním průběhu porodu. Neméně významným zdrojem informací je potom zmiňována osoba porodní asistentky, s níž ženy své obavy, nejistoty a potřeby konzultovaly již během těhotenství a na její erudici se spoléhaly během vlastního porodu.

#### 3.7.1.3.1 zkušenost jiných žen nebo vlastní

Narátorky zmiňují zkušenosti jiných žen jako rozhodující faktor, který měl vliv na jejich vlastní rozhodnutí родit doma. Některé narátorky byly o přirozeném porodu přesvědčené již od počátku těhotenství, nebo již dlouho před ním. Jiné musely radikálně změnit svůj názor a postoj k porodu a k tomu jim posloužilo zejména vědění, tj. zkušenost jiných žen, většinou blízkých přítelkyň.

*Až pak to šlo poměrně zlomově, někdy v šestým, sedmým měsíci, právě díky Sandře a Kamile, s kterými jsem se o tom bavila a který v té době byly těhotný prakticky stejně jako já, takže to byl poměrně zlomovej víkend, kterej jsem s nima strávila. A který mi o tom začaly vyprávět a v té době mi porod doma přišel jako největší hazard pro takový ty šílený, pro takový ty přírodní lesní lidi, takže tam to bylo poměrně zlomovej tejdén, čtrnáct dní, kdy jsem k tomu dospěla. Takže to bylo docela pozdní rozhodnutí. (Zita, str. 2)*

*A já tím, že jsem byla na konci té šňůry, tak jsem už tahla všechny ty informace a rady, který ty holky mi daly. Tak to bylo docela dobrý, že už jsem měla nejvíc knížek, nejvíc bylinek, nejvíc prostě informací. Že už to bylo takový, že jsem byla nejvíc jako připravená. Nebo teda měla jsem ten pocit aspoň jako. (Vendula, str.1)*

Zejména u Zity a Žanety prošla konstrukce porodu radikální proměnou. Zita byla v době našeho rozhovoru druhorodička, která své první dítě porodila v porodnici. V době svého prvního porodu považovala lékařsky vedený porod za normu a její vědění bylo omezené na vnímání porodu v rámci medicínského diskurzu. Podobně na tom byla Žaneta, která byla přesvědčená o tom, že stačí mít porodní plán a je možné porodit v porodnici přirozeným způsobem.

*Takže ten první byl opravdu ten nemocniční, samej zákrok, samý popohánění, nástřih, protržení vaku a podobně. Přestřížení pupečnicku, odnesení dítěte, úplná klasika, ale vyšla jsem z toho tak, že jsem měla pocit, že jsem to zvládla, že udělali to nejlepší co mohli a kdyby to nedělali, tak tam umřu a nikdy neporodím. (Zita, str. 2)*

*My jsme měli porodní plán, tak udělali, všechno co jsme měli, že si nepřejem. Udělali nástřih hráze, dali mi oxytocin a co se to ještě dělá... propíchli plodové obaly. Udělali všechno, co jsme si jako nepřáli. No a pak jsem se cejtla hrozně po tom porodu. Co jsem z toho měla... špatný pocit jsem z toho měla. No a pak když jsme čekali Miládku tak jsme uvažovali o porodu doma, ale ještě jsme, no hledali jsme porodní asistentku. (...) No a když jsme čekali třetí mimčo, tak jsme si strašně přáli rodit doma a už jsme si říkali, že i bez nějaký pomoci, bez porodní asistentky. (Žaneta, str.1)*

Zřejmě typické je, že při vyprávění o nemocničním porodu se vytrácí sama pozice rodičky, stává se pasivním objektem, na němž je péče vykonávána, dostává se do pozice oběti, jíž se „porod děje“, jakoby u něj ani nebyla přítomna. Zřetelná je také opozice MY a ONI („udělalali všechno, co jsme měli, že si nepřejem“) a hierarchické uspořádání vztahu mezi rodičkou a lékařským personálem. V západních společnostech je žena stále chápána jako pasivní objekt a ústřední roli zaujímá stále lékařský personál, jehož vědění je hierarchicky výše, než vědění ženy, která je považována za laika. Má tedy omezenou možnost rozhodovat o svém těle, procesu porodu, svém dítěti atd. Této problematice, která se dotýká kontroly nad vlastním tělema procesem porodu, se budu více zabývat v kapitole věnované Moci. Adrienne Rich (1986) hovoří v této souvislosti o tom, že porod je politickou záležitostí, která je do velké míry utvářena zákony, profesionálními standardy, náboženskými sankcemi a etnickými tradicemi, z jejichž utváření byly ženy historicky vyřazeny.

Vlastní zkušenost a zkušenosti přítelkyň tedy posloužily k zásadní změně chápání a konstruování porodu. Zkušenost se pro obě stala zásadní formou a způsobem vědění, jak o ní hovoří Letherby (2003). Zejména u Zity prošla reflexe prožité zkušenosti porodu výraznou proměnou. Bezprostředně po porodu měla pocit, že jej „zvládla“, přičemž hlavní zásluhu přisuzovala přítomnému lékařskému personálu. Kdy oni „udělali to nejlepší co mohli“. Tato konstrukce přesně odpovídá způsobu, jakým se o porodu hovoří a představuje jeho kulturní podmíněnost.. (Odent, 2013) Odráží i pojetí porodu, jak je ustaveno právně, kdy je za základní úkol porodnictví považována „povinnost poskytovat zdravotní péči“ (Zeman, Doležal, 2000:20) Schopnost ženy sama porodit není v převažujícím medicínském diskurzu o porodu artikulována, hlavní váha za výsledek porodu a jeho zdárný průběh je přisuzována právě poskytované lékařské péči. Takto hodnotila svůj první porod bezprostředně po jeho průběhu i Zita, kdy považovala lékařské intervence za nezbytné,



protože věřila, že bez nich by nebyla schopna porodit vůbec. Měla tedy velkou nedůvěru ve své vlastní tělo a jeho schopnosti. Její reflexe prvního porodu, důvěry ve vlastní tělo prošla proměnou, jak bude patrné v dalších kapitolách.

Žaneta naproti tomu reflektovala svůj první porod jako neadekvátní zásah do jejích práv. Považovala ho ihned po porodu za „ukradený“ porod. Kdy na ní byly provedeny lékařské zákroky, s nimiž předem nesouhlasila, což projevila sepsaným porodním plánem, který nebyl respektován a byly jí provedeny všechny naznačené zákroky proti její vůli. Tato její prožitá zkušenost jí posloužila jako forma vědění v tom smyslu, že podruhé už byla obezřetnější, vybrala si pro porod jinou porodnici, ale stále chtěla mít jistotu porodní asistentky. Postupně při třetím porodu dospěla její důvěra do takového stupně, že byla rozhodnutá родit sama i bez asistence. Zkušenost prožitých porodů jí posloužila k získání vědění o svém těle, což přispělo k vytvoření důvěry v jeho schopnosti. O tomto vývoji budu pojednávat více v kapitole věnované signálům těla a Důvěře.

Zkušenost jiných žen byla velmi důležitá nejen v průběhu rozhodování o místě porodu, jak tomu bylo v případě Zity a Žanety, ale sloužila i jako vlastní zdroj informací o průběhu porodu samotném. Takto o získávání vědění hovoří Vendula, která byla v době svého těhotenství obklopena přítelkyněmi, které všechny porodily doma a ona byla na konci této řady.

*Jakože tím, že přede mnou rodilo hodně těch kamarádek, tak já jsem všechny **dopodrobna, všechny vyslechla a a vyzpovídala** (...) Takže jsem měla **různý jako možnosti, jak se to může stát**. A každá ten porod měla samozřejmě úplně jiné. A všechny ty varianty, který jsem zažívala já v tu chvíli, tak všechny se tam někde **ňák odrazily**. Dokonce jedna zvracela, to já jsem nezvracela. Já jsem říkala: „No, tak to je dobrý, aspoň, že nebliju jako jó.“ Další se u toho stolice **ňák uvolnila**, to já jsem říkala: „To já už nemám co. Už jsem to celý den řešila prostě tohle.“ Takže jako to jsem asi měla štěstí, že jsem byla na konci té šňůry. (Vendula, str. 5)*

Vendula tedy použila zkušenosti svých přítelkyň jako zdroj informací o průběhu porodu a věnovala mu stejnou pozornost a stejnou míru „pravdivosti“, jakou pro ni představovaly informace „odborné“, jako například v případě ultrazvukové vyšetření. Vyprávění přítelkyň a jejich zkušenosti jsou pro ni tedy stejně relevantní formou vědění jako „odborná“ literatura, či medicínský pohled na porod. Prožité zkušenosti také odrážejí variabilitu různých možností porodu, „*jak se to může stát*“. Což je opět v rozporu s lékařským modelem porodu, který se snaží probíhající děj „usměrnit“ předvídatelným způsobem, čímž je možné se vyhnout různým odchylkám od normy.

### 3.7.1.3.2 informace a chování porodní asistentky v průběhu porodu

Většina narátorek rodila doma s porodní asistentkou<sup>92</sup> a ta se stala také důležitým zdrojem vědění o průběhu porodu. Zita i Marie očekávaly dokonce, že porodní asistentka bude porod řídit, že bude představovat onu autoritu, kterou představuje v porodnici porodník/lékař. Ač měly narátorky nastudovány literaturu o přirozených porodech, ale i literaturu „odbornou“, necítily se být kompetentní porod vést a řídit, ale očekávaly, že tuto roli bude plnit někdo vnější.

*Jsem byla v tom stojí během kontrakcí a furt jsem čekala, kdy mi řekne jaký mám zaujímat ty polohy, protože už se to blížilo a furt jsem čekala, jestli mi přinese stoličku, nebo jestli mi řekne, že si mám kleknout a furt jsem tak jako spolíhala na ní, že ona to tam bude řídit. A vona mi furt nic neříkala, až jsem porodila v tom stojí, ale jako furt jsem spolíhala na ní. (Zita, str. 3)*

*Já jsem si jako prvorodička představovala, že, přestože jsem byla jako nadstandardně informovaná, a jako nastávající maminka jsem o tom porodu něco věděla, tak jako to bylo pro mě nový a čekala jsem, že mi bude říkat: „Tak teď dělejte tohle a teď dejchejte a teď tlačte a teď netlačte.“ Prostě jsem měla takovýhle očekávání a teď ona mě překvapila tím, že se posadila na gauč, úplně na druhou stranu pokoje. (...) A říkala: „tak já vás nebudu rušit, jen kdybych měla pocit, že se něco děje špatně, tak Vám do toho budu vstupovat.“ A samozřejmě jednou za půl hodiny, nebo jak to mohlo bejt, tak potichoučku přišla a vždycky jenom změnila ozvy a zase si šla sednout jako stranou. Což mě teda jako překvapilo, tendle přístup, ale pak jsem si říkala, vlastně proč ne. Dyt' se nic neděje a já jsem se cetjila fakt jako vlastně dobře. A byla jsem i v naprostým klidu. (Marie, str. 2)*

V tomto očekávání se odráží převažující medicínský diskurz o porodu, kdy žena je pasivním objektem a lékařský personál porod řídí a kontroluje. Žena tedy jen vykonává pokyny lékařského personálu. Mění polohu dle instrukcí, přesouvá se na určená místa, jsou jí provedeny medicínské zákroky, tlačí dle instrukcí atd. Michel Odent upozorňuje i na významnost jazyka, jakým se o porodu hovoří: „Dítě porodí porodník. Ženy dnes nerodí, někdo rodí za ně.“ (Odent, 2013) Přestože narátorky měly nastudovány literaturu o přirozených porodech, která jim do jisté míry nahrazovala dominantní medicínský diskurz, z jejich popisu je patrné, že stále jejich očekávání ovlivňoval a formoval. Porodní asistentky se ale v uvedených případech nezachovaly podle očekávání narátorek a žádné rady jim neposkytly, ani porod neřídily a nekontrolovaly. Naopak, to ony se staly pasivními účastnicemi porodu, které jen vyčkávaly a zasahovaly jen v případě nutnosti. Toto jejich jednání uvedené narátorky překvapilo. Zpětně ale hodnotí právě tento přístup porodních asistentek za velmi přínosný pro jejich vlastní zkušenost porodu, jak o ní budou ještě v další kapitole pojednávat.

<sup>92</sup>Tři narátorky rodily doma bez porodní asistentky jen s partnerem, nebo přítelkyní. Dvě z nich byly prvorodičky, jedna již rodila své třetí dítě. Sedm narátorek rodilo s porodní asistentkou.

Porodní asistentky (či osoby doprovázející rodičku) porod neřídily, ale poskytovaly narátorkám informace o jeho postupu. Zdržely se ovšem racionálního hodnocení situace, aby ženu nevytrhovaly z nevědomého procesu a nezatěžovaly její myšlení, které bylo v tu chvíli utlumené, jak o tom budu hovořit v dalších částech této kapitoly. Podávané informace tedy měly za cíl ženu povzbudit a dodat jí sílu k dokončení porodu. Narátorky se také v tomto smyslu vyslovují o tom, že podávané informace na ně takovýmto způsobem působily a poskytly jim velkou podporu pro dokončení porodu.

*Asistentka přijela asi v osm a zjistila, že už je to poměrně pokročilý, což mi udělalo velkou radost a pak už jestli to trvalo maximálně hodinu. Asi i tím, že mi řekla, že už je to na dobrý cestě, ona mi nechtěla nikdy říkat, kolik je to centimetrů, jenom ať se o to nestarám.. (Zita, str. 1)*

*A taky bylo hodně hezký, že se Ilonka<sup>93</sup> koukla a říkala, že už se hodně otvírá, tohle jsem nikdy u těch porodů nezažila, mě nikdy neříkali, v jaký to je fázi. Já jsem si vždycky myslela, že už je to úplně strašný, že už to nevydržím a pak se to dítě narodilo, ale kdyby mi někdo řekl, že už je to jako za chvíli, tak si to třeba i víc užiju. Tak to ještě vydržím a hezky, ale já jsem si vždycky říkala, Jéžiši tady budu ještě hodiny tlačit, to už jako nepřežiju a nikdo mi neřek, že už to dítě bude za chvilinku. A tady mi to ta Ilonka prostě řekla, přitom není žádná porodní, nic není porodního, prostě se koukla a řekla, že už jsem hodně otevřená a že už vidí hlavičku. (Žaneta, str. 1)*

Žaneta uvádí, že jí povzbudivá informace o průběhu porodu velmi pomohla zvládnout porodní bolesti, které jí při předchozích porodech v porodnici připadaly již nekonečné a nezvladatelné. Mluví o tom, že kdyby takovou informaci dostala při svých předchozích porodech v porodnici, tak by byla schopná porodní bolesti lépe zpracovat a prožít. Ve způsobu, jakým porodní asistentky sdělovaly rodičkám informace o probíhajícím porodu se odráží partnerský způsob jednání, kdy porodní asistentka není výlučnou expertkou vědění, které si nechává sama pro sebe a na jeho základě jedná, ale sdílí toto vědění s rodičkou, která porod vnímá zevnitř a má tedy jiné zdroje vědění, jak o nich budu hovořit dále v této kapitole. Porodní asistentka tedy uznává ženu/rodičku jako expertku vědění pokud jde o řízení jejího vlastního porodu, ona sama se stává jen její průvodkyní a zasahuje až ve chvíli, kdy by viděla, že se vývoj porodu nevyvíjí ke zdárnému konci. Jinak zaujímá spíše pasivní roli, jak bylo naznačeno výše.

Sára podporu porodní asistentky postrádala, respektive povzbuzující slova a vhodně sdělené informace, které by jí pomohly najít sílu pro dokončení porodu. Jí se dostalo exaktní racionální informace o tom, jak dlouho bude porod ještě trvat, ve chvíli, kdy potřebovala pouze slyšet, že si vede dobře a vše postupuje správným směrem. Sdělená

---

<sup>93</sup>V tomto případě narátorka rodila jen s přítelkyní bez porodní asistentky.

racionální informace ji ve stavu, v jakém se nacházela („měla jsem tu největší krizi“), uvrhla do stavu, kdy měla pocit, že už porod nezvládne, protože si nedovedla představit, že bude schopná probíhající bolesti ještě další dobu tolerovat. Pasivita porodní asistentky a její nedostatečné povzbuzování a informování (vhodným způsobem) o průběhu porodu jí chybělo.

*No, byla pasivní. A jenom, když jsem se jí zeptala, jestli to jde dobře, tak jako **kejvla, že jó**. Ale to bylo všechno. A pak ještě si pamatuju takovej okamžik, že už jsem fakt jako nemohla a měla jsem tu největší krizi a to jsem se jí zeptala, jestli si myslí, že už to brzo bude a **vona mi řekla: „Jó, jó, myslím, že tak do hodiny.“** A já jsem říkala: „Už ne.“ Pro mě bylo v tu chvíli nepředstavitelný ještě dalších pět minut. A to jsem jí potom říkala, po tom porodu, že to fakt není dobrý takhle...že jsem potřebovala jenom, aby mi řekla, že to už bude nebo že to jde skvěle a žádné časovej údaj, protože to (smích) fakt nebyla dobrá zpráva. (smích) (Sára, str. 4)*

Porodní asistentky komunikovaly s narátorkami ale i nepřímou a neverbálně a i skrze jejich chování a jednání získávaly narátorky informace o tom, jak porod postupuje. Vliv na jejich vnitřní vnímání porodu tedy mělo i emoční naladění porodní asistentky. U Silvie se projevuje v jistém smyslu předání kompetencí ohledně případných komplikací do rukou porodní asistentky. V jejich očích je tedy asistentka tou, která pozná, kdyby se porod nevyvíjel ke zdárnému závěru. Jak bude ale ukázáno v kapitole o Důvěře, je přijetí této autority vědění svázáno právě s důvěrou v osobu porodní asistentky, která vědění předává a reprezentuje.

*A já jsem moc nad tímhle nepřemejšlela. Já jsem prostě si říkala: „Když by něco šlo blbě, nebo nešlo, tak jak má, tak **to pozná ta asistentka a řekne nám.**“ Jó... jako já jsem moc tohle neřešila, já jsem to prostě nechala na ní. (Silvie, str. 9)*

*No... **byl pro mě jako důležitý klid těch asistentek.**<sup>94</sup> (...) pro mě bylo důležité to, že ony byly prostě v pohodě. A to, že mě občas prostě **zkontrolovaly a zkontrolovaly ozvy a řekly třeba kolik jsem se otevřela za poslední hodinu**, což mi dodalo trošku jako důvěru v to, že ty stahy působí, že to není prostě zbytečná bolest. (Bronislava, str. 5)*

Narátorky uvádějí, že vědění o porodu doma získávaly skrze porodní asistentky ještě i před vlastním porodem, když s nimi případné komplikace a okolnosti porodu doma konzultovaly. Zaměřily se na konzultaci komplikací, které bývají tradičně uváděny v medicínské literatuře jako život ohrožující pro matku a dítě jako je krvácení matky, hypoxie plodu atd., které se dle medicínského diskurzu a lékařsky vedeného modelu porodu mohou kdykoliv a nečekaně objevit. Z konzultací vyplynulo, že uvedené komplikace mohou vzniknout do značné míry právě díky rutinně prováděným

---

<sup>94</sup>Bronislava rodila doma za přítomnosti dvou porodních asistentek. Vedle v místnosti v jejím bytě rodila ještě jiná žena, která nesehnala jinou porodní asistentku ke svému porodu doma, než tu, s níž právě rodila Bronislava.

medicínským zásahům a při porodu doma k nim obvykle nedochází, protože nemedikovaný porod se vyvíjí jiným způsobem a případné komplikace se objevují s předstihem a nikoliv náhle a nečekaně<sup>95</sup>:

*A jediný vlastně, co se týká nějakých jako komplikací potenciálních, tak jakoby jediný, co jsem se ptala tý svojí porodní asistentky, bylo takový ty strašáky, co se říkají, když třeba ženská začne strašně krváčet. Jo takový to, že teda buď seš na sále a nebo seš mrtvá. A to vím, že ona mi tenkrát říkala, že to nastane jenom v případě, když ta děloha je totálně vyčerpaná. A že to při normálním porodu se nestává, to je jenom, když prostě je umělej oxytocin a tak. (Bronislava, str. 3)*

*Co teda jsem se snažila zjistit byly vlastně ty rizika toho domácího porodu, co se u toho porodu doma může stát a jak se to řeší, a kdy se nemá rodit doma a kdy se může rodit doma, což samozřejmě všechno nám ta porodní asistentka řekla, že jo. (Marie, str. 4)*

Osoba porodní asistentky sloužila narátorkám jako konzultantka ve fázi rozhodování o místě porodu. Její chování, jednání, stejně jako způsob komunikace a sdělování informací o průběhu porodu, byly stěžejním zdrojem vědění pro narátorky vedle jejich vlastních vnitřních zdrojů informací.

### 3.7.1.3.3 signály těla, instinkt – intuice, znamení

Vedle vnějších informací pocházejících od porodní asistentky, nebo doprovázejících osob, uvádějí narátorky, že se orientovaly podle informací pocházejících zevnitř jich samých, nikoliv z vnějšího prostředí.

V této souvislosti hovoří o intuici, kterou vnímají jako protiklad racionálnímu uvažování, jež bylo dle jejich sdělení v průběhu vlastního porodu „vypnuté“ či „zastřené“. Vedle intuice se odvolávají také na instinkt, nebo pud, který vedl jejich chování a jednání. Takto tedy Blahoslava uvádí, že přesně poznala, že už bude rodit, protože se „cítla nějak divně“ a uvnitř „cítla“, že ten den bude rodit. V tomto stavu, kdy narátorky uvádějí, že jednaly intuitivně, či animálně, pudově nebo přirozeně, byly také schopné nalézt polohu, která jim umožňovala lépe zvládat porodní proces.

*Takže vlastně mám pocit, že během toho porodu prostě ta mysl jako byla zastřená a člověk jako jedná spíš pudově nebo prostě nějak intuitivně ..... a animálně, nebo jak to jako nazvat. Ale prostě jako rozhodně ne rozhodně né racionálně. (Silvie, str. 8)*

*A ... a vlastně bylo to zajímavý, protože ačkoliv člověk neví a nikdo mu pořádně neřekne, jak to pozná, že bude rodit, tak ty instinkty tam prostě fungují, prostě ráno jsem se*

<sup>95</sup>Při porodu doma se nechává dotepat pupečník, což může výrazně snížit riziko hypoxie plodu. Také tím, že ženě nejsou podávány žádné léky ani epidurální analgezie je riziko hypoxie nižší, než při porodu v porodnici. (Štomerová, 2005) Michel Odent uvádí, že v Pithiviers, porodnici, kde působil, byla perinatální úmrtnost kolem 10 promile, což je hodnota, kterou nedokáží udržet ani nejprůmyslovější země světa, aniž by přitom nevrstl počet lékařských zákroků a císařských řezů. (Odent, 1995)

vzbudila a byla jsem taková celá divná a rozum to samozřejmě odmítal, **ale někde unvitř jsem cítila**, že dneska jako to prostě nastane. Takže přesně ta mánie: upéct, navařit, nasmažit, uklidit, ty jo. (...) No a pak najednou, jak ten rozum se mi vypnul, takový jako po tom maratónu a tak prostě přirozeně jsem šla na ty čtyři. A i přirozeně jsem si pod sebe nahrnula ty polštáře, abych měla fakt jako oporu. A pak furt přirozeně jsem byla na těch čtyřech. Jo, **jako fakt ta intuice, když jí necháš jako průchod, ty intuici, tak to jde jako samo, vůbec nemusíš řešit nic.** Jo jako, ale vím, že to třeba nefunguje takhle každému. Ted'ka jsem třeba byla u porodu<sup>96</sup>, kde tam holka poskakovala furt a nevěděla, jestli si má stoupnout na hlavu nebo co. (Blahoslava, str. 1 a 3)

Protože já jsem mohla krásně, nebo vlastně jsem **najednou zjistila, že vlastně vůbec nic nepotřebuju, žádný rady a že vlastně cejtím, co se v tom mém těle děje** a že cejtím, co mám dělat a vím prostě, že, a to jsem už věděla z toho předporodního kurzu, že se dá nějak ulevit nějakějma úlevovejma polohama, jakože jsem si prostě hledala polohy, který mi byly nejpříjemnější. (Marie, str. 2)

Ve stejném smyslu hovoří i Michel Odent (1995) o jisté zasuté univerzální složce v chování matky a dítěte, kterou nazývá instinktem<sup>97</sup>. Ženy v tomto stavu „jednají se zřejmým záměrem, spontánně hledají a snadno nacházejí pozice, které jim nejlépe vyhovují a které se také ukazují jako fyziologicky nejvhodnější. (...) Když se ženy během porodu pohybují a jednají podle svých instinktů, chovají se ve skutečnosti mimořádně racionálně.“ (Ibid., 1995: 36, 38) Odent se ve svém výroku snaží překonat tradiční dichotomickou opozici iracionálního, pudového a racionálního jednání. Když tvrdí, že instiktivní jednání může být vysoce racionální.

Narátorky také zmiňují intuici ve vztahu k „divné bolesti“, která by jim signalizovala, že nastává nějaká komplikace, nebo nestandardní vývoj porodu.

*Já věřím, že intuice by mi řekla, že je něco špatně. Nebo že se něco děje. Hlavně se to pořád zintenzivňovalo, takže jsem věděla, že to někam pokračuje. Nic se nezastavilo nikdy. Bylo to pořád, když to tak blbě řeknu, horší a horší jako jó. Ale nebylo to horší a horší jakoby negativně ve smyslu: strašně krvácím, nebo strašně mě něco bolí divného, jiného, než co by mělo. Jó, jako že břicho a podbříšek a záda, křeče a zimnice – dobrý, tak to mi buď někdo říkal, nebo jsme to teda někde vyčetli. Ale nebylo to nic takového, jako že bych omdlávala nebo něco nestandardního. (Vendula, str. 5)*

*asi ta intuice, že ... já nevím, já si myslím, že by mi něco napovědělo, že jako by mě něco nějak blbě bolelo. Ale ono to všechno šlo tak, že to nikde blbě nebolelo, že to prostě všechno tak jako navazovalo.... Dobře na sebe tak. (Silvie, str. 9)*

Narátorky tedy vnímají intuici, pud či instinkt jako autoritativní vědění, které určuje jejich chování a jednání v samotném průběhu porodu, umožňuje jim nalézat optimální úlevové polohy. Pokud jde o intuici ve vztahu k upozornění na případné komplikace, tak tu vztahují s přítomností „divné bolesti“, která by se v průběhu porodu objevila. Intuice

<sup>96</sup>Blahoslava doprovází ženy u porodu jako dula, jak v porodnici, tak doma.

<sup>97</sup>Odent hovoří v této souvislosti o tom, že instinkt bývá často nevhodně stavěn do protikladu vůči rozumu. Ženy jsou pak ztotožňovány právě s instinktem a muži s rozumem. Odent naproti tomu tvrdí, že je možné propojit instinkt s rozumem, což přináší ženám rychlejší a lehčí porody.

chápaná jako autoritativní vědění je také svázána s prvkem důvěry: „*věřím, že intuice by mi řekla*“. Tomuto vztahu se budu ještě více věnovat právě v kapitole věnované Důvěře. Intuitivní vědění má tedy pro narátorky vysokou míru pravdivosti, protože na základě něj nechávají svoje tělo jednat a v jistém smyslu se vzdávají racionální kontroly nad ním a jeho projevy. Tomuto tématu se budu více věnovat v kapitole o Moci.

#### 3.7.1.3.4 vnitřní pocit

Vedle intuice a tělesných signálů se narátorky také velmi často odvolávají na svůj vnitřní pocit. Ten byl pro ně směrodatným vodítkem při vlastním průběhu porodu, ale i při rozhodování o místě porodu, jako v případě Ludmily.

*My jsme i projížděli Českou Lípu, když jsme jeli na tu roubenku a Dejvy tak jako: „Tak co, mám jet do tý porodnice?“ A já říkám“ **Hele, fakt to necejtím, fakt né.** (Ludmila, str. 6)*

***Já už jsem cejtila, že už se něco děje** (...) to už jsem **úplně cejtila**, jak reaguje tělo, jak Arnoštovo, tak moje (...) najednou mě kamarádi zavalili spoustu knihama na to téma. Odbornejma, ňáký francouzští porodníci a různý a tam se **potvrzovalo to, co jsem cítila.** (Ludmila, str. 1, 2 a 4)*

***že jsem fakt dělala, co jsem cejtila, že mám dělat** (...) já jako jsem celou dobu cejtila, že se to děje všechno, jak má. (Silvie, str. 8 a 9)*

***Já jsem cítila, že to je jako v pohodě.** Že to není jakoby důvod, že by bylo něco v nepořádku. (Blahoslava, str. 3)*

Vnitřní pocit je svázán s tělesnými projevy, jak o něm hovoří Ludmila, kdy vnímala tělesné pocity a na základě dosavadních znalostí a vědomostí, které o porodu načerpala, byla schopná tyto tělesné vnitřní projevy rozeznat a považovat za zdroj vědění. Její pocit také korespondoval s „odborným“ věděním, které v průběhu těhotenství studovala a toto vědění jí potvrdilo, že její pocit byl správný. V jejím výroku je také patrný prvek náhody, či shody okolností, který se objevil již na počátku této kapitoly u Blahoslavy, která „narazila“ na knihu, o jejíž existenci neměla v té době tušení. Tyto zdánlivě „náhodné“ okolnosti totiž způsobily postupný vývoj myšlení narátorek, který měl vliv nejen na způsob, jakým o porodu uvažují, jak ho prožívaly a hodnotí, ale má vliv i na proměnu jejich celkového pojetí života a přístupu k němu, jak bude patrné v dalších kapitolách.

Pocit tvoří jistým způsobem opozitum racionálnímu myšlení, které dle tvrzení Michela Odenta musí být utlumeno, aby se porod mohl nerušeně vyvíjet, protože porod považuje za nevědomý proces a všechny faktory, které zaměstnávají tzv. „nový mozek“, tj.

neokortex, mohou vývoj porodu narušit. (Odent, 1995, 2013) Vnitřní pocit je také velmi silně propojen s důvěrou. Narátorky používaly pocit jako formu autoritativního vědění proto, že mu důvěřovaly. Tato důvěra je propojena dále s předchozí zkušeností, která narátorky vede k tomu, že považují pocit za „pravdivý“ v tom smyslu, že se jím nechají vést a jednat na základě informace, která z tohoto pocitu pramení.

### 3.7.1.3.5 racionální uvažování x pocit

Narátorky používaly velmi často intuici, signály vlastního těla, či vnitřní pocit jako autoritativní vědění a o jeho autoritě nepochybovaly.

Narátorky samy o sobě jsou nicméně velmi racionálně zaměřené ženy, o čemž svědčí i fakt, že studovaly literaturu o přirozených porodech, ale i literaturu odbornou, jak bylo uvedeno výše. Informace tedy zpracovávaly především teoreticky, i když se jednalo o vyprávěné příběhy, nebo zkušenosti jiných žen.

Racionální uvažování se tak v některých případech dostalo do konfliktu s věděním intuitivním či se signály vlastního těla. Silvie se například ocitla v situaci, kdy její tělo přesně vědělo, co má dělat, ale její myšlení se těmto signálům vzpíralo a bylo nejisté. Silvie tedy nevěděla, zda má následovat signály svého těla, nebo ho má nějak usměrnit.

*To jako byl jedinej moment, kdy jsem fakt nevěděla. Protože před tím to postupovalo tak jako přirozeně a normálně. Ale tohle byl moment, kdy jsem si říkala, že jako fakt jako teďka nevím, prostě, co mám úplně dělat. A to tělo mi to říkalo, že jo. Tělo mi říkalo: „prostě tlač“, ale ta hlava mi říkala: „Ty, jo, ale já nevím.“ Že jo, jestli jsem otevřená, protože prostě někdy asi .... nebo já nevím, já to znám z těch různých filmů, že jo, z těch porodnic, kdy tam těm maminkám říkaj: „teď ještě netlačte.“ Nebo kamarádky mi vyprávěly, že jim říkaj: „tak teď tlačte a teď netlačte.“ A tak jsem z toho byla taková jako zblblá. Jako tělo chtělo tlačit, ale hlava říkala: „Hm. Ale co když jako ještě nemám tlačit.“ No, já jsem normálně tlačila, protože prostě to nešlo prostě už netlačit. (Silvie, str. 4)*

Racionální informace pocházející z vnějšího pozorování, jako je například míra otevření porodní branky, se dostaly do konfliktu s informacemi, které vysílalo tělo narátorky. Ta svou vůlí mohla rozhodnout, zda bude tělesné signály následovat, nebo bude tělo nějakým způsobem „brzdit“ či usměrňovat. Nejistota se zřejmě objevila i proto, že narátorka neměla s procesem porodu vlastní zkušenost a ve chvíli rozhodování, jak se zachovat se jí objevilo stereotypní zobrazování porodu, který musí někdo řídit a vést a říkat rodiče, kdy má tlačit a kdy nikoliv na základě vnějšího pozorování a zhodnocení situace. Do popředí se tedy dostal kulturně zažitý koncept porodu založený na tom, že žena není schopna porodit sama, ale potřebuje k tomu „odborné“ instrukce porodníka. (Odent, 2013)



Dalším faktorem, který způsobuje obtížnost rozhodování, pokud se dostanou do konfliktu mysl a tělo. tj. racionální myšlení a tělesné projevy, je hierarchické postavení těchto dvou entit. Přičemž racionální myšlení je ve vyspělé západní společnosti považováno za výše postavené a tělesným projevům a pocitům nadřazené. V pozitivistickém paradigmatu, na němž je založena racionální věda i vědecká medicína, jsou totiž racionální poznatky považovány za objektivní a spolehlivé na rozdíl od „nespolehlivých“ a proměnlivých, těžko uchopitelných pocitů. Pocity, pudy, instinktivní jednání jsou považovány jako bližší přírodě<sup>98</sup> a přírodním projevům, které jsou pojímány za hierarchicky níže postavené, než je racionální myšlení a tedy i racionalizace, či „usměrnění“ projevů těla<sup>99</sup>. Protože i Silvie je do značné míry ovlivněna tímto paradigmatem a přístupem ke světu, bylo pro ni rozhodování v tu chvíli obtížné.

Konflikt racionálního myšlení a pocitu vyvolala i situace, která je v dominantním medicínském diskurzu o porodu považována za patologickou. Narátorky se tak ocitly v situaci, kdy se jim objevily pochybnosti, zda je daná situace v pořádku, nebo je třeba vyhledat pomoc a odjet do porodnice. S touto nejistotou byly konfrontovány v době, kdy u nich ještě nebyla přítomná porodní asistentka a ony se musely nějak rozhodnout, jak budou jednat.

*Což všichni říkají: „zelená voda, okamžitě do porodnice!“ Já jsem se lekla, rozum se lekl. A že a ještě tu nebyla Dominika<sup>100</sup> a prostě najednou úplně jsem si říkala: „to je v pohodě.“ (Blahoslava, str. 3)*

*A že ta voda byla jakoby červeně zbarvená. Takže to vypadalo jako krev, ale bylo jasné, že to není čistá krev, že to je zbarvená voda. Tak tam jsem si racionálně kladla otázku, jestli to je všechno v pořádku, protože já jsem samozřejmě věděla, že když je čirá červená krev, tak to je něco v nepořádku. Ale zároveň jsem se vnitřně cejtěla úplně v pohodě. (Marie, str. 4)*

Do konfliktu se tedy dostalo vnější vědění pozorované situace, která za určitých okolností může být vnímána jako patologická. Může naznačovat komplikovaný vývoj porodu. Blahoslava i Marie uvádějí, že se tedy RACIONÁLNĚ tázaly samy sebe, zda je všechno v pořádku. V mysli se jim objevovaly informace, které jsou součástí medicínského diskurzu zaměřeného na patologii. Jejich vnitřní pocit jim vysílal jiné informace, ale ony si nebyly jisté, zda jsou tyto informace spolehlivé, tj. zda mají takovou míru pravdivosti, že je

<sup>98</sup>Tématu, zda se má žena k muži jako příroda ke kultuře se zabývala myslitelka: Ortner, S.B. (1974) 1998. Má se žena k muži jako příroda ke kultuře? In L.Oates- Indruchová (ed.) *Dívčí válka s ideologií*. Praha: SLON, 1998, s. 90-114.

<sup>99</sup>Více se tématu „poslušných těl“ a jejich zařazení do normy v prostředí nejrůznějších institucí (škola, církev, sport, armáda atd.) věnuje M. Foucault, 2000. *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin.

<sup>100</sup>Doprovázející porodní asistentka.

možno na jejich základě skutečně jednat. Neměly možnost danou situaci jakkoliv racionálně zkoumat, protože k tomu neměly doma prostředky, nástroje, ani potřebné vědění. Mohly zkoumat jen svůj vlastní pocit a důvěřovat mu. Nakonec se rozhodly, stejně jako Silvie v předchozím případě, pro následování pocitu, který se stal v tu chvíli pro ně autoritativním věděním, které je velmi úzce propojeno s důvěrou a se zkušeností, protože jej nelze v danou chvíli jakkoliv testovat, či dokazovat, nebo podrobit racionálnímu zkoumání. Rich (1995) na konfliktní vztah mezi racionálně vědecky popsaným porodem a těhotenstvím a vnitřním, intuitivním vnímáním ženy také upozorňuje. Tvrdí, že „hlavním záměrem mužských zásahů do procesu porodu je zmást ženy, protože velmi často mužská „pravidla“ těhotenství, odporují ženské „intuici“, kdy ženy cítí, co je nejlepší pro jejich těla, duši a miminka“. (Rich In Tong, 1995: 77) Narátorky jsou medicínským diskurzem o těhotenství a porodu obklopeny, mají ho „vepsány do těl“, tento diskurz také stojí hierarchicky výše, než vědění o přirozeném porodu, také iracionální informace přicházející formou pocitu, či intuice jsou v dominantním vědeckém pojetí považovány za nespolehlivé. V situaci, kdy byly nuceny se rozhodnout mezi těmito dvěma formami vědění přicházejícími z racionálního myšlení ovlivněného medicínským diskurzem a vlastním pocitem, čelily velkému dilematu, který nebyl racionálně řešitelný.

Judita byla odkázána úplně sama na sebe, protože rodila doma bez asistence<sup>101</sup>, jenom s partnerem. Uvádí, že přítomnost partnera ji „nutila“, nebo měla pocit, že ji nutí udržovat s ním racionální komunikaci, která byla v rozporu s tím, co cítila navenek. Nedokázala se tak úplně uvolnit a „odpojit“ od racionálního myšlení a následovat jen svůj instinkt ve smyslu, jak o něm hovoří Michel Odent (1995, 2013).

*nó...trošku, jak jsme to neměli vošéfovaný i s Dominikem, kterej tam byl se mnou, tak jsme vobčas jako trošku zmatkovali lehce. Já věděla, že je všechno v pořádku, ale ta jeho přítomnost tam, bylo to takový, že jsem přepínala z té polohy té rodící ženy do polohy toho, kdo to tam vlastně řídí. (...) Zevně právě jak jsme tam tu hlavu, tak jsem různě pak říkala věci, který pak ještě Dominik mi zpětně mi připomíná, že jsem si nebyla tak jistá, jenže já jsem měla vlastně dvojí osobnost té chvíli. Vnitřní jsem věděla, že to jde v pořádku, vnitřně jsem se smířovala s tím, co se děje, ale ta hlava a ten projev navenek prostě byl trošku jinej. Jó, a to bylo a to je taky pro mě lekce, prostě jsem se jako nedokázala vodpojit vod těch jako vod té hlavy. (Judita, str. 2 a 3)*

Opět se v jejím popisu objevuje prvek nejistoty svázaný s racionálním myšlením a prvek jistoty ve vztahu k vnitřním pocitům. Vzhledem k tomu, že i jazyk je svázan s racionálním myšlením a omezen jeho pravidly a možnostmi, promítá se tato nejistota do

---

<sup>101</sup>Judita plánovala родit doma s porodní asistentkou, ta ale na poslední chvíli asistenci u porodu doma odmítla. Judita se rozhodla doma родit i přesto.

sdělovaných a komunikovaných skutečností, protože vnitřní pocity lze prostřednictvím jazyka jen velmi obtížně vyjádřit. Judita zde také naznačuje, že nutnost racionálně uvažovat ji v průběhu porodu zatěžovala a komplikovala celou danou situaci, protože přítomný partner neměl jiné zprávy, než právě ty přicházející z jejich racionálních jazykových projevů. Byl tedy odkázán na tuto interpretaci průběhu porodu, která ale byla často v rozporu s vnitřními pocity narátorky, které jsou obtížně slovy sdělitelné. Jeho následné reakce tedy způsobovali „zmatek“ a narušovaly důvěru v proces porodu.

Ne vždy se ale dostává rozum a cit do protikladu. Většina narátorek používá racionální vědění i moderní poznatky vědecké medicíny pro svůj vlastní prospěch. Narátorky vědecké či racionální vědění neodmítají ani nepopírají. Staví se k němu ale kriticky, nepřijímají ho jako daný fakt, ale vztahují toto poznání ke své dosavadní zkušenosti. Finální rozhodnutí potom činí na základě svého vlastního úsudku, který je kombinací poznání rozumového, zkušenostního i intuitivního:

***jak když mě praští do palice, něco. Tak jsem řikala: „To je ono, prostě, tohle mi dává smysl. Tohle má hlavu a patu, tamto byly jenom takový fragmenty děsu. No a tak jsem ráno ve čtyry dočetla tu knihu a vyskočila jsem z postele a křičela jsem na Ludka, na manžela: „Já už jsem na to přišla. Já budu rodit doma. V klidu.“ (Blahoslava, str.1)***

***Protože já se svým tělem už jsem zažila spoustu peripetií a nikdy mě nezklamalo, tak jsem věděla, že prostě nezklame, no. V tomhle tom, já zajímám se hodně o fyziologii, cvičím tu jógu a i si čtu anatomii a takový věci, mě to jako zajímá a u sebe hodně věci cejtím, pozoruju a věděla jsem, že vypuzovací reflex pro mě není problém. (Judita, str. 3)***

***Takže vona tím, jak mi to všechno vysvětlovala, jak jsem načítala ty knížky, tak jsem zjistila, že to tak vůbec nemusí být a začala jsem věřit tomu tělu a viděla jsem, že to všechno krásně pokračuje, ona mě taky o tom přesvědčila. (Zita, str. 4)***

Narátorky kombinují různé způsoby poznání, přičemž tyto nestojí v hierarchickém vztahu. Racionální vědění tedy není nadřazeno intuitivnímu či naopak. Určitý typ poznání vztahují ke své dosavadní zkušenosti, porovnávají ho s tím, zda jim předkládané poznání připadá smysluplné. Jako způsob poznání používají také svou dosavadní zkušenost, jak uvádí například Judita, která měla zkušenost se svým tělem, „věděla, že ji nezklame“. Nespolehala se ale jen na tuto znalost, ale kombinovala ji s teoretickým poznáním a věděním z oblasti fyziologie, anatomie. Toto poznání ale vztahuje ke své osobě, nevnímá ho tedy jaksi oddělené od svého prožívajícího subjektu a individuality.

#### 3.7.1.4 jistota vědění

Narátky uvádějí i situace, kdy si byly naprosto jisté a o svém vědění vůbec nepochybovaly, ačkoliv ho nebyly schopny rozumově zdůvodnit. Všechny ženy, ač prvoroďičky tedy bezpečně poznaly, že porod již opravdu začíná:

*“No, vím, to. Dělej.“ Já jsem to prostě cítila, jak to miminko se mi tam do té pánve prostě šteluje. Jak už jsem se z větší části prostě otevřela a jak už se tam děje něco, že už jsem se nemohla ani hejbat pořádně. (Blahoslava, str. 2)*

*No a já jsem ležela v posteli a furt jsem si mačkala stopky na mobilu a pak jsem si četla, jak dlouho to trvá, ty stahy. No a už jsem nebyla schopná vstát a pak jsem furt lítala na záchod, tak do čtyř ráno a pak už jsem v ty čtyři volala, ať tedy určitě přijede, že už je to určitě ono. (Bronislava, str. 2)*

*No a asi za tři dny přišly opravdický kontrakce, což jsem okamžitě poznala, že už je to ono.....Tak jsem mu hnedka přes Skype psala:“ dneska budu rodit“, už jsem to věděla prostě a měl na plánu tu cestu do Brna a já jsem řikala: „Hele, klidně jed“ (Marie, str. 1)*

Ve zmiňované jistotě vědění se promítá emoční prvek vědění, který není racionální vědou vůbec reflektovaný, nebo je posuzován jako vysoce nespolehlivý, protože je velmi individuální, neměřitelný a neverifikovatelný. Je vázán na vnitřní prožívání a je spojen s tělesností a vnímáním vlastního těla a jeho projevů. I pro samotné narátky byla tato forma vědění velmi těžce zdůvodnitelná. Prostě to „cítily, věděly, poznaly“, ale kdyby měly říci JAK, dostaly by se do limitů jazyka, který je svázán s racionálním myšlením a jehož prostřednictvím jsou některé skutečnosti týkající se emočního a prožitkového světa velmi obtížně sdělitelné.

Jak již bylo naznačeno výše v konfliktu mezi racionálním myšlením a pocitem, či signálem těla, tento doprovázela jistota, na rozdíl od racionálního myšlení, které provázela nejistota. Zde se situace opakuje. Narátky uvádějí, že si byly svým věděním naprosto jisté, jejich pocit jim poskytoval naprostou jistotu vědění, o které vůbec nepochybovaly, i když ji nebyly schopny racionálně zdůvodnit.

#### 3.7.1.5 konzultace s partnerem

Ve fázi rozhodování o místě porodu, konzultovaly všechny narátky své nově nabyté vědění se svými partnery, protože pro ně bylo důležité, aby je v jejich úmyslu rodit doma podpořil. Pokud narátky zmínily postoj svého partnera k jejich úmyslu rodit doma, pak ten byl zpočátku váhavý, nejistý:

*A Milan teda ze začátku z domácího porodu nadšený nebyl, nebyl odpůrce, ale měl takovej ten přístup - nejdřív si to vyzkoušet napoprvý v porodnici a tam uvidíme, jak to budu zvládat a pak teda napodruhý, že budu doma. (Marie, str. 1)*

*No a tak jsem ráno ve čtyry dočetla tu knihu<sup>102</sup> a vyskočila jsem z postele a křičela jsem na Lud'ka, na manžela: „Já už jsem na to přišla. Já budu rodit doma. V klidu.“ A toho málem klepla pepka, prostě jo. Protože byl taky z tý porodnice vymaštěnej. A říkal, no a to jako v tom bytě, my jsme měli docela velké byt, „to asi nepude, teď jako ty lidi a ta krev“. Teď ten křik tý ženy rodící, tak půlka baráku prostě na nohách, že jo. (Blahoslava, str. 1)*

*A muž ten s tím byl docela v pohodě, když jsem mu to vysvětlila, tak jako že RACIONÁLNĚ (se zlehčením a důrazem). ... Prostě, že je lepší být doma. A pak i byl na něký, většinou ty poradny byly, když on nebyl doma, ale pak i na byl na něký něký přišel taky, aby se s ní viděl s tou asistentkou. ... (Bronislava, str. 1)*

*potřebovala jsem přesvědčit muže, kterej, když o tom slyšel poprvý, tak si myslel, že jsem se zbláznila. Tak jsem mu řekla, že ať si přečte „Hovory s porodní bábou“ a pak mi řekne to svý NE. Ale to dočítal, až když jsem rodila. (Zita, str. 2)*

*On teda ze začátku říkal, když jsem s tím přišla: „Jo, jako jo? Myslíš, že to je dobrý nápad?“ A nikdy mi neřekl NE. Ale nikdy mě nezadil jako, že to je blbost, nebo tak. (Vendula, str. 6)*

Partneři narátorek měli k dispozici jen zprostředkované poznání. Jejich vědění o porodu bylo ovlivněno především medicínským diskurzem, který se objevuje v „odborné“ literatuře, stejně jako je prezentován prostřednictvím médií. K jiným informacím neměli partneři na rozdíl od narátorek přístup. Měli tedy v daleko větší míře, než narátorky internalizován dominantní medicínský diskurz, který zobrazuje porod jako děj plný krve a křiku. Nebo jej považovali za děj nebezpečný, plný rizika, který je alespoň napoprvé, lépe prožít v porodnici, kterou považují v tomto kontextu za „bezpečné“ prostředí, kde jsou odborníci, připraveni včas zasáhnout, kdyby se objevila komplikace. Vnímali tedy porod do značné míry tak, jak jej konstruuje lékařský model porodu, jako děj, který je třeba kontrolovat a snažit se o předcházení případným komplikacím. Z počátku tedy projevovaly velkou míru skepse, když jim jejich partnerky oznámily svůj záměr rodit doma.

Narátorky se tedy snažily partnera přesvědčit, či mu alespoň představit svůj pohled na věc a osvětlit motivace, které je k rozhodnutí rodit doma vedou. Volily k tomu různé způsoby. Bronislava partnerovi vše racionálně vysvětlila a ten její vysvětlení přijal. Zita podmínila vyslovení partnerova zamítavého stanoviska přečtením knihy. Partnera nakonec přesvědčily racionální argumenty a setkání s porodní asistentkou Dominikou na předporodním kurzu, nebo v poradně, kam chodily narátorky a s níž některé plánovaly rodit doma.

<sup>102</sup>Doležalová, J. 2004. *Porod doma*. Praha: Formát

*A myslím, že Milana **hodně přesvědčila i ta Dominika** na tom kurzu. Protože on viděl, že ona není žádná fanatička, že nám tam **naprosto racionálně vysvětlila ty věci**, jak co se děje při tom porodu. Co se děje potom, co se může dít. Co se může dít potom v nemocnici. Co se třeba děje doma jó jako. A on si prostě z toho vzal to, že pro nás ta varianta родit doma je lepší. (Silvie, str. 7)*

*Ale pak jsme se sešli s tou Dominikou a **v těch debatách s ní přestal mít ty do značny míry iracionální obavy z domácího porodu nebo jakoby z porodu vůbec**, protože jako chlap si vůbec nedokázal představit...nic o tom nevěděl, že jo. (Marie, str. 1)*

***Byl se mnou jednou u Dominiky**, tak to myslím, že to mu docela pomohlo. (Zita, str. 2)*

*A potom, jak se to blížilo, **tak u nás vlastně byla Dominika jako na návštěvě**. „Tak to je v pohodě“ Viktor říkal: „Tak ta mi přijde prostě jako **normální ženská**, žádná víla, nebo čarodějnice.“ (Vendula, str. 6)*

Narátky uvádějí, že jejich partnery nakonec přesvědčila, či zmírnila jejich obavy ohledně porodu doma, právě porodní asistentka a její racionální argumenty. Často to ale byla i celková osobnost porodní asistentky a dojem, který na partnery „udělala“. Tj. že nepůsobila jako nějaká iracionální zastánkyně domácích porodů, ale jako zkušená profesionálka, která zná rizika i přínosy různých faktorů, které v průběhu porodu působí a mají na jeho zdárný průběh vliv. Marie zmiňuje, že v debatě s porodní asistentkou přestal mít její partner iracionální obavy z porodu jako takového, protože jako muž si vůbec nedovedl představit, co to vlastně porod je. Zde Marie naráží na sdílenou ženskou zkušenost, která je v některých pojetích všem ženám společná a dle paradigmatu o přirozených porodech je porod instinktivní záležitostí, která je přirozená a společná pro všechny ženy napříč generacemi i kulturami.

Narátky si musely se svými partnery své rozhodnutí родit doma vyjednat, protože potřebovaly získat jejich podporu. Vědění narátek se tedy utvářelo a formovalo právě i prostřednictvím tohoto vyjednávání s odlišným postojem a přístupem k porodu. Vzhledem k tomu, že se jednalo o více méně rovnocenný partnerský vztah, měly narátky vhodnou vyjednávací pozici. Partnerův postoj se často proměnil i vzhledem k důvěře, kterou měl ke své partnerce, jak o tom budu více pojednávat právě v kapitole věnované Důvěře.

V této kapitole jsem se pokusila popsat formy a typy vědění, které narátky používají a jež považují za autoritativní v průběhu přípravy na porod i během jeho aktuálního průběhu tak, jak je rekonstruují ve svém vyprávění. Z jejich popisu a argumentace vyplývá, že volily různé formy vědění, které spolu vzájemně kombinovaly. K různým metodám poznání a vědění přistupovaly narátky kriticky a rozhodovaly se na základě dané situace a srovnání se svou dosavadní životní zkušeností, která zahrnuje i

poznání vlastního těla, jeho schopností, ale vstupuje zde i prvek důvěry, ve chvíli, kdy nelze dané poznání nijak kriticky hodnotit. Jejich vědění je ve velké míře kontextuální a podléhá vývoji, tj. není statické a za všech okolností stejné, ale proměnlivé vzhledem k aktuální situaci. Tento způsob myšlení odráží závěry, k nimž dospěla Carol Gilligan (2001) ve svém výzkumu, kdy tvrdí, že v etice péče převažuje právě kontextuální způsob uvažování, který zároveň bere ohled na vztahy.

Narátky také dospěly k určitému poznání a rozhodnutí, že si přejí, či chtějí родit doma, toto své vědění ale konzultovaly se svými partnery a bylo pro ně důležité nikoliv „pouhé“ prosazení vlastního způsobu vědění, ale i zachování vztahu. Jak bude ukázáno ještě dále v kapitole o Důvěře, zachování vztahu bylo podstatné i ze strany partnera narátorek.

Narátky, stejně jako jejich partneři byli konfrontováni se zkušeností porodu, která jejich vědění o porodu někdy i radikálním způsobem proměnila. Jaký význam měla zkušenost porodu doma pro narátorky i jejich partnery, o tom bude pojednáno v další kapitole.

### **3.7.2 Zkušenost**

Zkušenost porodu je do jisté míry utvářena věděním o porodu, jak jsem se pokoušela představit v předchozí kapitole. Zároveň je zkušenost samotná také formou vědění, která ovlivňuje pohled na svět a pojetí skutečnosti a reality, jak jej vnímají narátorky, ale i jejich okolí. V této kapitole se pokouším osvětlit, jakým způsobem zkušenost přirozeného porodu doma ovlivnila životy narátorek, jak „zapadla“ do kontextu jejich života. Pokouším se postihnout jaký vliv měla na ně samé, ale také na jejich partnerský život, vztah s dítětem, ale i na jejich širší okolí. Budu si všimnout také toho, jakým způsobem zkušenost, jak jí narátorky popisují, koresponduje s teoretickými koncepty o zkušenosti, jak jsem se jim věnovala v teoretické části své práce.

#### **3.7.2.1 očekávání – představa porodu**

Očekávání průběhu porodu bylo ovlivněno věděním, které narátorky o porodu načerpaly, jak bylo uvedeno v přechozí kapitole. Paradigma přirozeného porodu je zaměřeno na pozitivní aspekty porodu, jsou zmiňovány psychosociální faktory, které porod ovlivňují. (Štromerová, 2005; Odent, 1995, 2013; Doležalová, 2004; Marek, 2002). Porod bývá často přirovnáván k aktu milování (Odent, 1995; Doležalová, 2004; Marek, 2002,

Gaskin, 2010) a někdy líčen i jako orgasmický a bezbolestný prožitek.<sup>103</sup> (Groverovi – Suchých, 2014, Monganová, 2010). Očekávání žen, které uvažují o porodu doma bývá tedy ve skrze pozitivní a radostné. Ženy někdy nicméně mylně očekávají, že porod je snadnou záležitostí a že „*to půjde doma samo*“. Bývají pak velmi překvapené a zaskočené zejména intenzitou stahů při otevírání děložního hrdla a bolestí. Lupton (1994: 149) tvrdí, že koncept přirozeného porodu ženy omezuje, protože na ně vyvíjí tlak, aby se prostřednictvím porodu staly „opravdovými matkami“. Dále tím, že klade důraz na odmítání tisících prostředků na tlumení bolesti, může způsobit zvýšení stresu a napětí. Prožitek porodu pak neodpovídá očekáváním, které žena o porodu má, kdy bývá líčen jako krásný a extatický prožitek.

Tato očekávání a načerpané vědění tedy formují vlastní zkušenost porodu tak, jak je narátorkami popisována a interpretována. Jejich reálně prožívaná zkušenost, respektive pozdější popis této zkušenosti a prožitku, je tedy teoretickým věděním ovlivněna. Narátorky tedy hodnotí prožitou zkušenost ve vztahu právě ke svému očekávání, které je formováno na základě přijatého „porodního vědění“.

Polovina narátorek uvádí, že byla velkou intenzitou a bolestí zaskočena, protože s nimi nepočítala. Nastala tedy fáze, kdy nedokázaly s bolestí pracovat tak, jak by si představovaly. Prožívaná skutečnost se úplně odlišovala od jejich očekávání.

*ale tak jsem si četla vo tom bezbolestným porodu a cvičila jsem jógu, tak jsem myslela, že by to mohlo proběhnout tak nák dobře.....ale zjistila jsem, že jsem měla bolesti prostě náký prostě. (...) **No, měla jsem představy, že to bude v pohodě a že to bude prostě. Což se nenaplnilo až tak.** (Judita, str. 2 a 5)*

*No, měla, že to prostě bude krásný, bezbolestný, že to dobře dopadne. Že nebudou žádný komplikace. Že to bude úplně jinak. (...) **A ten porod probíhal tak, že mě jako zaskočila ta bolest, že jsem s tím vůbec nepočítala.** Já jsem měla takovej odpor, že jsem proti tomu bojovala, tím se to vlastně zhoršovalo. **Já jsem počítala s tím, že to bude všechno v pohodě** a tak jsem říkala: „Ne, ne, nechci.“ Myslela jsem si, že to fakt nezvládnou, ale neřešila jsem, jak mi říkaly třeba kamarádky, že rodily doma a že zvažovaly, že pojedou do porodnice dát si ten epidurál, tak to jsem vůbec ... já jsem to neměla jako alternativu, že bych jela do porodnice. Jen jsem jako nevěděla, jak to vyřeším tu bolest. (Sára, str. 4 a 1)*

***A je fakt, že jsem byla hodně překvapená z tí bolesti jako.** Že když ten porod začal, nebo když to byly takový ty pravidelný stahy, tak jsem si říkala: „Jé. Ty ženský nadělej! To je v pohodě, ne.“ (smích). No, ale pak tak od těch devíti ráno už jsem z toho byla fakt jako špatná. Už*

<sup>103</sup>Toto líčení je patrně zejména ve filmech jako je *Orgasmický porod* (Pascali-Bonaro, D. 2008. *Orgasmic Birth: The Best-Kept Secret*, stopáž 85 minut. Americký dokument zobrazuje ucelený pohled na porodnictví a nabízí řadu názorů čerstvých rodiček a jejich partnerů. Hlavním aspektem porodu, tak jak ho dokument zachycuje, je intenzivní prožitek a porod jako výjimečný okamžik života) či film *Porod jak jej známe*. (Tonetti, E. *Birth as we know it*. Film obsahuje 11 přirozených porodů, včetně domácího porodu, porodu ve vodě, porodu dvojčat a samostatného porodu bez asistence. Součástí filmu jsou rozhovory na témata jako sexualita zrození, vedlejší účinky a následky cisařského řezu, spiritualita porodu, a další.)



*jsem si říkala..už jsem se jich ptala: „Řekněte, že skončí.“ Jsem měla pocit, že to nikdy prostě neskončí a vlastně je to takový, že ta fáze toho otevírání mě bolí a vlastně jsem měla to břicho a vlastně jsem čekala, že se něco jako děje a teďka jsem měla to břicho, jsem těhotná a vlastně mi připadalo, že se nic neděje. Tak to mě na tom jako stresovalo, že to jako nikdy neskončí. Takže jsem pak od nich vyžadovala takový prohlášení: „Řekněte, že to skončí“.(Smích) (Bronislava, str. 3)*

***Mě možná zaskočilo, že to fakt jako prostě bolí ty kontrakce. Že prostě jako ta křeč je úplně hodně velká.** (Vendula, str. 6)*

***No, pak mě zaskočila ta bolest, určitě. Ta intenzita teda a tí síly ohromný, to prostě pro mě byl šok, protože jsem si říkala: „Jé, takový prostě menstruační, já jsem hodně trpěla na menstruační bolesti, velký menstruační bolesti,i když tohle bylo o fous ještě větší, tak jsem si říkala: „Dobry, pohodička.“ No, ale to byl takovej jenom ...taková ta příprava, pak když opravdu začlo otvírání toho děložního hrdla, tak to byla jízda no, to mě tenkrát jako zaskočilo. No a tak jsem se adaptovala.** (Blahoslava, str. 5)*

Narátky hodnotí bolest jako „*hodně velkou a intenzivní*“, na kterou nebyly připravené a nepočítaly s ní. Z tohoto popisu je jasně patrné, že teoretické koncepce a internalizované představy o porodu přímo ovlivňují i prožívanou zkušenost a způsob, jakým ji narátky hodnotí. Srovnávají totiž prožitek zkušeností s tím, co očekávaly před tím, než samotná zkušenost nastala a než ji mohly „zažít“. Jejich prožitek, respektive způsob, jakým o něm hovoří, je nutno tedy interpretovat ve vztahu k tomuto internalizovanému vědění a očekávání. To odpovídá pojetí zkušenosti u Joan Scott (1991), která zkušenost pojímá jako diskurzivně ovlivněnou a „zatíženou“ teoretickým rámcem, jímž je ovlivněná a v němž je interpretována či sdělována. Klade si otázku, „jaký je vztah mezi pojetím subjektu, diskurzem, poznáváním a realitou, jakou relevanci má zastávaná pozice, či situovanost subjektu vzhledem k poznání, které vytváří a také jaký význam má odlišnost subjektu na poznání, které formuluje či reprezentuje“. (Scott, 1991: 783, překlad vlastní)

Prožívání bolesti a její hodnocení jako bolestivého stavu, či vůbec použití tohoto termínu je samo o sobě ovlivněno i dalšími faktory, které se vztahují i k individualitě, která prožívanou realitu popisuje. Jiné narátky byly totiž na velkou bolest a délku porodu připravené. Počítaly s nimi a chtěly nechat porodu přirozený vývoj i za cenu dlouhého trvání a prožívané bolesti. Takto hovoří o svém očekávání Zita i Silvie. Ty byly naopak překvapeny tím, že porod trval kratší dobu a jeho průběh byl snazší, než očekávaly.

*Asistentka přijela asi v osm a zjistila, že už je to poměrně pokročilý, což mi udělalo velkou radost a pak už jestli to trvalo maximálně hodinu. (...) Já jsem se na to popravdě velmi těšila. Byla jsem na to velmi zvědavá, vůbec jsem nevěděla, co od toho mám čekat. A tím, že to šlo výrazně rychleji, než jsem čekala, tak jsem byla úplně nadšená. A šlo to vlastně mnohem snáz než jsem čekala zároveň. Protože někde v těch sedm, osm,*

*kdy jsem čekala, že mi řekne aspoň, že to začíná, tak už vlastně bylo hodinu před koncem.*  
(Zita, str. 1 a 3)

*Připravovali jsme se na ten porod doma a ta představa byla prostě, že ideálně, že porodíme doma. Klidně jako, že to bude trvat dlouho, že to třeba bude bolet, protože nebudeme mít žádný jako k dispozici žádný ty léky prostě na to tišení bolesti, ale že to prostě bude přirozený všechno. (...) vlastně jsem neměla žádný pořádný jako bolesti. Jenom pořád v těch zádech a trošku jakoby v břichu malinko mě tak jakoby pobolívalo, ale žádná bolest velká.*  
(Silvie, str. 3 a 2)

Při popisování a hodnocení zkušenosti porodu jsou narátorky svázány limity jazyka a také jeho omezenými výrazovými prostředky, které jim ne vždy umožňují vyjádřit prožité. Někdy je pro ně velmi obtížné volit vhodná slova, kterými by se dala prožitá zkušenost popsat. Ta je také svázána s tělesnými projevy, určitými stereotypy, které o těle, tělesnosti, ale i sexualitě mají a v jejichž rámci svou zkušenost konstruují.

Nelze tedy srovnávat míru bolestivosti porodu u jednotlivých narátorek, protože je nutno tuto jejich interpretaci a popis vidět v souvislosti s očekáváním, které o porodu měly ale také s dalšími osobnostními individuálními rysy a postoji, které formují způsob, jakým například k bolesti přistupují a jak ji vnímají.

Tématu bolesti se budu věnovat ještě v dalším oddíle, která se zabývá popisovaným prožitkem porodu. Ráda bych prozkoumala, jak je to s tvrzením Lupton (1994), která říká, že koncept přirozeného porodu ženy svazuje, protože může vytvářet očekávání, která se nenaplní.

### 3.7.2.2 zážitek a prožitek

Každá narátorka prožívala porod jiným způsobem. Měla jiné „porodní vědění“, jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, nacházela se v jiné životní situaci. Jiným způsobem přistupovala k bolesti atd. Zkušenost porodu tedy byla velmi individuální a vázaná na konkrétní narátorku a její životní situaci.

Nicméně ve chvíli, kdy narátorky hovořily o tom, jakým způsobem porod prožívaly, objevila se v jejich vyprávění jedna nepřehlédnutelná podobnost, kdy popisovaly zkušenost porodu doma velmi podobnými slovy. Popisují ji jako zážitek a používají přitom následující výrazy: krásný, hezký, nádherný, pěkný.

*Prostě ta největší jakoby ten tlak a bolest, to prostě vypětí, jsem dostala šilenej záchvat smíchu. Jsem prostě asi, nevím, nedokážu říct, jak dlouho, jsem se strašně chechtala, ted' kontrakce ustanou, že jo, a to tělo nabírá na tu další a pak vyklouzne zbytek toho človíčka. No a to byl pro mě teda úplně nádhernej zážitek, teda. Taková ta odměna opravdu těch endorfinu a toho opojení a nic tě nebolí a najednou máš energie. To je prostě úplně, mohla bych zase prostě běžat. Tak to bylo fantastický no. (Blahoslava, str. 2)*

*No a ten samotnej porod byl pak rychlejš, akorát jsem pak intenzivně vokalizovala, tak jsem neslyšela, jak říkala, ať tolik netlačím, ať spomalím, tak tam byl pak jeden steh, ale jinak to **byl nádhernej zážitek** a dítě už pak bylo jenom s náma.. (...) Bylo to kratší než ten první, rozhodně to nebylo takový utrpení jako jsem čekala a hlavně to prostředí a to, že se do toho porodu nijak nezasahovalo, byl tak úžasnej zážitek a všechno šlo tak přirozeně, že bych to nikdy neměnila. (Zita, str. 1 a 2)*

*Jako ten porod byl prostě úžasnej. A jako byl to pro mě prostě i **zajímavej, úžasnej zážitek**. (Marie, str. 3)*

*taky ten porod byl pěkněj na to, že vopravdu jsem pořád přepínala tou hlavou, tak Matěj se narodil prostě i s tím vakem, jó. **Krásnej vlastně ten porod byl**. Akorát, že já jsem si to neužila, protože jsem to, no, viš. (Judita, str. 3)*

*Ale myslím si, že to je...byl to **krásnej zážitek** a myslím si pro oba<sup>104</sup>. (Ludmila, str. 7)*

Tento jejich popis je v souladu s paradigmatem přirozeného porodu, který porod líčí jako ojedinělý a krásný zážitek v životě ženy i dítěte. Do jejich hodnocení porodní zkušenosti tedy vstupuje kulturní pojetí porodu v tomto paradigmatu. To ale v žádném případě neznamena, že by narátorky vědomě porodní zkušenost popisovaly ve shodě s tímto paradigmatem, aby s ním byly v souladu. Spíše jde o to, že jimi popisovanou zkušenost, prožitek, je nutno vidět ve vztahu k tomuto paradigmatu, v němž o své zkušenosti a prožitku uvažují a tyto hodnotí.

Popisované pojetí zkušenosti jako prožitku, pak plně odpovídá pojetí Carol Gilligan (1991), která tvrdí, že způsob, jakým ženy prožívají realitu, se může lišit od popisu a charakteristik, kterým jí přikládá racionální věda založená na „objektivitě“ a „nezávislosti“. Narátorky konstruují porod jako „*nádherný, krásný, pěkný zážitek*“, což naprosto odporuje pojetí porodu, jak je popisován v dominantním medicínském diskurzu, který se objevuje nejenom v „odborné“ literatuře, ale proniká i do diskurzu mediálního, kdy je porod líčen spíše jako odpudivý, strašný zážitek, který je lépe mít již rychle za sebou. (Jonášová, 2011)

Další charakteristiku, kterou narátorky shodně volí pro popsání prožitku porodu je její hodnocení jako „*silného zážitku, či nejsilnějšího v životě*“.

*Ale ten porod... byl to **prostě silnej zážitek**. Já vím, že jsem pak ještě i několik měsíců furt na to musela myslet. I v tý hlavě, když jsem se poprvý podívala na to miminko a viš, furt jsem si to jako musela přehrávat a ..... pak mě ještě zaskočila na tlačící fáze jako závěrečná, že jsem si myslela, že se fakt jako úplně roztrhám na cucky, to bylo.... že jsem to vůbec jako nečekala, že je to takovej masakr, jak se to mimino tlačí na ten spodek tak prostě se vlastně samo tlačí. (Bronislava, str. 4)*

*Jo, hodně to pro mě byl **silnej zážitek**, co to tělo je schopný jo, jak je schopný. (Blahoslava, str. 4)*

<sup>104</sup>Ludmila má na mysli svého partnera, který s ní byl u porodu.

*Mám to jako hrozně pozitivní zážitek, asi nejsilnější v životě a nejpozitivnější. (Zita, str. 3)*

*No, vlastně to se mnou tak jakoby otrásl, že to byl tak strašně silnej zážitek. (Sára, str. 4)*

*Je to nejkrásnější zážitek, nejsilnější, co jsem kdy zažila. (Žaneta, str. 3)*

I přesto, že polovina narátorek hovoří o tom, že prožívala při porodu velké bolesti, které musela zpracovávat, bolesti, které ve většině případů neočekávala a zaskočily ji, tak hodnotí svou zkušenost porodu jako velmi silný a pozitivní zážitek. Narátorky tedy nevnímají porod jako utrpení, které si přejí co nejdříve nutně ukončit<sup>105</sup>. Ani bolest, jakkoliv velmi silná není pro ně překážkou na cestě k dítěti, které by se chtěly zbavit, jakkoliv jejich prožívání intenzity stahů ve fázi tlačení bylo někdy takové, že měly pocit, že se roztrhají na kousky. V lékařském modelu porodu je poskytování zdravotní péče, tišení bolesti rodičky a urychlení porodu považováno za povinnost lékařského personálu, která je zakotvena i v českém právním řádu. (Binder a kol., 2011; Zeman, Doležal, 2000). Všechna tato opatření vycházejí ze snahy rodičce ulevit, zbavit ji bolesti a zkrátit dobu jejího „utrpení“. Tyto úvahy tedy vycházejí ze symetrické reciprocity, jak o ni uvažuje Iris Marion Young (1995), kdy je zde snaha podívat se na danou situaci „očima druhého“ a pokusit se do jeho situace „vcítit“. Young vnímá tuto snahu za problematickou, protože tvrdí, že do tohoto „vcítění“ vždy již promítáme své vlastní individuální i sdílené představy a druhého člověka tím vlastně znevažujeme, protože ho nevnímáme jako rovnocenného partnera. Navrhuje naproti tomu tedy asymetrickou formu reciprocity, kdy se snažíme druhému člověku porozumět na základě jeho vlastní interpretace skutečnosti. (Young, 1995)

Dvě narátorky tedy například o bolesti v souvislosti s porodem nehovoří. Blahoslava a Silvie shodně popisují kontrakce jako velmi silný intenzivní tlak, ale nenazývají ho bolestí.

*Můj druhý porod byl úplně jinej, téměř bezbolestnej. Odpustila jsem si ty bolesti při otvírání a zase jsem věděla, že budu rodit ten den. (...) Ale jako to byla síla! To byla taková síla, že mě to úplně vypínalo vidění, slyšení. (...) No takový ohromný tlak. Cítla jsem ohromnej tlak, měla jsem fakt v jednu chvíli pocit, že mě to roztrhá. Nic mě neroztrhalo, ani jsem se nenatrhla samozřejmě. Nebyla tam ta bolest. Nebyla tam ta otvírací bolest, která mě úplně prostě před tím rozsekala. Byl tam jenom tendleten tlak, kterej teda fakt ..., když jsem pak*

<sup>105</sup>Ačkoliv některé narátorky se takto vyjadřují, že si přály, aby bolest již skončila a nedovedly si představit, že bude trvat ještě o pět minut déle. Penny Simkinová (2000: 170-172) v knize *Partner u porodu* vysvětluje, jak rozumět vysloveným přáním rodičky během porodu a jak jí nejlépe podpořit. Předpokládá totiž rozdíl mezi tím, co rodička navenek říká a tím, co si skutečně uvnitř přeje. Žáda-li během porodu o tišící prostředky a přitom si přála родit přirozeně, potřebuje dle Simkin jen větší podporu od svého okolí, nikoliv skutečné podání tišících prostředků.

*na něj ještě myslela, tak mi úplně skákaly... úplně husí kůže po mě šla, jak to jako bylo silný. A i jsem měla pocit, že to jako jde mimo mě, že to jako nemůžu ovládat. (Blahoslava, str. 6 a 7)*

*vlastně jsem neměla žádný pořádný jako bolesti. Jenom pořád v těch zádech a trošku jakoby v břichu malinko mě tak jakoby pobolívalo, ale žádná bolest velká. No, a tak jsem tak jako tady chodila po bytě prostě asi do čtvrt na pět. A s tím, že v těch čtvrt na pět už mi přišlo, že mám takový jako pravidelnější jako kontrakce, ale furt to nebolelo, prostě to bylo takový jako, jakoby tlak slabej. (...) Ale to už bylo hodně jako intenzivní, ale furt jako bych neřekla, že to byla jako bolest, fakt to byl takovej tlak. (...) A ty kontrakce byly fakt jako najednou možná už tak po minutě, nebo možná jako kdyby jedna přecházela v druhou a mě se teda už hodně chtělo tlačit, ta porodní asistentka tam ještě nebyla. (Silvie, str. 2)*

Do způsobu vnímání i popisu a hodnocení prožívané zkušenosti se tedy promítá očekávání, jak bylo diskutováno výše. Promítá se do něj ale i individuální pojetí bolesti jako takové, stejně jako psychická a fyzická kondice dané rodičky. To jsou všechno faktory, které sociální model porodu bere v potaz, když formuluje vysoké, či nízké riziko porodu, které je stanoveno nikoliv na základě statistické pravděpodobnosti, ale na základě silných a slabých stránek konkrétní ženy. (Van Teijlingen, 2005)

V „odborné“ porodnické literatuře i obecně v mediálním diskurzu bývá porod vnímán jako utrpení, jako nutné zlo, které je nutné překonat na cestě k vytouženému dítěti. Toto utrpení bývá často vztahováno k úryvku z Bible a vnímáno jako trest za porušení přikázání a utržení jablka ze stromu poznání. (Rich, 1986) Tradičně uváděný překlad hovoří o bolesti při porodu: „velice rozmnožím bolesti tvé a počínání tvá, s bolestí roditi budeš děti“<sup>106</sup> Výraz „s bolestí roditi budeš“ je podle řady znalců biblické hebrejštiny nesprávně přeložen. Původní text hovoří o „námaze“, „náročné práci“ ... „S námahou roditi děti“ tedy nemusí nutně zahrnovat tělesnou bolest. Může vyjadřovat proces, který je lidsky náročný a svým způsobem nesnadný. (Groverovi, Suchých, 2014). Což je přesně termín, který pro porodní práci volí i narátorky. Porod jako takový popisují nikoliv jako utrpení, ale jako velkou namáhavou práci, nebo dřinu.

*Že ona je to fakt jako makačka teda jako. I psychicky samozřejmě a fyzicky taky. Strašně moc. (Vendula, str. 6)*

*Jako byl to záhul. Ale ono mě to jako, je to dřina, no. (...) To byl prostě tak krásnej zážitek. Když se řekne porod, tak úplně takovej blaženej pocit, opravdu blaženej pocit mě zavalí. Taková jako hezká vzpomínka. Nádherná. A těším se, jak Arnoštovi budu jako vyprávět. (Ludmila, str. 11)*

*Já jsem byla tak strašně ráda, že jsem doma, protože mi to přišlo tak hodně náročný. Viš, já jsem nebyla schopná vůbec nic vnímat a vůbec si nedovedu představit, jak bych říkala nějaký přání, který mám, nebo jak bych to vůbec ošéfovala v porodnici. Já jsem byla strašně vděčná, že tam ležím a oni že tam sedí a usmívají se na mě. (Bronislava, str. 2)*

<sup>106</sup>Bible Kralická, První kniha Mojžíšova 3:16.

*Tak jakoby ta intenzivní fáze byla, beru to od toho prasknutí té vody, kdy se to fakt jako rozjelo, od té půl druhý do tři čtvrtě na pět. A tlačila jsem tři čtvrtě hodiny, což byla teda velká dřina, ale nebylo to, nijak jsem jako netrpěla, neřekla bych, že ten porod byl nějak zvlášť bolestivější, naopak. Byla to dřina, to jako jó, protože Vašík měl přes čtyři kila. A jako dalo mi to prostě zabrat, ale i právě, když se ptal Milan po porodu: „Tak co, jaký to bylo? Jestli bys to k něčemu přirovnala?“ Tak já jsem řekla: „Hele představ si prostě, že bys dostal krumpáč a měl bys vykopat třeba 50 metrů výkopu, jó. Tak prostě jakoby bolest toho typu, nebo že bys měl vylézt s těžkým baťohem na náhoubu vysokou horu, tak tě budou tlačit popruhy toho batohu a prostě cejtíš se unaveně a sedřenej a tak, ale jako že to nebyla žádná bolest, u který bych nějak trpěla. (Marie, str. 3)*

*Nemám z toho žádný trauma, že bych prostě ... jo jako je to těžká práce, jo vytlačit to dítě, ale, ale není to něco, z čeho bych jako musela mít strach. (Silvie, str. 4)*

Bolesti vnímají narátorky v tomto kontextu jako smysluplné, protože signalizují, že se porod rozvíjí správným směrem. Nevnímají je tedy ani jako utrpení, ani jako trest a nechtějí se jich za každou cenu zbavit, aby je necítily, či nevnímaly. Uvádějí, že potřebovaly jen podporu pro jejich zpracování, což spočívá především v podpoře psychické. Zároveň potřebovaly vědět, že bolesti mají smysl a přibližují je blíže k cíli, k narození jejich dítěte. Michel Odent hovoří v této souvislosti o koktejlu hormonů lásky, které se uvolňují, aby rodičí ženě pomohly bolesti překonat. Čím větší bolest, tím větší množství hormonů je uvolňováno. (Odent, 1995) Ženy hovoří tedy na jedné straně o dřině, námaze, ale zároveň o obrovském zadostiučinění, které následovalo potom, kdy tato velmi intenzivní fáze skončila a ony poprvé spatřily své dítě. Prořezání hlavičky popisují Blahoslava i Sára jako zlomový okamžik, kdy z nich spadlo veškeré napětí a následovala fáze radosti a euforie.

*Něco tady vystříklo. Takže těsně před tím, než se vlastně Daniel narodil, tak mi takhle praskla voda krásně, no a pak už to bylo, pak už jsem cítila, jak už to miminko leze krásně. **Byla jsem na pokraji svých sil fyzických**, ale je úžasný, jak ta příroda prostě člověku dá, i když jako má pocit, že nemá. No a Daniel se narodil za tři čtvrtě hodiny a pamatuju si **takovej ten úžasněj okamžik**, kdy se teda konečně provrtala ta hlavička, tak ta odměna, kterou jsem teda u těch mamínek v porodnici nikdy neviděla, když to nejtěžší jakoby, že jo, pak už to je sranda. Prostě ta největší jakoby ten tlak a bolest, to prostě vypětí, jsem dostala šíleněj záchvat smíchu. (Blahoslava, str. 2)*

*Pak vlastně byl **takovej zlomovej okamžik**, když jsem cítila už tu hlavu a pak to ze mě jakoby spadlo a už to vůbec nebolelo a bylo to **takový světlo na konci tunelu**. (Sára, str.1)*

Možnost projít porodním procesem, zpracovat bolest či intenzivní tlak a na závěr spatřit vytoužené dítě je hluboce propojena se sebeúctou, sebedůvěrou a vědomím vlastní hodnoty, vlastních schopností. Adrienne Rich (1986: 158) zmiňuje rozlišení bolesti dle mystické filosofky Simone Weil, „na utrpení, které je doprovázeno bolestí, ale vede k růstu a osvícení – a trápení – postavení utlačovaných, otroků, obětí koncentračních táborů, kteří

jsou nuceni valit těžké kameny sem a tam nekonečně dlouho a beze smyslu.“ (překlad vlastní) Jak je patrné z vyjádření narátorek, jejich subjektivní vnímání bolesti je velmi odlišné právě podle toho, zda jim připadá prožívaná bolest smysluplná, či ji vnímají jako nekonečnou a nikam nevedoucí. Každopádně tím, že dokázaly překonat *bolest, intenzitu, či tlak*, o němž si myslely, že je musí „roztrhat na cucky“ (Bronislava, str. 4), získaly novou kompetenci, objevily v sobě novou sílu, která jim pomohla překonat problémy, které mohou po porodu nastat při péči a výchově novorozence. O těchto faktorech hovoří také narátorky, které se po bezproblémovém pohodovém porodu doma setkaly s komplikacemi při kojení, pláčem miminka či poporodními depresemi. S těmito obtížemi nepočítaly a z počátku je tato situace zmátla a zaskočila. Opět se do jejich zkušenosti promítá jejich očekávání, které o přirozeném porodu a následně vztahu s dítětem měly, jak bylo uvedeno v kapitole Vědění, tj. hodnotily výskyt těchto komplikací ve vztahu k očekáváním, které získaly na základě paradigmatu přirozeného porodu, jenž výrazně formuloval jejich interpretaci prožité zkušenosti. Každopádně vědomí toho, že dokázaly porodit vlastní dítě jim umožnilo nastalou situaci lépe zvládnout. Podrobněji se budu touto otázkou zabývat ještě v kapitole o Moci.

Michel Odent (1995) hovoří o tom, že u mnoha žen dochází v průběhu porodu ke změnám úrovně jejich vědomí. „V očích se jim objevuje jakoby vzdálený, nepřítomný pohled, zapomínají na společenské konvence, přestávají si uvědomovat samy sebe, ovládat se.“ (1995: 36) Přesně takový stav popisují i některé narátorky, když hovoří o tom, že racionální myšlení bylo v tu chvíli zastřené a ony jakoby „přešly do jiného režimu“.

*Takže to byl pro mě takovej hodně zajímavěj zážitek a první meditace v životě, že jsem prostě byla v takovým zvláštním stavu. Kdy můj mozek už nemoh fungovat, ten byl úplně vyřízenej. A já jsem od těch půl druhý měla ale opravdu jako bolesti, který jsem úplně ale jako vnímala, že je to jako v pořádku. A a takhle jsem se promeditovala, a vůbec mi to teda nepřišlo tak dlouhý, protože jsem byla v takovým fakt zvláštním stavu, že jsem mezi kontrakcema spala. Na boku. (Blahoslava, str. 2 a 3)*

*Nó jako je to je to hodně intuitivní záležitost a hodně a hodně jiná, než racionální (se smíchem). (...) Já jsem si ho posléze jako rekonstruovala a vlastně jsem zjistila, že mi opravdu ta hlava jakoby vypnula, jó, že je to hodně vlastně takový živočišný. Jó, že člověk dělá věci, který prostě třeba před tím jako si říkal, jak se budu chovat prostě, budu křičet, budu, já nevím, nebudu se stydět? Když třeba budu nahá, nebo já nevím, co. A pak to najednou jako neřešíš. Tyhle věci. Protože já jsem to prožívala, že jsem fakt dělala, co jsem cejtla, že mám dělat. (Silvie, str. 8)*

*Takže jsem si po tý vaně lehla v obýváku na gauč a normálně jsem se snažila usnout, což jakoby moc nešlo, ale na druhou stranu, nakonec jsem asi i usnula, protože mě asi v půl druhý probudila, prostě mi praskla voda, ale byla jsem v takovém zvláštním stavu polospánku, že jsem ty kontrakce jakoby vnímala, ale ne nějak jako bolestivě, ani né že by mě*

*probudily zase do bděla, ale tak jsem relaxovala a byla jsem v takovém zvláštním jako polospánku. (Marie, str. 2)*

*No a myslím, že tak od těch sedmi, to už jsem byla docela mimo, to už si moc nepamatuju. To jsem si asi lehla do postele.....no, já už nevím, já ňák jakoby tím, že jsem jako rodila, tak moc nevím, jak to všechno bylo, jo. (Bronislava, str. 2)*

Jiné narátorky hovoří naopak o tom, že žádný stav transu nebo změny stavu vědomí neprožívaly, způsob, jakým o líčeném prožitku mluví ovšem naznačuje, že se možná ve stavu, jak o něm hovoří Michel Odent nacházely. Používají totiž výrazy jako, že byly *mimo* nebo *ponořené uvnitř sebe*.

*To ponoření do sebe bylo úžasný. Já jsem opravdu byla sama se sebou. (Ludmila, str. 3)*

*Takhle i když jsem fakt jako bojovala, tak jsem byla soustředěná na sebe a nijak jsem se nerozptylovala ničím. (Sára, str. 4)*

*A né, to už prostě potom, jak to bylo takhle úplně nakonci, tak já už jsem vůbec neuvažovala, já už jsem ani neslyšela. Voni si povídali, nebo něco. Já už jsem ani neslyšela, neviděla, prostě úplně vyplá hlava a to tělo už prostě si jelo samo ňákej režim. Prostě režim porod, nebo dítě už si jelo režim porod, prostě. A už to bylo mimo mě. Jako mimo ňáký moje chápání, intelekt vůbec. Intelligence to úplně všechno stranou jako. (Vendula, str. 4)*

Opět, jak bylo naznačeno již několikrát, ukazuje se, že způsob, jakým narátorky o prožívané zkušenosti hovoří, tj. jakým způsobem ji konstruují, je do velké míry ovlivněn paradigmatem přirozených porodů, v němž se pohybují a v jehož rámci čerpaly informace, utvářely si svá očekávání. Ne zřídka bývá totiž v rámci tohoto paradigmatu porod líčen jako extatický, transovní zážitek. Srovnávají-li potom narátorky svou zkušenost s tímto líčením, či očekáváním, může se jejich prožitek jevit jako „normální“ či „racionální“. V tomto duchu líčí svůj prožitek Ludmila.

*No, já jsem si myslela, že třeba mi tam vyskáčou, že to je takovej jako, že se můžu dostat do ňákýho jinýho stavu vědomí. A to se mi teda vůbec nestalo.....Takže takový jako běžný, takový jako normální, jak když meješ nádobí, vaříš kafe. Takovej jako normální, myslela jsem si možná, že to bude víc .... a ono to bylo jako normální. Že třeba dřív ty ženský, jak dělaly na tom poli, pak si odskočily, přišly, takový mi to tak jako přišlo. (Ludmila, str. 8)*

*Vůbec, tam prostě bylo fyzicky, který nějak fungovalo. Tam byly kontrakce, ty mě nebavily. A pak tam prostě bylo úplně temno. Jó, já vlastně si to zpětně jakoby přehrávám, tak já tam mám chvílema úplně jakoby černo jako temno, že vůbec jakoby některý okamžiky .... A jsou to minutový, nebo sekundový jenom záležitosti, že jsem nebyla jako úplně mimo, ale to je jako ňákej trans nebo jako mimo, vůbec jako nevím. Já ňáký jako, že bych jako mohla mluvit o ňákejch jako pozitivních jako vjemech, to vůbec jako né, jo. To vůbec ne, ale není to jako negativní. (Vendula, str. 12)*

Zita a Marie nicméně líčí, že byly schopné uvažovat racionálně, od čehož se se snažila porodní asistentka odvézt zpět do soustředění se dovnitř.



*Já jsem neměla takovej ten průběh, třeba jak ty lidi povídaj o tom, jak se dostávají do transu nebo do jinýho stavu vědomí, tak já jsem to prožila naprosto racionálně a pořád jsem potřebovala nějaký informace a ona mi je zase nechtěla moc dávat. (Zita, str. 1)*

*A to bylo taky pěkný, že jsem najednou začla tlačit, spontánně a ptala jsem se jí: „Tak to už je ta druhá doba porodní, ne?“ A ona říká: „Tím se vůbec nezatěžujte.“ Že se mě snažila i odvádět od toho racionálního přemýšlení a nechat mě, abych byla jakoby uzavřená sama v sobě a rodila prostě spontánně, intuitivně, no. (Marie, str. 2)*

Velmi často narátorky zmiňovaly, že nebyly v určité fázi porodu již schopné vůbec artikulovat a vydávaly jen nesrozumitelné zvuky, nebo gesta. Hovoří i o tom, že „jim porod vypínal vidění a slyšení“.

*A vím, že jsem nemohla mluvit, já jsem nemohla artikulovat, to bylo pro mě jakože... a najednou jsem nemohla. (...) Ale jako to byla síla! To byla taková síla, že mě to úplně vypínilo vidění, slyšení. (Blahoslava, str. 4 a 6)*

*No, ale pak už to bylo fakt jako po minutě, asi po minutě a půl a trvaly asi minutu ty kontrakce, že už to bylo fakt hodně intenzivní. A já už jsem ani nemohla mluvit, jak byly rychle za sebou. (...) Já už jsem ani neslyšela, neviděla, prostě úplně vyplá hlava a to tělo už prostě si jelo samo nějak režim. (Vendula, str. 2 a 4)*

Z popisu prožitku zkušenosti je patrné, že popisovaný stav, v němž se narátorky nacházely a jenž popisují jako neracionální (intuitivní, animální, živočišný) ovlivňoval i způsob vědění, kterým se v průběhu porodu řídily a který vnímaly jako autoritativní, jak bylo popsáno v kapitole věnované Vědění.

Zároveň je třeba si povšimnout, že při popisování prožitku porodu volí narátorky významně často stejná slova k popsání své zkušenosti, jak ji zevnitř prožívaly. V tomto směru tedy odpovídá jejich zkušenost porodu, univerzální ženské zkušenosti, jak o ní hovoří Michel Odent (1995, 2013). Na základě své zkušenosti porodu došly některé narátorky k přesvědčení, že jsou schopné porodit samy, že k tomu nepotřebují žádné speciální vzdělání, rady, ani instrukce. I v tomto směru tedy potvrzuje způsob, jakým o zkušenosti hovoří pojetí Michela Odenta o univerzální schopnosti ženy porodit dítě, když tvrdí, „že porod má jen dva nezbytné účastníky a těmi jsou matka a dítě“. (Odent, 2013)

*Nepotřebovala jsem nikoho, kdo by mi něk extra radil, nebo mě zachraňoval. Ale to jsem si myslela už i před tím porodem, že prostě to musím zvládnout, že to není nic, k čemu bych potřebovala nějaký speciální ..... (Bronislava, str. 4)*

*ale pak když jsem byla u druhýho porodu, tak mi přišlo fantastický, když tu ženu necháš, ona porodí, a nikoho nepotřebuje. Vlastně ty seš tam jen tak jako kdyby NÁHODOU<sup>107</sup>, tak jí třeba utřeš zadek, nebo jí pomůžeš to miminko vymotat z tý pupečnickový šňůry, ale vlastně*

<sup>107</sup>V citacích označuji velkými písmeny slova, která narátorka mimořádně zdůraznila, někdy až teatrálně.

*nic nepotřebuje. Ani Tebe nepotřebuje. Maximálně při tom hekáni, že je ráda, když s ní někdo heká, když v tom není sama. (Blahoslava, str. 5)*

Narátky skrze svou zkušenost porodu došly tedy i k určitému poznání, které ovlivnilo i jejich další život, jejich pojetí sama sebe, ovlivnilo vztah s jejich dítětem i jejich partnerský vztah. V tomto směru je možno jejich zkušenost chápat jako možný zdroj poznání a vědění, jak o něm hovoří Letherby (2003). Nicméně je stále nutné nechávat toto poznání jako „čisté“ a diskurzivně nezatížené, ale rozumět mu právě s vědomím všech souvislostí, jež byly zmíněny výše a jak o nich hovoří Joan Scott (1991).

### 3.7.2.3 sebevědomí – věřit svému vnitřnímu hlasu

Hovoří-ly narátorky o významu zkušenosti, opět se objevuje až nápadná podobnost volby slov k popsání této zkušenosti prožitého porodu doma. Mluví o posílení sebevědomí, nalezení zdroje síly a víry v sebe poté, co dokázaly samy porodit své dítě.

*No tak jednak bych řekla, že mi **to posílilo sebevědomí**, určitě. Protože jsem **věděla**, že dokážu sama porodit svoje dítě. Že k tomu v podstatě nic nepotřebuješ. Že třeba ty holky<sup>108</sup> tam byly důležitý, ale v podstatě jsem ho porodila já, že jo. Nepotřebovala jsem nikoho, kdo by mi náh extra radil, nebo mě zachraňoval. Ale to jsem si myslela už i před tím porodem, že prostě to musím zvládnout, že to není nic, k čemu bych potřebovala nějaký speciální ..... (Bronislava, str. 4)*

*Ohromně mi **to posílilo sebevědomí**. Jako ohromně a třeba i přesto, že potom porodu to šestinedělí byla tragédie, že se mi tam vrátily zas nějaký jako věci, co moje máma měla problémy s kojením, tak já jsem měla prostě taky, přestože jsem rodila doma, že jsem měla prostě skvělou Dominiku, která mi radila. Ale mě tak bolely prsa, že to bylo šílený. Ale **ten porod mě prostě posílil v tom, že můžu dokázat, co chci**.....A tak si myslím, že ten porod jako takovej mi dal to sebevědomí, to vědomí, že tohle k tomu patří a že to dokážu. (Blahoslava, str. 4)*

*Ale zároveň to pro mě znamenalo **obrovskou zkušenost**, že i mě **to** nějakým způsobem jako **posílilo**, že jsem zjistila, nebo jsem si ověřila, což jsem očekávala, že to tak jakoby bude, ale že jsem zjistila, že to tak fakt funguje, že **prostě jsem schopná porodit sama** (...) Tak ale hrozně zajímavá zkušenost, což si myslím, že velká část žen v těch porodnicích prostě nezažije. (Marie, str. 6)*

Adrienne Rich považuje porod za politické téma a dává ho do souvislosti se „zrozením ženy“. Má tím na mysli zrození individuality. Dále tvrdí, že porod byl velmi zřídka vnímán jako způsob poznání a nacházení vztahu s tělem, objevování jeho fyzických a psychických zdrojů. (Rich, 1986: 156-157, překlad vlastní) I další feministické myslitelky hovoří ve stejném smyslu o kontrole porodu lékaři/muži jako o způsobu uplatňování a udržování

<sup>108</sup>Doprovázející porodní asistentky.

nadvlády nad ženami. (Rich, 1986; Letherby, 2003) Michel Foucault (2000) hovoří v této souvislosti obecně o disciplinaci těla, ke které došlo během sedmnáctého a osmnáctého století a je tedy propojeno obecně s tendencemi o co nejlepší využití těla pro společensko-ekonomické zájmy.

V souvislosti s převládající dominantní pozicí lékařského modelu vedení porodu to nicméně znamená, že „ženská těla“ jsou umlčována na základě vědění, které je považováno za jediné pravdivé a ženám je tedy upírána možnost prožít porod jako posilující, obohacující a někdy až transcendentální zkušenost. Rich (1986) v této souvislosti hovoří o tom, že ženám je vnucován biologický pohled na tělo, které je vnímáno jako překážka k dosažení plného života. Rich naopak tvrdí, že nejde jen o kontrolu nad vlastním tělem, ale o propojení s jednotou, nalezení souznění s vlastní fyzickou stránkou, propojení s přírodním řádem, vnímání těla jako základu a prostředku poznání.

Narátky přisuzují zkušenosti porodu právě tento význam. Skrze porod vlastního dítěte se jistým způsobem narodily i ony samy. Zvýšilo se jejich sebevědomí. Tím, že překonaly obtížnou situaci porodu, dostaly se na dno svých fyzických a psychických sil a tuto situaci zvládly vlastní silou, samy porodily své dítě, získaly nové kompetence, které jim pomáhají zvládat další obtížné životní situace. Porodní zkušenost je pro ně tedy zdrojem síly a sebevědomí. Jak uvádí Žaneta, v těžkých chvílích si na porod někdy záměrně vzpomene a to ji posílí a dodá odvahy.

*ale i teď ještě do teďka, když na mě jde, to jsem neměla depresi od té doby, ale když na mě jde taková úzkost, nebo se na sebe zlobím, nebo si sebe nevážím, tak prostě, nebo cokoliv, nějaká špatná situace, tak se mi **to vybaví ten porod, anebo si na něj záměrně vzpomenu a vždycky mě to posílí.** (...) Je to zatím nevyčerpatelný zdroj síly a posily pro mě, jako sebevědomí a důvěry. (Žaneta, str. 3)*

Porodní zkušenost ale má ještě další rozměr. Jak uvádí Silvie i Ludmila, nejenom zkušenost porodu samotná, ale právě ta skutečnost, že poslechly svůj vnitřní hlas, svůj pocit a následovaly ho, jim dodalo důvěru ve velmi obecnějším slova smyslu pro další rozhodnutí svého života.

*Tak... pro mě takový potvrzení pro mě vnitřní, že, když něco cejtím, že to chci ňák udělat, tak, že to jako vyjde... nebo, že to může vyjít. Samozřejmě já jako si uvědomuju, že prostě to taky vyjít nemusí, ale že to jako může vyjít a že člověk má jít za tím, za tou intuicí, nebo za tím ňákým tím vnitřním hlasem. ....Nóo, **takže pro mě to jakoby znamená taková určitá .... určitý potvrzení toho, že když něco jako cejtím, tak že to mám tak udělat, no.** (Silvie, str. 5)*

***Že je úžasný si věřit.** To, jakoby jsem se posílila hodně a mám takovej nádhernej vztah vlastně k tomu svému dítěti. (Ludmila, str. 7)*

Další narátorky hovoří v tomto smyslu o tom, že pro ně bylo důležité, že poslechlly samy sebe, následovaly svůj vnitřní pocit, své tušení i navzdory vnějším tlakům ze společnosti, stereotypům, strachům, odsouzením jejich jednání a rozhodnutí atd. Jak již bylo popsáno v kapitole Vědění, přicházely k nim v některých situacích protichůdné informace z oblasti racionálního myšlení a z jejich vnitřního pocitu. Jak uvádí Carol Gilligan (2001) ženy se často ocitají v situaci, kdy svůj vlastní hlas neslyší, nejsou zvyklé mu naslouchat a důvěřovat, protože byly dlouho dobu systematicky umlčovány.

Narátorky tedy považují za podstatné, že tento svůj vlastní hlas našly a poslechlly, řídily se jím. Což jim zpětně dodalo sebedůvěru pro další životní rozhodnutí. Zároveň posílilo jejich osobní integritu. Následují tedy podobný vývoj, který popisuje ve svém výzkumu Carol Gilligan (2001) při dilematu dívek, které podstoupily interrupci. Cítily se být pod tlakem z odsouzení svého činu jako nemorálního, ale nepodlehly vlivu okolí a rozhodly se podle sebe. Spolu s tímto rozhodnutím přijaly i osobní zodpovědnost za svůj život. Podobně vnímají dilema porodu doma i narátorky: cítí tlak svého okolí, sílu medicínského diskurzu, autoritu lékařského personálu, konflikt racionálního myšlení a svého vnitřního pocitu, svého přesvědčení. A jsou postaveny před rozhodnutí. Vědí, že svým rozhodnutím berou na sebe i zodpovědnost za jeho důsledky. Nemohou mít jistotu, že vše dopadne dobře. Zároveň uvnitř cítí, že vše je v pořádku. Dostávají se tedy do dilematu oběti a pozice aktivní tvůrkyně svého života. Spějí k vědomému prožívání života a přijímání odpovědnosti za situace, které do jejich života přicházejí.

*můžu mít naprosto čistý svědomí, že jsem **udělala opravdu to nejlepší, co jsem mohla.** A není to jenom o tom, že se to takhle říká, ale **udělala jsem opravdu to nejlepší pro to dítě tak, jak jsem to cítila,** tak jsem to udělala a nenechala jsem si tam dát žádný obavy společnosti, strachy někoho jinýho, předsudky. (Vendula, str. 12)*

***Jakoby vydat se vstříc tomu životu,** prostě jo, nechat se jakoby vést v tom životě a dělat to, co cejtím a né...jo jakoby... pak to neberu jako riskování, ale spíš tu chůzi po tý hraně..... (...) A to mě přináší jako velký uspokojení ze života, no. Jsem jako šťastná v životě z toho. Prostě je to jako trochu nebezpečný, ale je to vono. (smích) Takže asi tak, no. Myslím, že kdyby mě někdo dělal velký pohodlí při porodu, že by mě, teď použiju to cizí slovo, protože nevim, jak to mám říct jinak, že by to pro mě bylo dehonestující. Jak se to řekne česky? ... Ztráta cti. Něco v tom smyslu. (Judita, str. 4 a 5)*

Pro některé narátorky znamenala zkušenost porodu doma transformační proces, kdy začaly úplně jinak uvažovat o sobě, životě, přistupovat ke světu, výchově, změnily nejen pohled na svět, ale i svou životní dráhu a své směřování.

*Já myslím, že mě to nakoplo v celým takovým tom procesu, mnohem obecnějc takovej ten důvěra v sebe sama, rozvoj. To bylo součástí celého takového procesu, kterej se, vlastně od té doby, co se narodilo první dítě, ať už to jde o duchovní rozvoj o výchovu dítěte (...) V tom rozvoji na všech úrovních. Jako tam si myslím, že to byl velkej skok zrovna v tomhle období. Mě to posunulo zase někam úplně dál. A jak člověk objevuje ty nový možnosti a skutečnosti, jak by to mělo bejt. Protože fakt jako do té doby jsem to brala tak, fakt jako dva měsíce před porodem mi to, že bych rodila doma přišlo jako naprosto ujetý. Takže tam to byl vlastně velkej skok a najednou mi to přišlo jako úplně normální a od toho se zase odvíjeli další a další věci, (...) takže to nakoplo můj rozvoj, nebo vývoj v mnoha oblastech života. (Zita, str. 5)*

*To bylo prostě pro mě fakt transformace vědomí. Pro mě to byla transformace vědomí. Já jsem žila hodně v mužským světě, dělala jsem byznys, dělala jsem ve financích, ve finanční společnosti a měla jsem ještě takovou představu, že se vrátím do práce tak za dva až šest měsíců. Tak už jsem šest let doma. (...) Takže to pro mě bylo... prostě pro mě to fakt byla transformace vědomí. Jo, hodně to pro mě byl silnej zážitek, co to tělo je schopný jo, jak je schopný a pak samozřejmě me to zavedlo na další zase směry, jiný životní než pragmatický. (Blahoslava, str. 2 a 4)*

Zita i Blahoslava hovoří o tom, že kompletně změnily náhled na spoustu jevů. Zkušenost porodu pro ně tedy znamenala významný způsob vědění a poznání, jak o něm hovoří Letherby (2003) i Rich (1986). Skrze své vlastní tělo a jeho schopnosti objevily i své schopnosti v psychické oblasti. Změnily způsob pohledu na výchovu dětí, na své pojetí mateřství i své vlastní sebepojetí jako ženy.

Blahoslava uvádí, že před porodem měla představu, že se za několik měsíců vrátí do práce a bude pokračovat ve stejném životním stylu, v jakém doposud žila. To se ale nestalo. Jak již bylo zmíněno výše v části o prožitku porodu, Blahoslava si prošla svou první meditací v životě a tento prožitek pro ni znamenal zcela novou zkušenost, kterou doposud neprožila. Otevřel jí brány k jinému druhu poznání, které jí byly do té doby nepřístupné. Jak uvádí, žila život postavený na racionalitě a pragmatismu, pracovala v oblasti finančnictví, což popisuje jako „mužský svět“<sup>109</sup>.

Velmi podobnými slovy popisuje význam zkušenosti porodu i Zita, pro kterou byl porod doma ještě dva měsíce před porodem naprosto nepředstavitelný, hodnotila ho zcela v souladu s převládajícím medicínským diskurzem a ztotožňovala ho s variantou vhodnou pro „lesní lidi“, za jejichž součást se v žádném případě nepovažovala. Jak jsem již popsala v kapitole Vědění, skrze zkušenost svých přítelkyň tuto svou konstrukci domácího porodu naprosto předefinovala a poté, co se pro ni rozhodla, ji tato varianta porodu přišla jako naprosto „normální“. V období před svým druhým porodem se nacházela v jistém transformačním období, které jí umožnilo rozvoj i v jiných oblastech života, které s

---

<sup>109</sup>Nebudu se tímto jejím označením dále zabývat, i když by to bylo zajímavé, protože mi jde o popsání jiných skutečností, než diskutováním faktu, že racionální vědění ztotožňuje s „mužským světem“.

vlastním porodem vůbec nesouvisejí jako je výchova dětí, osobní rozvoj, duchovní rozvoj atd.

Jiné narátorky neprožily tak dramatický skok, o němž hovoří Zita a Blahoslava. Zkušenost porodu doma jim potvrdila to, co již cítily v předchozím období. Musely ale jít ještě více do hloubky a prověřit sílu svého přesvědčení. Do takové situace se dostala Ludmila, když čelila konfrontaci ze strany svého okolí, po té, co otevřeně sdělila svůj záměr rodit doma.

*Takže tam bylo zajímavý to, že ve chvíli, kdy jsme oznámili, tak jako s čistým štítem, že chceme rodit doma, tak teda takový smršť negativních na nás názorů, reakcí, ze strany hlavně Oldovejch rodičů. Hodně vošklivou, psal nám dopisy výhružný a fakt to bylo vošklivý. A já jsem kvůli němu prožila spoustu stresovejch situací (...) Ale na druhou stranu mi to dalo to, že já jsem se o to víc šla do sebe, hrábla jsem si fakt do hloubky, kde jsem zjistila, že fakt, to co cejtím, je to správný. (Ludmila, str. 4)*

Ludmila se tedy ocitla ve stavu morálního odsouzení přesně ve smyslu, jak o něm hovoří Carol Gilligen (2001). Její rozhodnutí rodit doma bylo okolím a zejména jejím tchánem interpretováno jako snaha ohrozit na životě své nenarozené dítě. Dostala se tedy do stejné situace, v níž byly ženy, které se rozhodly podstoupit interrupci ve výzkumu Gilligan. I ony byly svým okolím souzeny a jejich rozhodnutí bylo považováno za nemorální zcela v souladu s etikou spravedlnosti. Ludmila se ocitla pod tlakem této dominantní morálky, která považuje jedince za nezávislého, racionálního aktéra/ku, který se rozhoduje nikoliv na základě svých vlastních soukromých pohnutek, ale na základě obecně přijatých a respektovaných pravidel. Vzhledem k tomu, že tato morálka je ve společnosti, v níž se Ludmila pohybuje, dominantní a v jistém smyslu internalizovaná přímo do jejího těla<sup>110</sup> (mysli), bylo pro ni obtížné nalézt „svůj vlastní hlas“ a důvěřovat mu. Nakonec se jí to ale podařilo, musela prozkoumat hlubší struktury své bytosti, aby se dostala k tomu, co skutečně uvnitř cítí. A získala důvěru, že to, co cítí je správné. Následovala svým jednáním a rozhodnutím tedy morálku péče, která vychází z osobních pohnutek jedince, je vztahová a kontextuální, propojená s konkrétní aktuální situací.

O hloubce a povrchnosti, morálním odsouzení byla zkušenost porodu i pro Sárú, které se při porodu doma narodilo dítě, které nedýchalo a muselo být převezeno sanitkou do nemocnice. Po porodu tedy čelila velikému tlaku ze strany svého okolí, které její rozhodnutí odsuzovalo a automaticky předpokládalo, že ohrozila život svého dítěte právě svým rozhodnutím přivést ho na svět doma. Ona sama ale vnímá zkušenost porodu i

<sup>110</sup>Zde navazuji na pojetí vpisování nadvlády do těl u P. Bourdier a dále na pojetí diskurzivního vpisování do povrchu těla u M. Foucaulta a pojetí J. Butler o těle jako diskurzivně vnímaném.

nastalé komplikace v kontextu svého života a nehodnotí tuto situaci samu o sobě, ani nepředpokládá, že by porod v porodnici proběhl automaticky lépe.

*A vůbec to neproběhlo tak, jak jsme si to představovali. Takže to byla taková spíš životní lekce, že spousta věcí nejsou tak, jak si člověk představuje a asi to bylo pro mě taky ..to hlavní poučení nebo to, co jsem si z toho vzala bylo, že dělám věci moc povrchně. Že musím jít víc do hloubky. Tak jako s tím porodem, že jsem si to tak jako, říkala, jo to bude dobrý a no, že jsem nešla do hloubky a pak jsem si vědomá, že to dělám i ve spoustě dalších věcí. (Sára, str. 4)*

Sára se tedy ocitla ve velmi podobné situaci jako Ludmila, kdy musela svoji pozici a své rozhodnutí obhajovat vůči dominantní morálce, která hodnotila její jednání jako nezodpovědné a hazardující s životem dítěte. Zároveň ale považovala tuto zkušenost za způsob poznání, který jí umožnil prozkoumat hlubší motivace svých činů.

Opět tedy její postoj potvrzuje zjištění Carol Gilligan (2001), která tvrdí, že vedle morálky spravedlnosti existuje morálka péče, která je kontextuální a bere ohled na vazbu a vztah. Morálka, která za jistých situací uznává, že neexistuje jednoznačně dobré řešení, protože síť vztahů a kontext může být příliš složitý.

Ludmila i Sára zároveň byly v situaci, kdy musely své rozhodnutí rodit doma vyjednávat vůči dominantním společenským strukturám a kulturním vzorcům a ocitly se tak svým způsobem v hierarchicky níže postavené pozici. V pojetí Fraser (2004) tak byla porušena intersubjektivní podmínka participační parity, která „vyklučuje institucionalizované normy, které systematicky znevažují některé skupiny osob, (...) na základě institucionalizovaných hodnotových vzorců, které upírají některým lidem status plnoprávného partnera interakce – ať už tím, že jim je „jinakost“ připisována v přehnané míře, nebo tím, že se jim jejich zvláštnost nepřiznává“ (Fraser, 2004: 64) K tomuto tématu se ještě podrobněji vrátím v kapitole o Moci.

Pro Žanetu neznamenal zkušenost porodu doma nějaký zásadní obrat v jejím životě. Byl to již její třetí porod, kdy velmi silně cítila, že chce své dítě přivést na svět doma<sup>111</sup>. Poprvé svůj porod ale prožila vědomě, tj. nebyla v situaci, že se jí porod „děje“, ale měla nad ním jistým způsobem kontrolu<sup>112</sup>.

*A poprvé jsem ten porod prožila, to jsem si moc přála, prožít tak jakoby nějak vědomě, vědět, kde ten proces je a jít v souladu s tím procesem. Předtím najednou strašná bolest a nikdo mi neřek, co se děje, že jsem byla nějak já jinde, jinde to dítě a jinde ten proces. A teď to bylo prostě jako v souladu. Kdy jsem věděla, co se děje, zvládala jsem to tím kroužením, prostě jsem to jako vykroužila tu bolest. To áááá mi pomáhalo při tom otvírání asi. Tak to bylo*

<sup>111</sup>Žaneta nakonec rodila na indiánském táboře. Termín porodu měla v létě a tedy se neomezovala na prostředí svého vlastního domova. Byla přesvědčená, že dítě přivede na svět kdekoliv, kde se bude zrovna nacházet. Což se také stalo.

<sup>112</sup>Tématu kontroly se budu více věnovat v kapitole o Moci.

*krásný, jak jsme si přáli, tak to vyšlo. Vědomej porod, nebo já nevím, jak to nazvat. To bylo moc hezký. (Žaneta, str. 2)*

Žaneta uvádí, že první dva porody takové nebyly. Zajímavé je si povšimnout, jak o těchto porodech hovoří: „*nikdo mi neřek, co se děje*“. Kontrolu a ovládání situace vztahuje mimo sebe. Předpokládá vnější zdroj informací pro popsání stavu, v němž se nacházela. Při tomto porodu tvrdí, že „*věděla, co se děje*“, tj. informace o procesu přicházely nikoliv zevnějšku, mimo ni, ale skrze její vlastní vědomí. Stala se tedy hlavní aktérkou a subjektem vědění, nikoliv jeho objektem, jako tomu bylo v přechozích dvou případech.

### 3.7.2.4 vztah s dítětem

Zkušenost porodu doma ovlivnila významným způsobem i vztahy narátorek s nově narozeným dítětem. Nepřetržitý kontakt rodičů a dítěte po porodu byl také velmi častým důvodem pro vlastní rozhodnutí rodit doma a nikoliv v porodnici. Často právě tento fakt byl pomyslným jazýčkem na vahách, který o porodu doma rozhodl.

Narátky hodnotí bezprostřední nepřetržitý kontakt matky a dítěte ihned po porodu jako zásadní pro utváření vzájemného pouta. Vnímají jako podstatné, že nová rodina je od počátku pohromadě, tedy zahrnují do důležitosti prvního kontaktu nejen sebe, ale i přítomnost otce. Takto tuto skutečnost přímo artikuluje Judita a Bronislava. Pro ty je rovněž důležité, že se dítě narodilo tam, kde bude později vyrůstat, že hned od počátku „*ví, ke komu patří*“.

*Jo, to určitě jo, protože jsme prostě byli v tom všichni tři spolu furt. To je důležitý podle mého názoru. Prostě to dítě ví, ke komu patří, nebo komu se narodilo a to by vědělo asi stejně, ale prostě, že .. nevím, jako že ... přišlo mi to dobře, že to takle je ...takový pouto, no. (Judita, str. 5)*

*Tak určitě to, že já jsem nebyla ve stresu, si myslím, že mu pozitivně prospělo to, že já jsem prostě nebyla ve stresu z nějaký rutiny nemocniční, z který vím, že bych ve stresu byla, protože nemám moc důvěru vůči klasický medicíně a těm postupům. Takže si myslím, že bylo důležitý, že v tomhle jsem mohla být v klidu a tím pádem nepřenášet na něj tu nervozitu z toho. No a pak určitě to, že jsem s ním hned od začátku byla, že jsem ho hned držela, že se nikam neodnášel, že s ním nikdo nedělal nic, než prostě to, že se narodil a po nějaký době se mu přerušil pupečník, ale že tam nebyly žádný prostě další rutinní procedury, no. .... Ale jako jinak to bylo docela hodně komplikovaný, protože Radim hodně brečel v podstatě několik měsíců asi. (Bronislava, str. 4)*

Narátky hovoří o důležitosti bezprostředního kontaktu matky a dítěte ihned po porodu jako zásadního pro utváření vzájemného pouta a vztahu. Vnímají, že základ jejich vztahu k dítěti se utváří právě v těchto okamžicích následujících ihned po porodu. Zároveň se tím buduje i důvěra miminka vůči světu, ale o tom budu pojednávat v kapitole věnované



Důvěře. Blahoslava, Silvie i Marie přímo artikuluji vznik vzájemného vztahu, který se nemusí „budovat“, ale který okamžitě existuje, když dítě jen přejde z matčina břicha uvnitř na matčino břicho z vnějšku. Blahoslava hovoří i o svém závazku budovat a utvářet vzájemný vztah s dítětem i nadále v obtížných výchovných situacích.

*Jo. Takhle já nevím, kdybychom takhle byly v porodnici jako od sebe oddělený, tak si říkám, že člověk možná to dítě vnímá... jako že si k němu musí budovat ten vztah. **Kdežto já to cejtím, že my jsme prostě na sebe takový jako napojený a jsme hrozně ráda, že nás nikdo nijak neoddělil.** (Silvie, str. 6)*

*A... z mého pohledu, nevím, jako úplně z jeho, ale z mého pohledu, já se strašně snažím a .. říkám strašně, ale ..takový blbý slovo ... měnit takový ty zaběhlý vzorce. **Mám jako velkou potřebu, jak tam proběhlo to zamilování, takový to prostě nerozumový, to nerozumový, protože, když to dítě v porodnici vezmou hned po porodu a daj ti ho za x hodin, tak pak už se zamilováváš jenom rozumově, pak ty hormony už tam nejsou. Tak díky tomu nerozumovému zamilování, je tam mnohem větší snaha, aspoň tak to vnímám já, bejt jako férová na to dítě, i když mě někdy prostě hrozně rozčiluje a posunout ten vztah jinam, než jsme měli třeba, než jsem měla já se svejma rodičema. Umět se omluvit za věci, umět změnit, třeba, když jsem našťavaná, tak ho hned neseřezat, nebo nevyndat mu, ale snažit se prostě na to jít jinak. Ta chuť do toho to měnit prostě.** (Blahoslava, str. 5)*

*Já si myslím, že určitě. Že ten prvotní kontakt s tím miminkem je důležitěj **já si to nedovedu představit, že by mi to dítě třeba odnesli hned po tom porodu.** A já jsem věděla dopředu, že to jako nechci, že ho chci mít u sebe a hm .... i jsem to viděla teďka v tý porodnici, že vlastně, jí ho teda dali na břicho a nezkoušela kojit hnedka, ale dali jí ho na břicho, chvíli ho měla, pět, deset minut a pak i ona, i to miminko vzali a šli do vedlejší místnosti, kde vona teda rodila placentu a miminko vyšetřovali jakoby za jejíma žádama na nějakým pultu, a že to miminko plakalo, bylo nespokojený, že zjevně chtělo, potřebovalo k ní, ale ... a mohli jí ho klidně dát, mohla rodit placentu s tím miminkem v náručí, nebyl vůbec žádněj důvod, proč je rozdělovat. Takže já si myslím, že to hraje roli a je to důležitý pro tu matku, a myslím si, že je to ještě mnohem víc důležitý pro to miminko, protože je vlastně devět měsíců jako spojený, slyší to srdce, cejtí tu matku a najednou teda se ocitne venku, kde je světlo, chladnějc než jako je zvyklý, že jo. Ale hlavně necejtí tu mámu, když ho odnesou, což si myslím, že je ten největší problém pro něj a jako taky jsem někde četla, že ty první dvě hodiny po porodu je nejvnímavější, že vlastně jakoby nasává ty pachy tý matky a zvuky, pozoruje, že ty smysly jsou nejcitlivější, a že je důležitý a dobrý, aby u tý mámy bylo, no. (Marie, str. 7)*

Michel Odent (1995) hovoří o tom, že vysoká koncentrace „vnitřních opiátů“<sup>113</sup>, které se nacházejí, jak v organismu matky, tak dítěte, bezprostředně po spontánním porodu, naznačuje, že vzájemná náklonnost, jež vzniká v prvních hodinách a dnech po porodu, může docela dobře mít hormonální základ<sup>114</sup>. Přesně v tomto duchu hovoří tedy Blahoslava o „nerozumovém zamilování“, které mezi ní a dítětem proběhlo. Marie zase hovoří o důležitosti prvotní vazby, tzv. „zlaté hodince“, která je pro vzájemný vztah matky a dítěte důležitá. Je patrné, že narátorky konstruují svou zkušenost ze vzájemné vazby na základě konstrukce, kterou mají již před vlastním zážitkem porodu. Jejich vědění formuje jejich

<sup>113</sup>Jedná se zejména o hormony jako jsou endorfiny, oxytocin, prolaktin, které mají vliv během sexuálního a reprodukčního chování.

<sup>114</sup>Michel Odent toto téma ještě více rozpracoval později v knize *Láska jako věda*. 2001. Rodiče.

očekávání, posuzování a hodnocení důležitosti tohoto raného kontaktu a tyto faktory potom ovlivňují jejich prožitek z této vazby a mají vliv i na způsob a formu, jakou o dané zkušenosti hovoří a jaký význam jí přiřkládají.<sup>115</sup> Narátorky tedy vnímají ranou vazbu jako velmi podstatnou, což je patrné i na výpovědi Zity a Žanety, které spontánně začaly hovořit o tom, jak se při jejich prvním porodu v porodnici (ne)promítl nedostatek této rané vazby do jejich vztahu s prvorozeným dítětem i do projevů dítěte samotného.

*No, tak se Natálkou, vztah ani nevím, ale jak se narodila, tak mi jí odnesli a jak jsem omdlívala, tak mě jí nechťeli dát a nechali si jí dva dny u sebe. (...) a Natálka sama je, myslím, že to má i v povaze, že je úzkostlivá, nemá sebevědomí pořádně. Je nedůvěřivá i sama k sobě a to třeba ještě se k tomu přidalo. Že nezažila tu důvěru a lásku a to teplo hned po porodu. Že byla takhle dva dny pryč. Tak to mě strašně mrzí, to určitě jako, to jí určitě neprospělo. Nemyslím si, že je to příčina, že taková je, to ne, ale dalo by se tomu pomoci, kdybych jí měla hned u sebe a kdyby se narodila normálně hezky a tak. (...) Tak já nevím, jestli to mohlo, největší potíže s tou Natálkou máme, ale nevím jakoby, jestli je to i tímhle, ale řekla bych, že to je její povahou a tím nízkým sebevědomím a tak. (Žaneta, str. 3-4)*

*Já jako naštěstí nevnímám spíš, že by ten první šílený porod měl nějak extra špatnej vliv na můj vztah s prvním dítětem. Jak se blíží teď ten třetí porod, tak se mi to vrací, furt si přehrávám ten první porod, nejsem schopná moc se toho zbavit, ale rozhodně, ten vztah je úžasnej jako. Ale nemůžu říct, že je ještě výrazně lepší než s tím prvním, kde bych čekala, že ten.. Prostě nemyslím si, že ten první poměrně šílený porod, kdy mi ho odnesli na několik hodin, pak mi ho i na noc odnesli první a já jsem byla tak zřetovaná, že jsem to ani neřešila, že by to mělo nějak zásadní vliv na náš vztah. Ten vztah s druhým dítětem je úplně úžasnej, tam si myslím, že vůbec to, že byl celou dobu se mnou, že byl hodně nošený a všechno ty věci, který se s tím vážou dál, tak ten vztah je úžasnej, to jako určitě. Jenom díky bohu ten první porod to tak neovlivnil, zatím není vidět, že by měl zásadní vliv na to první dítě. Ale už jenom kvůli tomu vztahu s tím dítětem prostě do porodnice jako nechci. (Zita, str. 5)*

Ze způsobu, jakým o hovoří Žaneta i Zita o přerušení kontaktu se svým prvním dítětem při porodu v porodnici, je zřejmé, že důležitost prvotní vazby vnímají nejenom na základě „načtené“ literatury, ale čerpají poznání i ze své vlastní předchozí zkušenosti. Jejich zkušenost prvního porodu s ranou vazbou a odnesením dítěte jim tedy slouží jako základ pro interpretaci zkušenosti porodu doma, kdy ranou vazbu dítěte prožily jako nepřerušenu. Samozřejmě, že do této jejich interpretace ale vstupuje veškeré další načerpané vědění, jak o něm bylo pojednáno v přechozí kapitole.

Ludmila zdůrazňuje při formulaci důležitosti rané vazby tuto zejména z pohledu dítěte. Formuluje tedy své stanovisko nikoliv založené na vztahu mezi *Já a Ty*, ale spíše obráceně, kdy dítě se nachází při potřebě vazby na prvním místě.

*mám takovej nádhernej vztah vlastně k tomu svému dítěti. Tak takovej jako blažený pocit, že nám nikdo do toho nezasáh. Že jsme od začátku furt spolu a pak až přijde ta doba, kdy on se bude chtít oddělovat, tak já to taky ponesu dobře, protože už budu taky nasycená tím*

<sup>115</sup>V žádném případě se nejedná tedy o zevšeobecnění v tom smyslu, že ranou vazbu nelze nahradit, nebo že matka, která o ni nemá zájem, není „dobrá matka“ či jakékoliv další zjednodušení.

*kontaktem. (...) A tím, že ten porod, že to takhle jako se nastartovalo. A on i tak, všechno bylo jako v pohodě a on se narodil a plakal. Hodně plakal. A i když jsem ho k sobě přivinula, tak furt plakal. Až potom vlastně usnul. Takže jsem pochopila, že pro ty děcka je to tak strašně jako stresující záležitost, že ještě jako někdy podněty, že by nás odebrali, nebo by mi ho odebrali i třeba na minutu, to by pro mě bylo nepředstavitelný. Já jsem mu chtěla strašně jako pomoci, být tam s ním. Aby věděl, že jsem tam s ním a že to jako zvládne, takže jsem ho povzbuzovala i slova. (...) A dokážu si představit, že on když bude ten puberták, tak budeme mít takovou tu jako... takovou spolu ten provázek takovej plnej lásky a respektu. A že to začíná teda tady no. (Ludmila, str. 7 a 8)*

V medicínském diskurzu, který ovládá i právní aspekty porodu bývá dáváno do konfliktu právo matky (rodičky) na svobodnou volbu místa porodu s „právem dítěte na život, který je hoden ochrany již před narozením“ (Listina základních práv a svobod In Křeček, 2013: 3) a „zachování života a rozvoj dítěte“ (Úmluva o právech dítěte In Křeček, 2013: 3). Rodiče bývá tedy vytýkáno, že tím, že se rozhodne pro porod doma, odmítá poskytnout svému dítěti potřebnou zdravotní péči. Jak je patrné z výše uvedených citací narátorek, je často právě ohled na dítě a jeho prospěch při utváření rané vazby hlavním důvodem pro rozhodnutí родit doma.

### 3.7.2.5 ovlivnění partnerského vztahu

Všichni životní partneři narátorek byli v určité fázi přítomni porodu svého dítěte při porodu doma. Při hodnocení vlivu společně prožitého porodu doma na jejich partnerský vztah se narátorky shodují, že to jejich vztah ovlivnilo. Některé nejsou schopné toto ovlivnění nijak blíže popsat, či specifikovat, jen mají pocit, že tam určité ovlivnění proběhlo. Takto popisuje situaci Marie a Žaneta.

*No, nějak asi jako jo, ale nevím, jestli nějak konkrétně. No, tak jsem ráda, že jakoby u toho porodu byl, že to moh vidět vlastně, jak to probíhalo, že to nebyla žádná v uvozovkách procházka růžovým sadem, prostě, že najednou vylezlo miminko. Ale že prostě to byla nějaká jakoby dřina, nebo že, což určitě si jakoby uvědomoval. Určitě to nějak ovlivnilo ten vztah, ale nedokážu říct jak jako konkrétně. (Marie, str. 8)*

*To já jsem si myslela, že by jako mělo, ale nevím. (smích) Já jsem říkala, tak Adame jaký to bylo prosím tě. A on to tak bere úplně samozřejmě. Tak já nevím. Když tak se můžeš zeptat jeho. Možná by to bylo zajímavý, protože já jsem z něho nic nedostala. Já bych o tom mohla vyprávět. To se říká, že ženy o tom rády mluvěj. Je to tolik citový a tolik jako emoci s tím. Takže já bych mohla vyprávět pořád a vzpomínat na každéj detail a Adam nic ani slovo prostě....Asi ho to taky pod tou úrovní spojilo. Ale že bych to viděla, nějakou změnu, to né. Prostě jednoduše nehodnotí tyhle věci. (Žaneta, str. 4)*

Žaneta naznačuje, že je společný prožitek určitým způsobem spojil. V podobném duchu hovoří o ovlivnění partnerského vztahu i další narátorky, které hovoří o tom, že se lépe poznali, že se jejich vzájemný vztah ještě posílil. V tomto kontextu je zajímavé si

povšimnout, že narátorky hodnotí svůj existující partnerský vztah jako velmi dobrý. A prožitá společná zkušenost porodu ho ještě více prohloubila a obohatila.

*že to naše partnerství jako úplně krásně jako rozšířilo o další rozměr, že jsme to absolvovali vlastně spolu. Jednak tu přípravu, jednak se mnou chodil často i k lékaři. (...) No a potom po porodu nakupoval, vařil mi, všechno jako pomáhal. A já to jako vidím, samozřejmě se ke mně choval hezky, nebo my máme supr vztah i tak, ale tohle je ještě úplně zase to prohloubilo no. **Ten prožitek, že jsme prostě u toho narození byli spolu. ....** A takhle vím, že on to jako úplně vzal za své ..... prostě a .... takže takhle jakoby partnerství myslím si, že ten náš vztah se takhle prohloubil prostě nebo získal prostě další rozměr. Nó. Už tím, že se nám prostě to dítě narodilo, ale i tím, že jsme to vlastně takhle absolvovali spolu ... ty přípravy a samotnej porod a i to potom. (Silvie, str. 7)*

*Určitě. Jestli mám říct jakej, no? **Poznali jsme se, dobře jsme se poznali, myslím.** (Judita, str. 5)*

Narátorky vedle ovlivnění vzájemného partnerského vztahu vyzdvihují i význam zkušenosti porodu pro muže samotné a ovlivnění jejich vztahu s dítětem. Často se ve výpovědích narátorek objevuje v různých obměnách radost a vděčnost za to, že celou zkušenost prožili všichni spolu, tj. nikoliv jen ony jako matky, ale že okamžiku zrození byl přítomen i otec dítěte. Pozitivně hodnotí přítomnost otce dítěte u porodu i Vendula, která si přítomnost svého parntera u porodu původně nepřála.

*Mě tam vadil i ten Viktor, ale ten našťestí byl úplně v klidu a potichu a nic neřikal, tak já jsem tam mohla ty jo si dělat to svoje divadlo. (...) Tak určitě, no. (...) **Tak pro Viktora to byl určitě velkej zážitek. Pro mě taky, já jsem byla ráda, že mám vedle sebe chlapa, kterej se z toho nezblázní, nebo nepodělá, když prostě se rodí doma.** (Vendula, str.2 a 6)*

*Já myslím, že v celku hodně. Že nás to hodně jako spojilo. Já jsem takhle nad tím nepřemejšlela nikdy. **Ale myslím si, že to je....byl to krásnej zážitek a myslím si pro oba.** A díky tomu, že tam byl i vlastně taťka Arnošta, tak pro mě je to, bejt u toho zrození, to je prostě úžasný. (Ludmila, str. 7)*

***Myslím si, že nás to sblížilo, že to byl takovej silnej zážitek společnej.** A že jsme to prostě prožívali všechno společně. A že má i dobrej vztah k dceři, že si myslím, že prostě u toho byl a i vlastně to rozhodnutí rodit doma, to bylo naše společný rozhodnutí. (Sára, str.3)*

***Myslím, že to pro něj byl taky šileně silnej zážitek.** No, prostě nejsem zvyklá na tyhleto procesy, aby šly podle přírody. Samotnej ten porod, ten proces je hrozně silnej (...) Hlavně s tím málokdo má zkušenost, to je tak jedinečnej zážitek i pro toho chlapa. (Zita, str. 5)*

***Staral se o nás a jakoby ten vztah jsme si budovali jakoby všichni spolu hned od začátku, to bylo super, no.** (Bronislava, str. 4)*

Partner má u porodu doma jinou roli, než v porodnici, kdy je většinou odkázán na to být pasivním pozorovatelem situace, již nemá příliš velkou možnost ovlivnit. Při porodu doma může plnit nejrůznější úlohy, od přinašeče různých věcí po věšák, či oporu pro rodící ženu. Možnost aktivního zapojení partnera do porodu hodnotí narátorky jako pozitivní zkušenost pro muže samotné. Dle hodnocení narátorek je jejich pozice u porodu doma naplněna

významem a možností se skutečně do průběhu porodu zapojit a aktivně se na něm podílet, jsou-li o to požádáni.

*A hlavně si připadal užitečněj, protože tady jsem na něm visela asi tak hodinu, takže už pak měl docela dost, ale v tom prvním říkal jako že to bylo takový zoufalý, protože se nějak nesmířil s tím, že tam prostě jenom je a nemůže nic udělat. Že tam tak jenom stál, já jsem ani o něj neprojevila zájem, jak jsem v sobě měla napíchaný všechno možný. A tak možná jsem ho držela za ruku, ale on si připadal hrozně jako nevyužitej. Takže tady říkal, že si aspoň připada užitečněj, že už ke konci vůbec nemoh (smích) ale že aspoň tam měl nějakou funkci, tak byl rád. (Zita, str. 5)*

*Většinu toho porodu jsem trávila na kolenou, nebo na čtyřech, nebo opřená o balón, nebo ve dřepu anebo jsem pak visela jakoby na Milanovi, že seděl na židli a já jsem byla opřená pod paží o jeho nohy. (Marie, str. 5)*

*protože můj muž tak jako asistoval u porodu, držel mi nohu a různě, dělal mi porodní stoličku. Jako vůbec i to, jak jsme se spolu i připravovali, my jsme spolu chodili na ten předporodní kurz k Ivaně Konigsmarkové. To bylo super (...) a pak i tím, že jsme absolvovali já nevím, že jo, tak ten porodní bazének, všechno takhle jakoby obstaral. No a potom, že přímo pomáhal při tom porodu a vlastně pomáhal i při tom šití. Já jsem se trochu natrhla. Tam svítil, svítil baterkou. (Silvie, str. 6 a 7)*

Bronislava artikuluje i význam společného prožitku porodu a nejbližších dnů po porodu jako důležitých pro budování partnerského vztahu. Partner je od samého začátku přítomen novému rytmu rodiny a dítěte. Přítomnost nového člověka v rodině pro něj tedy není takový šok, ale může mu přivyknout společně se svou partnerkou. Rodina se utváří tedy společně od samého počátku. Důležitost významu tohoto faktoru dokládají i výpovědi narátorek uveřejněné výše, Bronislava jen tuto okolnost zmiňuje obsírněji a přímo.

*Pak bych řekla, že to bylo super i pro můj vztah s mužem, že on byl do toho hodně jako kdyby zapojený. A byl tam prostě platnej u toho porodu. Já jsem se za něj třeba zavěšovala, nebo jsem ho mlátila. Na to obzvlášť rád vzpomíná. Já jsem ho nejdřív požádala, aby se mnou dýchal a když to udělal, tak jsem ho zbila, že se mi zdálo, že to dělá nějak špatně, nevím. (se smíchem). Taková vtipná jako část, rodinná historka. Přijde mi, přišlo mi, že je to prostě mnohem lepší, než kdybych já odjela někam do porodnice a za tři dny se vrátila jako s někým, jo, s někým novým a on najednou je odsunutej na druhou kolej a ... já si myslím, že on by to, s tím problémem neměl, protože on není jako ..... no, je prostě skvělej a nemyslím si, že by to bral jako negativní, ale tohle bylo určitě lepší a i to, že on měl vlastně ten týden dovolenou.. (Bronislava, str. 4)*

Zajímavá je výpověď Zity, která začíná své hodnocení o tom, zda prožitek porodu ovlivnil jejich partnerský vztah následovně: „Já si myslím, že ho to neovlivnilo nějak“ (Zita, str. 5) Jakoby tedy předpokládá, že by přítomnost partnera u porodu mohla jejich partnerství ovlivnit nějak negativně. Je možné, že zde rezonuje se zažitou představou, že zážitek porodu může negativně ovlivnit budoucí sexuální vztah partnerů. S touto představou by rezonovala i výpověď Venduly, která původně svého partnera přímo u porodu ani nechtěla, ale přála si, aby byl někde ve vedlejší místnosti.

*Ale vlastně neviděl nic špatného, tím, že jsem klečela, tak jako on neviděl nic špatného. Takže v tomhle myslím nemá žádný trauma, jak se některý chlapi bojí<sup>116</sup>. (Vendula, str. 7)*

Zita dále ovšem pokračuje v jiném duchu:

*jestli, tak ho to posílilo a vylepšilo. Nemyslím si, že něk zmatečně, ale můj muž se stal samozřejmě hrozným zastáncem porodů doma, hrozně ho to nadchlo, byl z toho úplně hotovej a nadšenej. Vlastně fakt jako tu knížku dočítal eště, když v průběhu toho dne a určitě má jako, byl to pro něj ohromnej zážitek a myslím si, že nám to prospělo. Rozhodně nám to nijak neškodilo, jestli něco, tak to ten vztah hrozně posílilo a zpevnilo. Ale ten vztah byl hodně v pohodě už před tím, takže ...A on byl vlastně jedinej, s kým jsem si to dokázala představit, jako někdo říká, že chlapa u porodu nechce, že je lepší tam mít mámu, nebo kamarádku, nebo ...Jako u mě to bylo poměrně jasnej, protože tam se fakt nemůžu stydět, nebo si na něco hrát a on je jedinej, s kým tohle zvládám. No, takže vztahu to určitě prospělo, si myslím.....(Zita, str. 5)*

Z vyjádření Zity je zřejmé, jak vlastní zkušenost (v tomto případě partnera) proměnila původní strach z porodu doma v jeho pravý opak, tj. nejen podporu, ale propagování této možnosti volby. I pro partnera se tady stala zkušenost základem nového poznání, jejímž prostřednictvím byl schopen redefinovat svůj dosavadní přístup a pojetí porodu.

Celkově hodnotí narátorky přítomnost partnera u porodu jako velmi pozitivní a prospěšnou a to nejen proto, že u porodu byl, ale zejména proto, že tato jeho přítomnost byla naplněna významem a byla smysluplná. Tj. i partner sám mohl mít pocit, že může ke zdárnému průběhu porodu nějakým způsobem přispět, že má nějaký úkol a není jen pasivním pozorovatelem situace, kterou nemůže ovlivnit.

Přítomnost partnera u porodu doma, vliv na uspořádání genderových vztahů a rolí v rodině mezi partnery, ale i ve vztahu k dětem a rozdělení jejich péče, by si zasloužily hlubšího rozboru a zkoumání, na něž není v této práci prostor, ale které stojí za pozornost.

### 3.7.3 Strach

Strach je z porodem velmi úzce propojen. Zejména ve vysoce technizované společnosti jsou zdůrazňována nebezpečí a kritické situace, které mohou během porodu nastat. V medicínském diskurzu je pak porod mimo zdravotnické zařízení chápán jako riziko, hazard, protože porod je v tomto diskurzu považován za nevyzpytatelný proces, při němž může komplikace nastat kdykoliv a může mít fatální následky.

---

<sup>116</sup>Zde naráží Vendula pravděpodobně na argument, který byl používán proti přítomnosti otce u porodu, který tvrdí, že „pohled na porod může otce traumatizovat, může být odpuzující a poškodit jeho erotický vztah k ženě“. (Kapr, Koukola, 1998: 55)

### 3.7.3.1 přenesený strach a jeho vědomé zpracování

Všechny narátorky reflektují, že se musely vypořádat s určitým strachem z porodu doma, nejednalo se ale ve většině případů jejich vlastní strach, ale strach přenesený na ně vlivem jejich okolí, společnosti, dominantním medicínským diskurzem, který je obklopuje atd. Narátorky tedy vnímají strach nikoliv jako daný fakt, ale reflektují jeho psychickou povahu, tj jeho konstruovanost. Uvědomují si vztah mezi tím, kdo „má strach“ a jím utvářenou realitou, kterou žije. Nepovažují tedy strach za samostatný jev, který působí sám o sobě, je reálně podložený, ale vnímají jeho iluzornost. Ve většině případů se setkaly se strachem svého okolí na sdělený záměr rodit doma, nebo se jim objevil strach v průběhu rozhodování o porodu doma.

*Akorát co mi vadilo byly takový ty poznámky všech možných přátel jako, který v člověku **viděj prostě hazardéra**. Podle mě maj potřebu **svěřovat prostě svoje strachy** a člověk se tak chtě nechtě cejtí jako nákej exot, kterej nák **riskuje**, nebo se prostě chová ... je to takový, jako když je na Tebe nákej reflektor prostě namířenej. Přitom já si fakt nepřipadám, že bych byla nák extra odvážná ... ani jako nákej hazardér. Prostě já jsem jenom chtěla to udělat takhle, protože jsem to takhle prostě cejtíla, protože to takhle cejtím. Jako takhle přivést to děťátko na svět. A vlastně bych jako ... netoužím po nákejch jako debatách kolem toho si to obhajovat, nebo že jsem udělala něco jako extra. Mě to přijde tak přirozený a věřím tomu, že kdybychom teď seděly v Německu teď nebo v Anglii, tak se tam o tom nemusíme takhle ani bavit. Prostě to je normální. (Silvie, str. 13)*

*Ale Viktor spíš jako, když to říkal mezi kamarádama, tak se setkal hodně s takovým jako: „Ohh.“ Jako odmítnutím u těch chlapů. I těch, který děti maj, i těch, který nemaj. **Tak některý teda ho sepsuli úplně strašně, co jsme si to dovolili. A jaký jsme blázni a takhle**. Spíš potom on musel obhajovat tu svoji pozici jako, že toho otce a že to teda zvládl a že spíš, aby mu řekli: „Ty, jo, ty seš frajer.“ Tak mu spíš řekli: „Ty, jo, ty seš magor.“ Jo, že prostě, že jako takhle no. Takže v tomhle ... ale já, jsem mu říkala: „aspoň vidíš, jaký máš lidi okolo sebe“ , jo prostě. Zas je jako dobrý, když člověka konfrontujete s něčím jako nestandardním a ta reakce jako jaká jeho je. (Vendula, str. 7)*

***Měla jsem strach**, že se mi narodí postižený dítě. A že prostě **něco se stane** a to dítě prostě nebude v pořádku. Anebo že něco **se stane i mě**. Jo jako napadlo mě, ale ...to si myslím, že ještě pořád žijeme v takovém tom overmindu toho strachu tady ... jako že to prostě člověk ... jednak žije tady ve městě, kde to tady fakt visí, jak mrak. Že není někde na samotě úplně, kde vidí prostě jenom jakoby tu pohodičku tý přírody.... (Blahoslava, str. 7)*

Silvie se skrze strach svého okolí dostala do situace morálního odsouzení, stejně jako Ludmila a Sára, jak bylo pojednáno v předchozí kapitole. Byla nucena vyjednávat svoji pozici a obhajovat své rozhodnutí rodit doma a ocitala se přitom v hierarchicky nižším postavení, protože převládající medicínský diskurz konstruuje porod na bázi strachu. Takto konstruovaný porod se stává normou, jejímž prostřednictvím se veškeré „jiné“ pojetí dostává do podřízené pozice. Na základě této normy byla tedy Silvie svými přáteli a okolím označena jako „hazardérka“, vnímána jako „exot“, jako někdo, kdo se vymyká tomu, co je považováno za normu, tj. co je „normální“. Opět tedy byla porušena

intersubjektivní podmínka participační parity, jak o ní hovoří Fraser (2004), protože Silvie byla znevýhodněna na základě odsouzení za svou „jedinečnost“, za svůj odlišný pohled a vnímání porodního procesu. Přitom, jak uvádí, „*kdybychom seděli v Německu, nebo Anglii*“, tak bychom neměli žádné téma k diskusi, protože možnost rodit doma je v těchto zemích posuzována jako jedna z legálních a uznávaných variant a je tedy považována za „normální“.

Vendula hovoří o podobném odsouzení, ale tentokrát nikoliv ze strany jejích přítelkyň a jejího okolí, ale o odsouzení jednání jejího partnera ze strany jeho přátel a vrstevníků. Jeho jednání je vnímáno opět jako hazardérství : „*co jsme si to dovolili*“. V tomto odsouzení partnera narátorky se dostává do popředí nikoliv jenom „osobní“ motivace odsuzujícího, ale právě internalizovaný medicínský diskurz o porodu, který je ve většině případů jediným zdrojem informací, který je mužům dostupný. Nepodílejí se na osobním sdílení a vyprávění porodních příběhů, často nemají přístup ke zkušenosti zprostředkované, ani vlastní. Nejedná se ale jenom o jiný zdroj vědění, ale také o uplatňování dominantní morálky spravedlnosti založené na pravidlech a jejich respektování a nikoliv na posuzování individuálních motivací a pohnutek jednotlivce. Skrze tuto morálku, stigmatizování<sup>117</sup> „jiného“ jedince se pak posiluje a udržuje stávající hegemonie a genderový řád.

Ludmila a Judita si možnost tohoto odsouzení ze strany svého nejbližšího okolí též uvědomily, když uvažovaly o tom, že by určitá komplikace mohla nastat a „*porod by se nepovedl*“. Nemají tedy strach z toho, že riziková situace skutečně nastane, ale objevuje se jim strach z odsouzení za to, že tuto situaci zaviniily tím, že rodily doma. Do konfliktu se tak dostává jejich vnitřní „vědění“, kdy byly přesvědčené, že je vše v pořádku, a strach ze strany jejich okolí, kterým se přenášela na ně nejistota. Přijetí jakékoliv životní situace i následování svého vnitřního hlasu je svázáno s důvěrou a proto se budu tomuto tématu věnovat ještě v další kapitole.

*Tak i v tomto případě, kdyby se narodil nemocnej, nebo by zemřel, tak já bych věděla, že to má nějaký vyšší princip a já bych se s tím dokázala vypořádat. Bylo by to teda strašně bolestivý, ale dokázala. Ale zjistila jsem, že co by byl problém, reakce okolí. Ty by mě ukamenovali. Ty by řekli: „To je proto, žeš rodila doma.“ Ty by to vůbec jako nepochopili. Většina těch lidí. To by byl konec. Tak to byl problém. To **byl ten strach, kterej se mi tam objevil**, že kdyby se*

---

<sup>117</sup>Více k tématu stigmatizace viz. : Goffman, E. 2003. *Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Praha : SLON; Link, B.G, Phelan, J. C. „Conceptualizing Stigma“ In *Annual Review of Sociology* Vol. 27, 2001, pp. 363-385; Kirshi, J. „Talking Back to Stigmatized Identities: Negotiation of Culturally Dominant Categorizations in Interviews with Shelter Residents“ In *Qualitative Social Work*, 2004, 3(3):259-275.



*něco stalo, že tohle bych jako asi nezvládla. To bych musela snad emigrovat, nebo něco. (Ludmila, str. 5)*

*.... i když já jsem věděla, že se to povede jakoby, ale prostě, i kdyby po mě někdo chtěl podepsat nějaký papír, tak v týdletý chvíli už bych ho klidně podepsala jako že... Horší je teda ten tlak potom z rodiny, na to se musím posilovat strašně, to je nejhorší, nebo takový ty když člověku jako řeknou: „no, tos měla teda štěstí!“, „taky to nemuselo takhle dopadnout“. I když já jsem vevnitř věděla, že to dopadne dobře, ať se děje, co se děje, jo. (Judita, str. 3)*

Narátky nepovažují strach za nějakou fixní kategorii a danou entitu, ale uvědomují si jeho psychickou povahu a konstruovanost. Jsou tedy přesvědčeny, že se strachem, jako s jakoukoliv jinou emocí, je možno pracovat a jej vědomě zpracovávat.

*Že zkrátka nějaký nebezpečí je spojený s porodem, tak je záležitost hodně psychiky. Jo, myslím si, že kdyby bylo nebezpečí, který by bylo spojený s něčím fyzickým, tak, že by se na to přišlo už v těhotenství. (Silvie, str. 10)*

*A bezpečnej ted' jako vím, že je to ten vnitřní pocit, jestli tam ten strach je, nebo není. Prostě když jsem pak dostala strach z toho, že mám málo železa, tak jsem se skoro zhroutila, strašně jsem brečela, že nebudu moct родit doma. Že jenom jako tohle, ten strach ta emoční úroveň. (Žaneta, str. 4).*

*(...) ale tak taky jsem na tom pracovala. U toho druhýho dítěte jsem měla tyhle obavy, protože v rodině miminko takhle umřelo, že nebylo úplně v pořádku, mojí babičce, tak mi to tam nějak jako naskočilo. (Blahoslava, str. 7)*

Silvie hovoří o tom, že nebezpečí spojované s porodem je psychická záležitost. Nevidí tedy riziko porodu ve fyziologickém průběhu, tj. v těle, ale zdroj případné komplikace, nebezpečí vidí právě v oblasti psychiky. Je předvedčena, že kdyby existovalo nějaké nebezpečí, nějaké riziko, tak by se projevilo již v těhotenství. Stejný přístup má i Žaneta, která uvádí příklad strachu, který se jí objevil již v průběhu těhotenství a úplně ji ochromil, podlomil její důvěru родit doma. Vnímá tedy otázku bezpečí, strachu na emoční úrovni, nikoliv v rovině tělesné a v rovině fyzického těla. Obě narátorky uvažují tedy o případné komplikaci u porodu zcela v souladu se sociálním modelem porodu (Van Teijlingen, 2005; Davis-Floyd, 2001) a paradigmatem přirozeného porodu (Odent, 1995, 2013), který posuzuje situaci porodu komplexně, staví na propojenosti těla a mysli (příp. Ducha) a případná rizika vnímá v souvislosti se slabými a silnými stránkami rodičky. Toto pojetí je i zcela v souladu s pojetím moderní medicíny<sup>118</sup>, která propojuje rovinu psycho-bio-sociální i ekologickou pro určení vzniku a příčiny nemoci (rozuměj patologie) a hledání možného řešení i mimo organickou strukturu vlastního těla. (Kapr, Koukola, 1998). Podle Kapra a Koukoly (1998) nelze přisuzovat prioritu apriorně jedné z mnoha rovin zmíněného systému, ale je třeba důkladně analyzovat jednotlivé úrovně, „v jejímž

<sup>118</sup>Termín moderní medicína používám v souladu s pojetím u J. Kapra a Koukoly. (1998)

celku hraje stále významnější roli studovaný vliv lidské psychiky, při kterém záleží na tom, jak aktuální stav svého těla člověk vnímá, interpretuje, jak ho prožívá a jak podle toho jedná.“ (Ibid., 1998: 48)

Blahoslava uvádí, že se setkala s obavami, jestli její dítě bude v pořádku, protože v její rodině miminko při porodu zemřelo. Nevnímala ale strach v rovině obav ze svého vlastního těhotenství a porodu, ale jako příležitost pro jeho vědomé zpracování. Pracovala tedy se svým strachem nikoliv jako s reálnou entitou a reálným nebezpečím, ale pokoušela se porozumět jeho konstruovanosti. Způsob, jakým k němu přistupuje, jak ho interpretuje a analyzuje, jí umožňuje jej v rovině psychické rozpoznat a překonat. Stává se tedy v jistém slova smyslu sama sobě terapeutkou, když přistupuje k tomu, co ji trápí aktivním způsobem a snaží se nalézt příčiny svých obav. Více se budu tímto tématem zabývat ještě v kapitole o Moci, kde bude pojednáno ve vztahu kontroly nad vlastním tělem.

### 3.7.3.2 varování v případě komplikací

Strach vnímají narátorky jako určité znamení intuice, o tom, že něco není v pořádku. Mají tedy důvěru v to, že by jim intuice dala prostřednictvím strachu najevo, že je potřeba vyhledat pomoc, protože se porod nevyvíjí dobře a je potřeba zásah a pomoc z vnějšku.

*No a já jsem tak náh cejtila a taky jsem věděla, že když je právě průšvih, tak ta žena **cítí velkou sílu strachu a ví, že má vyhledat pomoc**. Já jsem se tady o tom bavila se sousedkou, paní, už má dvě dospělé dcery a už je babička a tak. A tak jsme přišly na tohle téma a já jsem jí tohle právě říkala, oni taky všichni reagují: „A co kdyby se stalo...“ A ona říkala, že taky zažila, že žena, nevím teda v jaký situaci, ale tuším, že zrovna při porodu, nebo skrze děti určitě, že říkala: „To byl takovej strach, tak strašnej strach, že to prostě, to tě úplně smete. Takže ty víš, že něco není v pořádku. Takže já jsem na tohle spolíhala. (Ludmila, str. 6)*

*No a mezitím se to stalo s tou vodou, že mi začla odtýkat ta zelená voda, ještě, když tu ta Dominika<sup>119</sup> vlastně nebyla. Přesně jak jsem tam cítila, že teď už je to takovej fičák, že nic se neřeší. Ale cítila jsem jako v pohodě, nestalo se mi nic, že bych se, víš, když se ti stane něco hroznýho, tak se lekneš. „Ah.“ Dostaneš takovej ten pocit ... to prostě vůbec neproběhlo. Já jsem říkala: „Bude všechno dobrý a bylo dobrý. Úplně v pohodě. (Blahoslava, str. 7)*

*Asi prostě intuitivně. Já jsem nad tímhle jsem vůbec nepřemýšlela. .... Já jako jsem od přírody hodně takovej intuitivní člověk, takže já, **pokud mě nezachvátí panika, takovej ten vnitřní pocit panika: „něco se děje, nohy na ramena“**, tak to neřeším. Takže prostě pokud není panika, tak nechám situaci, jak je. A panika žádná nebyla, tak asi jsem neměla důvod prostě panikařit a tím pádem jako někam utíkat. (Vendula, str. 5)*

Ludmila, Blahoslava i Vendula hovoří shodně o tom, že měly důvěru, že by jim intuice dala znamení, kdyby se porod nevyvíjel správným směrem. Strach považují tedy v tomto případě jako formu vědění, jako znamení, varování, že nastává situace, kdy je třeba

<sup>119</sup>Doprovázející porodní asistentka u porodu doma.

vyhledat pomoc. Přistupují tedy ke strachu jako k obrannému mechanismu těla, jímž dává mysl člověka určitou informaci o situaci nebezpečí. Přistupují tedy ke strachu pozitivně, vítají ho jako zdroj informace. Zároveň je zde důležitý prvek důvěry, že by jim intuice skrze takovýto stav strachu (nebo *paniky* či *úleku*) dala najevo, že se blíží nebezpečí a je třeba vyhledat pomoc. Klíčová je potom provázanost mysli a těla a znalost vlastního těla, z níž narátorky při pojetí strachu v tomto smyslu vycházejí. Jejich tělo ( a mysl) jim slouží jako zdroj vědění o průběhu porodu. Více jsem o tomto tématu pojednávala v kapitole o Vědění, kde jsem hovořila o významu intuice, vnitřního pocitu atd.

Ve stejném smyslu hovoří Blahoslava i Bronislava o tom, že zmiňovanou absencí strachu zažívaly. To jim tedy poskytlo jistotu, že se porod vyvíjí správným směrem.

*Úplně jsem cítila, že je všechno ... toje prostě taková sym bióza a úžasná. A neměla jsem jako strach. Neměla jsem prostě pocít, že by něco nebylo v pořádku. (Blahoslava, str. 2)*

*jako neměla jsem strach, že něco není v pořádku, já jsem jako nad tím prostě nepřemýšlela. (Bronislava, str. 5)*

Blahoslava se dále odvolává na svůj vnitřní pocit („úplně jsem cítila“), který pro ni představoval zdroj vědění, jak o něm bylo diskutováno v kapitole Vědění. Bronislava tvrdí, že též prožívala absenci strachu a nad možnými komplikacemi nepřemýšlela, ale soustředila se na vlastní průběh porodu.

Z výše uvedeného postoje je zřejmé, že narátorky nepředjímají možný vývoj situace v budoucnosti, ale soustředí se cele na přítomný okamžik, který prožívají skrze celou svoji bytost, tj. vnímají své tělo, jeho signály, vnitřní pocity, a informace, které přicházejí skrze jejich tělesné i emoční projevy.

### **3.7.3.3 z porodu a porodnice**

V lékařské literatuře je porod líčen jako obtížná riziková záležitost s množstvím potenciálních komplikací a patologií, které se mohou kdykoliv nečekaně vyskytnout. (Binder a kol., 2011; Čech, Hájek, Maršál, Srp a kol. 2006; Roztočil a kol. 2006), jak bylo pojednáno v teoretické části. Takováto konstrukce porodu sebou velmi často nese i strach ze samotného porodu, z možností komplikací. Ženy, které se na porod připravují čtením tohoto typu literatury také často strachu z porodu podléhají. Tento fakt potvrzuje i Blahoslava, která na počátku svého prvního těhotenství o jiném typu literatury ohledně

těhotenství a porodu neměla tušení. Porod tedy vnímala jako vysoce rizikovou záležitost a měla z něj strach.

*Probíhalo to tak, že jsem těhotná a **pojala mě děs a hrůza z porodu**. Protože jsem se předtím na to nijak jako vůbec nepřipravovala a bylo to sice plánované, ale nijak jsme to jako neřešili. (...) A muž (...) před tím pracoval v Neratovicích, tak říkal: „Dej si bezbolestného císaře, já tam znám...“ A já jsem si říkala: „No, tak snad to přežiju, protože porod matky, že jo a všech kamarádek. No a já jsem se rozhodla, že tomu teda musím přijít na kloub, když je to tak strašný. Tak jsem si nakoupila spoustu literatury, takový tý mainstreamový, což mi potvrdilo, že to je opravdu **hrůza a děs**. A že můžu umřít, protože tam jsou takový supr informace, všechno je nebezpečný, prostě. No a hlavně všechny ty vyšetření před tím. No a když už jsem teda byla **vyděšená k smrti** a už jsem **plánovala teda ten pohřeb, jak u toho zemřu u toho porodu**, tak jsem v nějakém výprodeji narazila na knížku, já jsem vůbec nevěděla, že existuje porod doma a že je to přirozená věc, Jany Doležalový, Porod doma. (Blahoslava, str. 1)*

Blahoslava sama pak skrze studium literatury o přirozených porodech, předávání zkušeností od jiných žen, které rodily doma, úplně změnila svůj pohled na porod, ale i svůj život, což je dokumentováno zejména v kapitolách Vědění a Zkušenost. Blahoslava konstruuje nakonec tedy jiný druh strachu a sice strach z porodnice. Na základě svých vědomostí konstruuje porod zcela jinak, než na počátku svého prvního těhotenství a porodnice pro ni nepředstavuje jistotu, ale nebezpečí.

*Ale prostě **já mám z porodnice strach, normální strach**. Prostě všichni: „ty seš statečná, žes rodila doma.“ Já říkám: „Nejsem, já vůbec nejsem statečná, já jsem rodila doma, protože mám **hrozný strach z porodnice**.“ Protože mám **strach z toho**, že ve chvíli, kdy ty budeš vlastně nejvíc zranitelná, to je prostě, to tak je, i ty zvirata to tak maj, si někam zalezou a když je nebezpečí, tak ten porod se zastaví, tak prostě tam někdo naběhne a chová se prostě... a to je úplně paradox, vypadá to, jak kdyby to ty lidi dělali schválně, já vim, že to nedělaj na vědomý úrovni schválně, ale zatím jsem se s tím vždycky setkala, že když ta žena byla v té fázi jako těch bolestí, tak ty lidi se chovali jak hulváti, ženy!, ženy snad úplně nejvíc. No prostě víc než ty chlapi. Takže pro mě je prostě bezpečí, že nebudu v té porodnici. Fanatička domácích porodů. (smích) (Blahoslava, str. 6)*

Na počátku svého prvního těhotenství tedy Blahoslava chápala porod zcela v souladu s dominantním medicínským diskurzem a představoval pro ni zdroj strachu. Porodnice v tomto případě znamenala zdroj bezpečí, protože zde byla možnost se bolesti vyhnout, jak jí navrhoval její manžel. („Dej si bezbolestného císaře:“), nebo prostě „být v bezpečí“ v případě možných komplikací. Po té, co konstrukci svého pojetí porodu pod vlivem paradigmatu sociálního modelu porodu a přirozeného porodu zcela předefinovala, konstruuje jiný druh strachu a sice strach z porodnice. V prostředí porodnice se totiž dostává do střetu medicínsky konstruovaný obraz porodu s obrazem porodu přirozeného. Rodička se dostává do nerovnocenné pozice dvěma způsoby, jednak proto, že je se nachází v instituci porodnice, která má své zákonitosti, pravidla a postupy, jak o nich hovoří ve své práci Ema Hrešanová (2008) a tato pravidla není možno absolutně přizpůsobit

individuálním požadavkům. Druhá rovina nerovnocenného postavení je ale v rovině obecnější a sice tím, že rodička zastává minoritní pojetí porodu, které stojí hierarchicky níže, než je obecně přijatý a dominantní lékařsky vedený porod, dostává se do pozice „jiné“, „problémové“, čímž dominantní struktury a genderový řád nabourává. V prostředí porodnice se tedy stává taková žena „stigmatizovanou“, nebo se jí i sama v tomto prostředí cítí být. Necítí se tedy v tomto prostředí bezpečně, protože vnímá, že její postoj (náhled porodu, hodnotový systém), nebude přijat, ale vnímán jako „deviantní“, tj. odchylující se od normy. Strach, o němž Blahoslava hovoří je tedy strach, že nebude respektována. Že ve chvíli, kdy se bude cítit nejvíc zranitelná, tak někdo její porod naruší nevhodným chováním<sup>120</sup>, poznámkou atd. Bojí se, že se tím pádem dostane do psychického stavu ohrožení a její porod se zastaví. V tomto smyslu potvrzuje její pojetí i Michel Odent, který považuje pocit bezpečí za jeden z klíčových faktorů pro zdárný průběh porodu. (Odent, 1995, 2013)

Některé narátorky se na porod velmi těšily a počátek porodu vítaly s radostí. Jejich konstrukce porodu je ovlivněna paradigmatem přirozeného porodu, jak o něm bylo pojednáno výše v teoretické části i kapitole Vědění a Zkušenost. Porod tedy konstruují jako radostnou a obohacující událost. Nemají ho tedy spojený se strachem, ale s radostným očekáváním.

*„Já se na ten porod fakt jako těším.“ Na tu práci prostě a na to, že se malej narodí. Že fakt se na to těším. A ještě jsem se jí ptala, jestli nejsem jako divná, že **nemám strach**. A pak jsem si sama sobě říkala: „No, tak **nemám strach, protože prostě nevím, do čeho jdu**.“ Jo. Ale to ... a opravdu i teďka zpětně si říkám, že **fakt nebylo jako z čeho mít strach**. Jediný, co tam bylo blbý, bylo to krvácení. (Silvie, str. 4)*

*Tak nejdřív jsem měla děsnou **radost**, protože už jsem fakt tejdén doma chodila a furt jsem brečela, že nikdy neporodím. (Smích). Že už teda fakt chci to miminko. Takže ze začátku jsem byla ráda. I tak mi přišlo, že to jako skvěle probíhá. (Bronislava, str. 3)*

Silvie se těšila se na celou porodní práci, na narození svého dítěte. Sama prožívá tuto radost jako trochu nepatřičnou, respektive se ptá sama sebe i porodní asistentky, jestli „není nějaká divná“, když neprožívá strach, ale radost při pomyšlení na porod. To opět reprezentuje hluboce internalizovaný medicínský obraz porodu, který je se strachem přímo svázán. Prožívá-li Silvie tedy radost při očekávání porodu, vnímá, že se tím dostává mimo normativní očekávání s porodem spojené.

---

<sup>120</sup>Blahoslava hovoří o tom, že toto chování v porodnicích vždycky zažila. Sama v porodnici nikdy nerodila, ale chodí k porodům jako dula a doprovází ženy i při porodu v porodnici.

Bronislava též hovoří o radosti spojené s porodem, ale spíše ve fázi, kdy porod začal, protože ho již delší dobu očekávala a měla obavy, že „*nikdy neporodí*“. Její radost se posléze trochu změnila, protože prožívala porod jako velmi bolestný a měla obavy, že bolest „*nikdy neskončí*“, o čemž bylo pojednáno v předchozí kapitole věnované Zkušenosti. Radost Bronislavy tedy může být do značné míry odvozena od vědění, které získala v době přípravy na porod doma skrze paradigma přirozených porodů, kde bývá někdy vyzdvihována pozitivní stránka porodu a na základě toho konstruuji některé ženy porod jako snadnou a radostnou událost a neuvědomují si dostatečně fyziologické aspekty porodu. O tomto jevu jsem pojednávala více též v kapitole věnované Vědění a Zkušenosti a v teoretické v kapitole o přirozeném porodu. V tomto smyslu by bylo možné dát za pravdu Lupton (1994), která tvrdí, že koncept přirozeného porodu ženy omezuje, neboť utváří očekávání, jež se nenaplní. Na druhé straně je nutné vzít v úvahu argumenty, které hovoří o tom, že překonání překážek a prožívané bolesti mohou působit pozitivně na budování vlastní identity a vedou k získání vyššího sebevědomí, jak bylo diskutováno v kapitole věnované Zkušenosti.

Vendula hovoří o tom, že strach nesmí být přítomný, pokud žena uvažuje o porodu doma, protože produkcí svého vlastního strachu by mohla vlastní porod ohrozit a jeho průběh zkomplikovat. Vrací se tedy ve svých úvahách za začátek této kapitoly, kdy narátorky hovořily o tom, jakým způsobem působil strach z jejich okolí na jejich vlastní postoje a pocity ohledně porodu.

*A asi důležitá věc, kterou bych ještě měla říct je, že jsem **neměla vůbec strach. Vůbec jsem neměla strach.** Já si myslím, že pokud žena přemýšlí o porodu doma, tak **strach** je prostě úplně jako totálně na tom posledním místě. Ten nesmí být. **Nesmí být strach.** Protože tam potom naskakují takový ty sociální jako různé věci, co se může a kdyby tohle a přesně takový ty věci a „co kdyby“. **Takže strach nesmí být.** (Vendula, str. 7)*

Vendula své tvrzení o nutnosti nepřítomnosti strachu během porodu u doma několikrát opakuje. Z toho je zřejmé, že tuto podmínku považuje za naprosto klíčovou. Dále uvádí, že je-li přítomný strach, tak potom se objevují sociální stereotypy ohledně možných rizik při porodu. Tím má na mysli již zmíněné možné komplikace, které zdůrazňuje medicínský diskurz o porodu. Vendula tedy tvrdí, že přítomný strach rodičky v okamžiku porodu doma, tyto sociální konstrukce porodu může přivolat a skutečné komplikace mohou nastat. Uznává tedy propojení mysli a těla (případně ducha) zcela v souladu se sociálním modelem porodu, které se vzájemně ovlivňují a nejsou na sobě nezávislé, ale právě naopak.

I další narátorky hovoří o strachu nebo obavách v souvislosti s porodem v porodnici. Jejich strach se tedy neváže k samotnému procesu porodu, protože ten očekávají buď s neutrálními pocity, nebo s radostným očekáváním, jak bylo uvedeno výše. Jejich strach se váže k možným komplikacím porodu, které by mohly nastat tím, že by jim někdo do porodu nevhodným způsobem zasáhl buď vyřčeným slovem, nebo rutinní praktikou. Narátorky se obávají, že by ztratily potřebný klid a uvolnění, dostaly by se do stresové situace a pod by se mohl i úplně zastavit nebo zkomplikovat. Podrobněji budu o této problematice pojednávat v kapitole věnované Moci, protože úzce souvisí s možností kontroly nad vlastním tělem, procesem porodu, dítětem atd.

*Takže já mám právě, právě jsem měla strach z toho, že by tam mi někdo tam něco řekl, možná bych třeba objevila v sobě sílu, že by mi to bylo fuk. Že bych se tam s nima třeba i pohádala, ale já jsem tohle nechtěla riskovat. (...) Já jsem měla trošku obavy, že když přijedu do nějaký porodnice, tak mě tam jako sejmou. (Ludmila, str. 8 a 9)*

*Prostě potřebuju na to mít čas, klid, nikdo mě do ničeho netlačí, nikdo se mě neptá na blbý věci: jako jak se jmenujete, jak se jmenuje vaše matka, chcete oxytocin, rozstříhneme Vás nebo, tohle jako pro mě je nepřipustný. Takže se bojím, nebo obávala bych se asi toho, že v porodnici by to bylo takový, že bych se asi zavřela a pak už asi bych si nechala něco napíchnout, protože už by to asi bolelo, nepostupovalo, těžko říct, no. (Vendula, str. 9)*

Ludmila i Vendula formulují své obavy a strach z porodu v porodnici, protože si uvědomují, že by se dostaly do podřízené pozice vzhledem ke svému postavení rodící ženy a měly by tedy omezenou možnost aktivně vystupovat vůči případným zásahům ve formě nevhodně volených slov, nebo otázek. Ludmila spekuluje o tom, že by možná našla v sobě sílu jít do konfliktu, ale nechtěla riskovat, že by se postavit na odpor nedokázala. Vendula také uvádí, že by se pravděpodobně uzavřela, tj. byla ve stresové situaci, kdy jsou aktivovány obranné mechanismy a vyplavován hormon adrenalin namísto oxytocínu, což by porod zastavilo. Tvrdí, že v takové situaci by „si nechala něco napíchnout“, protože by už neměla sílu a potřebnou podporu pro zvládnutí porodu svými vlastními silami. Považuji tento moment za velmi podstatný, uvažujeme-li nad tím, proč tento typ žen, které Hrešanová (2008) nazývá ve svém výzkumu „přírodačky“, rodí v prostředí porodnice hůře, než jiné typy žen, ačkoliv jejich socioekonomický status je nižší, než ten, k němuž přísluší přírodačky.

Ukazuje se, že způsob, jakým narátorky konstruují pojetí porodu, je v přímém rozporu s lékařsky vedeným modelem porodu, který ve většině porodnic v ČR převažuje a ve všech je považován za normu<sup>121</sup>. Narátorky pro svůj porod potřebují „bezpečné“

---

<sup>121</sup>Jediná porodnice v České republice, která propagovala přirozený porod byla uzavřena.

prostředí, což pro ně instituce porodnice nepředstavuje. Naopak, instituci porodnice spojují narátorky s obavami a strachem a tím pádem je pro ně obtížné se uvolnit a „v klidu“ porodit. Pro svůj klid naopak potřebují důvěru, že vše dobře dopadne a o tom bude pojednávat následující kapitola.

### 3.7.4 Důvěra

Důvěra je narátorkami zmiňována zejména ve vztahu k vědění a k vlastnímu průběhu porodu. Narátorky porod vnímají především jako psychický proces a důvěra v něm tedy hraje zásadní roli. Narátorky hovoří často o tom, že měly důvěru ve své vlastní tělo, že dokáže porodit dítě samo. Zde se tedy odráží již jednou citované tvrzení Michela Odenta o instinktivní povaze porodu, které je společné všem ženám. Důvěra v řád věcí stojí také v určité opozici vůči strachu, který porod v medicínském diskurzu obecně doprovází.

#### 3.7.4.1 v intuici

Důvěru v intuici narátorky často zmiňují ve vztahu k vědění, o něž se v průběhu porodu opíraly a na základě signálů intuice jednaly, nebo věřily, že by jim intuice dala znamení, kdyby bylo cokoli v nepořádku. O intuici jsem pojednávala již v kapitole Vědění. Nejčastěji je narátorkami zmiňována jako pocit, nebo vnitřní pocit. Někdy bývá zmiňována i jako signál těla. Každopádně tedy nikdy není intuice dávána do souvislosti s rozumem, ve skutečnosti tvoří spíše protiklad rozumu. Michel Odent hovoří v této souvislosti o tzv. starých mozkových strukturách, které je nutno nechat pracovat namísto neokortexu, či-li šedé kůry mozkové, což jsou z hlediska vývoje mladší mozkové struktury. „Porod je z pohledu fyziologie nevědomý proces. Řídí ho primitivní mozkové struktury.“ (Odent, 2013) Podrobněji jsem o konfliktu racionálního myšlení a intuice či pocitu pojednávala též v kapitole věnované Vědění. Nyní mi jde jen o to poukázat na to, že narátorky často zmiňují důvěru, kterou měly právě v intuici, pocit, své vlastní tělo.

*Já jsem tomu **důvěřovala** a sama jsem neměla **vnitřní pocit**, že by bylo něco v nepořádku. (Sára, str. 3)*

*Cítila jsem se doma dobře a **věřila jsem v tu svojí intuici**, no. (...) A když se zase budu cejtít dobře, tak bych ráda rodila doma. (...) Ale prostě pro mě je hodně důležitěj ten pocit jako, jestli se cejtím doma dobře, nebo ne. Do tý nemocnice bych jela jenom v případě, kdy bych věděla, že něco neprobíhá dobře, nebo bych se doma prostě necejtila dobře. (Marie, str. 2, 6 a 9)*

*Já, když budu mít nákej další porod a budu mít nákej **vnitřní pocit**, jako že se bojím rodit doma, že cejtím jako, že se tam něco divně děje, nebo, já nevím, co, nic mě nenapadá, ale že se*



*děje něco divně. (...) A myslím si, že to fakt souvisí s tou intuicí, kdy já prostě cejtím, že se děje všechno tak, jak má. (Vendula, str. 10 a 11)*

Sára hovoří o vnitřním pocitu, který v jiné souvislosti nazývá intuicí, kterému důvěřovala. Důvěřovala i obecně v proces porodu, což bude zmíněno ještě níže. Vědění, které přichází zevnitř a jež nazývá vnitřním pocitem, či intuicí se stává věrohodným právě na základě důvěry, kterou v tento typ vědění narátorka má. Ve spojitosti s důvěrou nabývá tento typ vědění jistoty, která tvoří základ narátorkina jednání, což bude ještě více patrné níže ve vztahu k důvěře k procesu porodu jako takovému.

Marie zmiňuje též důvěru v intuici a dává ji do souvislosti s tím, jak se v danou chvíli cítila. Říká: „*cítila jsem se doma dobře*“ a tento svůj výrok vztahuje k vědění, když tvrdí, že do porodnice by odjela v případě, že by se doma *dobře necítila*, nebo by věděla, že *něco neprobíhá dobře*. Toto své vědění tedy opět odvozuje od svého pocitu. Tentokrát je to spíše pocit jisté konformity a pohodlí, ale je velmi úzce svázán právě s vnitřním pocitem a intuicí. Marie také tyto dva výroky spojuje, když říká: „*cítila jsem se doma dobře a věřila jsem v tu svoji intuici*“. Tento *dobrý pocit* je tedy svázán s absencí strachu, jak o něm hovořily narátorky v předchozí kapitole a s důvěrou, že intuice by jim dala prostřednictvím jejich těla a mysli různými způsoby<sup>122</sup> najevo, že se porod vyvíjí takovým způsobem, že je potřeba vyhledat pomoc z vnější, tj. například odjet do porodnice. Marie dále uvádí, že tento dobrý pocit je pro ni velmi důležitý. Znamená pro ni jistotu a bezpečí. Přičemž pocit bezpečí je velmi individuální, konstruovaný jev, jak bylo zmíněno v předchozí kapitole o Strachu. Pocit bezpečí je také podle Michela Odenta (1995, 2013) jedním ze základních předpokladů zdárného průběhu porodu. Marie má tedy důvěru v intuici jako zdroj vědění, které pro ni představuje.

Vendula mluví také o vnitřním pocitu a i když slovo důvěra explicitně nezmiňuje, z jejího výroku je patrné, že důvěru v tento vnitřní pocit má. Je pro ni *věrohodným zdrojem vědění*. A to natolik, že na jeho základě se rozhoduje a jedná. Z kombinace důvěry a vědění se tedy rodí jistota. Jistota, že se „*děje všechno tak, jak má*“. Toto přesvědčení, tato jistota souvisí ještě s jiným typem důvěry, o němž hovoří Vendula dále, a sice s důvěrou ve vyšší princip, ve vědění a zákonitosti, které člověka a jeho svět přesahují. K této důvěře se ještě níže v textu vrátím.

---

<sup>122</sup>Tyto způsoby byly popsány zejména v kapitole Vědění a také Strach. Jedná se o strach, zvláštní typ bolesti, vnitřní pocit, nejistota atd.

### 3.7.4.2 porodnici

Zita a Žaneta hovoří o tom, že v průběhu svého prvního porodu měly důvěru v porodnici, že je možné tam podle svých představ v klidu porodit. Nyní hodnotí svůj postoj jako naivní či hloupý. Ze způsobu, jakým svůj první porod popisují a hodnotí je zřejmé, že konstruuji opoziční vztah mezi vnímáním sebe a porodnice, tj. lékařským personálem. Vzniká zde tedy duální vztah já a oni. Mezi těmito dvěma póly přitom dochází k napětí, ke konfliktu zájmů a představ. Zatímco Zita mluví o tom, že svůj nemocniční porod hodnotila ve skrze pozitivně, protože v té době měla pocit, že by bez asistence lékařů nikdy neporodila a možná zemřela, Žaneta měla již po porodu pocit, že jí byl porod ukraden.

*Já jsem do toho šla s tím, že **jsem měla pocit, že v porodnici pro mě udělají to nejlepší co můžou a co je nejlepší pro dítě i pro mě**, což bylo krajně naivní. Takže ten první byl opravdu ten nemocniční, samej zákrok, samý popohánění, nástřih, protržení vaku a podobně. Přestřížení pupečníku, odnesení dítěte, úplná klasika, ale vyšla jsem z toho tak, že jsem měla pocit, že jsem to zvládla, že udělali to nejlepší co mohli a kdyby to nedělali, tak tam umřu a nikdy neporodím. (Zita, str. 1)*

*První děcko jsem nic moc nevěděla, jen jsem věděla, co si nepřeju a tak, ale **důvěřovala jsem porodnici**, prostě jsem si nemyslela, že si tam udělaj co chtěj. Prostě jsem si jako říkala, že když já vím, co chci a nebojím se, tak jsem **měla důvěru, že to půjde**. Tak to jsem se úplně ve všem zmýlila. My jsme měli porodní plán, tak udělali, všechno co jsme měli, že si nepřejem. Udělali nástřih hráze, dali mi oxytocin a co se to ještě dělá, propíchlí plodové obaly. (...) Takže to je škoda toho prvního porodu. Třeba já jsem **měla tu důvěru v porodnici**, to bylo hloupý úplně. Já jsem nikoho neznala, kdo by rodil doma. Já jsem znala jen z těch knížek a to ještě málo před tou Natálkou, to jsem ještě skoro nic nečetla..... **U toho prvního porodu jsem důvěřovala, že v porodnici se dá krásně porodit.** (Žaneta, str. 1 a 4)*

Zita zmiňuje opět svůj pocit, který byl svázán s důvěrou, že v porodnici „pro ni a její dítě udělají to nejlepší“. Tuto svou důvěru nyní s odstupem dalšího porodu doma hodnotí jako „krajně naivní“, což souvisí s tím, že definici toho, co je pro ni a její dítě nejlepší úplně predefinovala a nyní hodnotí z hlediska paradigmatu sociálního modelu porodu a konceptu přirozeného porodu, k němuž dospěla. Tento proces byl dokumentován v kapitole Vědění a Zkušenost. Důvěra v porodnici, kterou Zita zmiňuje tedy souvisí s důvěrou, kterou měla v dominantní medicínský diskurz o porodu, v lékařský model porodu, který jí dokáže zajistit bezpečí pro ni a pro její dítě. Bezprostředně po porodu v rámci tohoto diskurzu také věřila, že „všichni dělali, co mohli“, a kdyby tyto zásahy neprováděly, tak by nikdy nebyla schopná porodit. Měla tedy důvěru ve vnější prostředí porodnice, které v jistém přeneseném slova smyslu *porodí za ni*. Přesně v tomto smyslu upozorňuje Michel Odent na kulturní podmíněnost porodu a význam jazyka, který v souvislosti s porodem používáme, tvrdí: „že základem stávajícího kulturního konceptu je,

že žena neumí porodit sama. (...) Dítě porodí porodník. Ženy dnes nerodí, někdo rodí za ně.“ (Odent, 2013)

Žaneta už v průběhu prvního porodu, který probíhal v porodnici, „*věděla, co chce*“. Necítila strach a měla důvěru v porodnici, ale v jiném smyslu, než Zita. Věřila, že její požadavky a přání budou respektovány, že bude schopná porodit tak, jak si přeje i v prostředí porodnice. V průběhu rozhovoru se k této důvěře k porodnici a možnosti tam „*krásně porodit*“ několikrát vracela. V době svého prvního porodu ještě neznala nikoho, kdo by rodil doma a nečetla ani mnoho knih o přirozeném porodu. Z jejího výroku je tedy patrné, že její přání rodit přirozeně nebylo v době prvního porodu ještě doprovázeno hlavní důvěrou k sobě, svému vlastnímu tělu, ale tato důvěra byla částečně přesunuta do prostředí porodnice.

Zkušenosti z prvního *nemocničního porodu* formovaly u obou narátorek jejich rozhodnutí rodit doma. Tyto zkušenosti spolu s načerpaným věděním, jak o tom bylo pojednáno v kapitole Vědění, měly vliv i na to, že svou důvěru přesunuly od vnějšího světa, tj. lékařského personálu, porodnice, směrem dovnitř, a začaly důvěřovat více sobě a svému tělu, svým instinktům, své intuici, o čemž bude pojednáváno především v kapitole o Moci.

Jen dvě narátorky (Sára a Judita) se určitým způsobem vymezují vůči porodu v porodnici. Zbývajících šest má důvěru v porodnici v případě komplikací. Konstrukce porodnice jako místa k porodu je v takovém případě úplně jiná, než v případě, kdy narátorky uvažují o přirozeném porodu v porodnici. Porodnici konstruují jako místo, kde hledají pomoc a vědomě a dobrovolně se tedy rozhodují přistoupit na to, že jejich porod bude řídit lékař/ka, protože vnímají sebe jako v tu chvíli neschopné komplikaci řešit. V takovém případě mají důvěru, že by jejich porod probíhal v pořádku, protože jejich očekávání by bylo úplně jiné, než v případě přirozeného porodu, kdy se cítí být a chtějí být v roli těch, které o průběhu porodu rozhodují. Shodně tento postoj přímo formuluje Vendula a Ludmila.

*Tak do té porodnice pojedu a budu věřit tomu, že mi tam pomůžou, a pojedu tam s tím, že mi tam pomůžou a tím pádem, asi bych nebyla v takovém stresu, protože bych tam přistupovala jako: „mám problém, prosím pomozte mi“ jako jó. A oni jsou tam od toho, aby mi teda pomohli. Takže bych to nechala na nich a dopadlo by to určitě dobře. (Vendula, str. 10)*

*Já se nebráním porodnicím, to ne. Ve chvíli, kdy bych cítila, stejně tak, když jsem byla těhotná a cítila bych, že něco není v pořádku, tak ráda přijdu k doktorovi a poprosím ho o pomoc. (Ludmila, str. 3)*

Vendula hovoří o tom, že v případě komplikací by jela do porodnice s důvěrou, že jí tam pomohou vyřešit problém, s nímž si neví rady. V takové situaci je ochotná přijmout autoritu zdravotnického personálu, který disponuje věděním, jež jí může pomoci vyřešit její problém. Je schopná tedy přijmout vedení léčebného postupu a má důvěru, že tento postup povede k dobrému výsledku. Její konstrukce tedy vychází z toho, že v takové chvíli se v podstatě stane *nemocnou* a bude tedy vyžadovat lékařskou péči a intervenci. Což je zcela jiná situace, než když uvažuje o přirozeném porodu v porodnici, v situaci, kdy se cítí být zdravá a tudíž chce ona sama rozhodovat o průběhu svého porodu.

Stejnou konstrukci v podstatě utváří i Ludmila, které hovoří o tom, že ve chvíli, kdy by „*cítila, že něco není v pořádku*“, tak s důvěrou vyhledá asistenci a pomoc lékaře/ky. Stanovení momentu, kdy tuto pomoc potřebuje, ale určuje opět na základě svého pocitu, jak bylo diskutováno již v předcházejícím oddíle a kapitole Vědění a Zkušenost.

### 3.7.4.3 proces porodu a osoby u porodu

Narátky hovoří o tom, že měly naprostou důvěru v proces porodu<sup>123</sup>. Explicitně to formulují tři ženy. Žaneta dokonce věří, že by porodila kdekoliv, nepřipravovala si tedy ani žádné konkrétní místo, ani věci k porodu. Věřila, že vše potřebné bude mít k dispozici tam, kde se právě bude v průběhu porodu nacházet. O radostném očekávání prvních kontrakcí hovoří i Sára.

*A ve čtyři mě vzbudily kontrakce, já jsem se hrozně těšila, vůbec jsem se toho porodu nebála, když třeba se mě lidi ptali, kde budu rodit a já jsem řekla DOMA, a voni: „A nebojíš se?“. Čeho bych se měla bát, tak jako měla jsem v to důvěru. Že jsem se ničeho nebála a myslala jsem si, že to proběhne tak nějak jako v pohodičce. (Sára, str. 1)*

*Ale já jsem si byla jistá, že porodím v lese, prostě kdekoliv, kde by to přišlo, tam bych porodila. Jsem si říkala, je léto, porodíme úplně kdekoliv. I jsem počítala s tím, že nic nebudu mít jako. I ta pupeční šňůra se dá překousnout prostě, udělat uzel. Jsem měla takovou důvěru a takovou jistotu, že se to tak jako vyvine, jak to má být, že když budu potřebovat gumu a nůžky, tak zrovna je ještě stihnu sehnat. (Žaneta, str. 3)*

*A já jsem fakt věřila, tím, že to těhotenství bylo bez komplikací, že ten porod může proběhnout taky úplně v pohodě. (Silvie, str. 3)*

Sára formuluje svou důvěru jako opozitum strachu. Měla důvěru v proces porodu a nepocítovala strach s ním spojený. Říká, že se ničeho nebála a věřila, že všechno proběhne v pořádku. Radost pocítovala i ve chvíli, kdy pocítila první kontrakce. Její důvěra je tedy do značné míry ovlivněná porodním věděním, jak jsem o něm hovořila v kapitole Vědění a

<sup>123</sup>Ostatní nárátky vyjadřují důvěru v proces porodu prostřednictvím znalosti vlastního těla a důvěry k němu. Tyto výroky se objevily v kapitole Vědění.

konstrukcí porodu v konceptu přirozeného porodu, který vyzdvihuje pozitivní aspekty porodu a jeho význam pro celý širší život rodiny. Sára nakonec měla velké problémy s přijímáním a zpracováním bolesti, jak jsem o tom hovořila v kapitole Zkušenost. A také její porod vůbec nedopadl podle jejího očekávání. Narodilo se jí miminko, které se po porodu nenadechlo a muselo být převezeno sanitkou do porodnice. Její důvěru ve vyšší princip života ale tato událost nenarušila, jak o tom budu pojednávat v dalším oddíle. Její důvěra v proces porodu je tedy svázána s touto důvěrou, která určitým způsobem lidský život přesahuje a vnáší do něj spirituální rozměr. Tímto svým postojem tedy Sára koresponduje s holistickým modelem porodu, jak o něm hovoří Davis – Floyd (2001), která tvrdí, že tento přístup propojuje tělo, mysl a ducha. Smrt je holistickém přístupu vnímána jako krok v dalším procesu.

Důvěra v proces porodu je provázána také s přítomností dalších osob u porodu, které by mohly zdárný průběh porodu svou přítomností narušit. Jak bylo již podrobně pojednáno v teoretické části věnované konceptu přirozeného porodu, jsou dvěma základními osobami, jejichž přítomnost je nezbytná, matka a dítě. (Odent, 2013). Podle Odenta potřebuje dále rodící žena zažívat pocit bezpečí a mít pocit, že není pozorována, aby porod mohl probíhat nerušeně. Prototypem osoby, s níž se cítíme bezpečně, aniž bychom si připadali pozorováni, je matka. Tuto mateřskou postavu symbolizuje a ztělesňuje právě porodní asistentka. Vztah rodičky a porodní asistentky je tedy pro zdárný průběh porodu klíčový. (Ibid., 2013) Narátorky zmiňují velmi často právě důvěru, kterou měly v porodní asistentku, jako klíčový faktor ve vztahu k vědění, které asistentka reprezentuje. Důvěra v porodní asistentku je hodnocena narátorkami jako 100% ní. Její pokyny a doporučení jsou tedy posuzovány narátorkami s náležitou vážností. Vztah důvěry má vliv i na vzájemné postavení narátorky a porodní asistentky. Většinou se jedná o rovnocenný vztah spíše, než o vztah založený na hierarchii a autoritě. Narátorky respektují názor porodní asistentky nikoliv proto, že reprezentuje autoritu, ale proto, že jí důvěřují. Vztah vědění a důvěry je tedy provázaný a určuje, zda narátorka posuzuje vědění jako relevantní, či nikoliv. K tomuto tématu se ještě vrátím v kapitole o Moci, kde se budu zabývat věděním, které reprezentuje lékařský personál v porodnici.

*A já jsem teda důvěřovala prostě tý Aničce<sup>124</sup>, že prostě má sama asi čtyři děti, rodila prostě, pomáhala rodit spoustě jiných matek. A jsou na ni dobrý reference a doporučila mě jí Dominika<sup>125</sup>. A zase jsem si říkala, že Dominika by mi nedoporučila někoho, o kom sama neví, že by byl dobrej. Tak jsem jí bezmezně důvěřovala. (Vendula, str. 7)*

<sup>124</sup>Anička = porodní asistentka, s níž narátorka rodila doma.

*A taky k tí asistentce jsem měla důvěru. Kdyby mi řekla, že je nějaký problém, že musím jet do porodnice, tak bych jí věřila, takže bych tam jela. (...) Že mě u ní chyběla ta psychická podpora, ale z toho profesionálního hlediska, nebo z toho z toho zdravotního hlediska jsem jí důvěřovala. Prostě to jsem moc neřešila. Když mi třeba řekla, ať si jdu sednout na záchod, nebo ať nějak změním polohu, že už jsem dlouho v tom bazénku a že se to řák jako nehejbe, že v tomhle jsem jí věřila. Že i když se mi nechtělo se přesouvat, tak jsem si říkala: "Ne, udělám cokoli, cokoli, když mi to pomůže." (Sára, str. 4 a 5)*

*Tý asistence jsem věřila. Musela jsem věřit sobě a tý asistence. A už během těch poraden získala mou důvěru naprosto 100%. Takže když ona mi řekla, že je všechno v pohodě, tak jsem nic neřešila. (Zita, str. 4)*

*Pak už jsem chodila jen k tí svý porodní asistence, takže se tam vytvořil **takový jako vztah důvěry, já jsem věděla, co od ní můžu očekávat, ona mě líp mohla poznat.** (...) A měla i takovej hodně jakoby striktní přístup, že řekla: "Heleďte, dohodneme se na tom, že když já řeknu, jede se do nemocnice, tak se prostě jako jede." A na tom jsme se domluvili. Jo, takže to nebylo tak, že by nám nějak říkala, že to je bez problému, prostě měla odpovědněj přístup. Jo a my jsme jí důvěřovali, a kdyby ona měla sebemenší pochybnost, tak to rozhodně bychom to jako nezpochybňovali. (Marie, str. 1 a 4)*

*Ale ta asistentka jako věděla. ... Já jsem hlavně taky, co je důležitý je taky, že já jsem **jí úplně 100%ně věřila.** (...) Já jsem prostě si říkala: „Když by něco šlo blbě, nebo nešlo, tak jak má, tak to pozná ta asistentka a řekne nám.“ Jó... jako já jsem moc tohle neřešila, já jsem to prostě nechala na ní. Že jí vlastně svěřuju ... v podstatě je to tak, že člověk jí svěří do ruky svůj život v tu chvíli i život toho dítěte a odevzdá se prostě tomu, že kdyby něco, tak ona to pozná. (Silvie, str. 4 a 9)*

Vendula zakládá svou důvěru k doprovázející porodní asistentce především na tom, že sama prošla zkušeností porodu, dále, že doprovázela jiné ženy u porodu že na ní byly dobré reference od jiných žen. V neposlední řadě je pro ni důležité i to, že jí byla doporučena porodní asistentkou, k níž chodila do poradny a měla k ní důvěru již z minulosti. Její důvěra k porodní asistentce je navíc absolutní. Její důvěra je spojena s věděním, které o porodní asistence má (sama rodila pomohla rodit jiným atd.), tj. není „slepá“ a zároveň je velmi osobní. Tj. nejedná se o důvěru na základě *authority*, ale na základě *osobní znalosti konkrétní osoby*.

Sára zmiňuje, že k porodní asistentce měla důvěru a byla ochotná následovat jejích pokynů, i když to sama cítila jinak. Když jí tedy dala nějaké doporučení, tak ho následovala, i když se jí nechtělo. Důvěřovala by jí i v případě, kdyby navrhla přesun do porodnice. Měla tedy důvěru ve vědění, které porodní asistentka reprezentovala. Toto vědění ale bylo pro ni relevantní právě jen ve vztahu s důvěrou. Nikoliv samo o sobě. Konkrétní osoba je tedy v tomto případě zásadní.

---

<sup>125</sup>Dominika = porodní asistentka, jejíž poradnu narátorka v průběhu těhotenství navštěvovala a plánovala s ní porod doma. Znala ji ale také již z minulosti, když měla problémy s otěhotněním a tyto s ní konzultovala.

Silvie mluví také o stoprocentní důvěře a tvrdí, že v podstatě svěřila svůj život i život miminka do jejích rukou. To znamená že expertní vědění přesunula zcela na stranu porodní asistentky a důvěřovala, že kdyby se objevila komplikace, tak by ji asistentka poznala. Silvie ovšem zároveň tvrdí, že pro ni zdrojem vědění byla intuice, kterou spojuje s „divnou bolestí“, která by ji upozornila na to, že se porod nevyvíjí správným směrem. Tato citace je uvedena v kapitole Vědění.

Zita i Marie dále uvádějí, že vztah důvěry se utvářel už v těhotenství během poraden, kam obě narátorky docházely. Tady je důležité si všimnout, že Marie hovoří nikoliv o jednostranné důvěře směrem od rodičky (těhotné) k porodní asistentce, ale i obráceně, tj. že porodní asistentka měla možnost ji, tj. budoucí rodičku lépe poznat. Vztah důvěry je tedy vzájemný. Porodní asistentka navíc považuje rodičku (těhotnou ženu) za expertku znalostí o svém těle a důvěřuje jejím pocitům<sup>126</sup>. V průběhu porodu zaujímá také pasivní postoj a důvěřuje rodičce, že sama dokáže porodit své dítě. Asistuje a zasahuje jen v případě, že by se porod dle jejího pozorování nevyvíjel zdárně ke svému závěru. Tj. porodní asistentka zaujímá postoj rovnocenné partnerky, která je zde pro rodičku, k její podpoře a na její přání. Jejich vztah je tedy nikoliv hierarchický, ale partnerský. Vzájemná znalost je důležitá i pro určení rizikovosti budoucího porodu, protože ten se v sociálním modelu porodu nestanovuje na základě statistické pravděpodobnosti, ale na základě slabých a silných stránek konkrétní ženy/rodičky a proto je důležité je znát. (Davis – Floyd, 2001)

Důvěra k porodní asistentce má ještě jeden rozměr, který nesouvisí s věděním, ale s osobností porodní asistentky jako takové. Rodičky hovoří o tom, že se vzájemný vztah důvěry utvářel již během těhotenství a výběr porodní asistentky a její povaha, byla v tomto případě také důležitá. Silvie například zmínila, že si nevybrala hned první porodní asistentku, s níž se seznámila, protože si „*prostě nesedly*“. Pro nerušený porod je důležitá klidná přítomnost doprovázejících osob, i proto považují narátorky za podstatné poznat porodní asistentku již předem a poznat i její povahu a její *lidskou stránku*.

Velkou podporou byl u porodu doma pro narátorky i jejich partner. Zejména zdůrazňovaly jeho klidnou přítomnost, která jim byla příjemná a poskytovala oporu.

---

<sup>126</sup> Pro ilustraci uvádím citaci Marie a její zkušenost s porodní polohou ve druhé době porodní, kdy jí porodní asistentka navrhla využít porodní stoličku a narátorka vyhodnotila tuto polohu jako nevhodnou: „že vlastně, jak jsem byla pořád v tom dřepu, tak už mě pak začly bolet nohy a kolena a prostě svaly a Dominika sebou měla tu porodní stoličku a říká: „Hele, můžu zkusit porodní stoličku.“ Načež jsem se teda na ní posadila a najednou se to úplně zastavilo, všechno, pravidelný kontrakce jako ustaly. A já jsem najednou měla pocit, jako kdybych měla v břiše prkno. Jako kdyby se tam to dítě vzpříčilo najednou, nemohla jsem se nijak pohnout dopředu, prostě jsem nějak cejtěla, že je to špatně. Tak jsem řekla: „Ne, to nejde.“ A hned jsem z toho slezla dolů. A hned se zase rozjely kontrakce a šlo to jako dál.“ (Marie, str. 5)

Podrobnější analýza přesahuje tematicky zaměření této práce, ačkoliv by stála za pozornost a podrobnější analýzu, stejně jako zkušenost partnera u porodu doma jako taková.

Klidná přítomnost doprovázejících osob u porodu koresponduje se zjištěními, k nimž došel Michel Odent, který zdůrazňuje efekt zrcadlení, tj. vzájemné působení emočního stavu a jeho přenos z jedné osoby na druhou, které jsou ve vzájemném vztahu. Klid porodní asistentky a partnera se tedy přenáší na rodící ženu, která také může být v klidu, vylučuje hormony, které jí napomáhají ve zdárném průběhu porodu<sup>127</sup>. Se známými lidmi je také pro ženu snazší cítit se v bezpečí a nebýt pozorována, což jsou dle Odenta vedle pocitu tepla dva základní faktory pro zdárný průběh porodu. (Odent, 2013)

#### 3.7.4.4 v život, vyšší princip

Jak již bylo naznačeno výše v této kapitole je důvěra v proces porodu a intuici provázána i s důvěrou, která se nachází mimo sféru lidského světa a nazývám ji důvěrou ve vyšší princip, jak ji formuluje jedna z narátorek.

*Já, když budu mít nákej další porod a budu mít nákej **vnitřní pocit**, jako že se bojím rodit doma, že cejtím jako, že se tam něco divně děje, nebo, já nevím, co, nic mě nenapadá, ale že se děje něco divně. (...) A myslím si, že to fakt souvisí s tou **intuicí**, kdy **já prostě cejtím, že se děje všechno tak, jak má.** (Vendula, str. 10 a 11)*

*Anebo ve chvíli, kdy už se fakt jako rodí a už je to ta poslední fáze, tak už o tom nepřemejšlim a už se to uděje. Samo. **Vesmír už to zařídí.** Už prostě je to **mimo moje nějaký ovlivňování.** (Vendula, str. 11)*

Vendula navazuje na svou důvěru, kterou měla ve svůj vnitřní pocit, ve svou intuici. A říká, že ve chvíli, kdy už byla v poslední části porodu, tak nebyla schopná už vůbec zapojit myšlení a situaci jakýmkoliv způsobem ovlivňovat. V kapitole Zkušenost narátorky shodně hovoří o tom, že v určité části porodu bylo jejich racionální myšlení úplně zastřené, či „vypnuté“. V takové chvíli tedy přesouvá Vendula svou důvěru do prostoru mimo sebe. Tento prostor ale není žádná materiální entita, Vendula ji nazývá Vesmírem, nebo že se situace „uděje“, stane. Vzdává se tedy kontroly nad situací a plně se jí odevzdává.

Shodně s Vendulou formulují podobný typ důvěry i Ludmila a Judita, kterým se během přípravy na porod doma či v samotném průběhu porodu objevily myšlenky související s potenciální smrtí či nemocí miminka. O strachu spojeném s těmito myšlenkami jsem pojednala v kapitole věnované Strachu.

<sup>127</sup>Michel Odent hovoří o tom, že klidná osoba vylučuje jen malé množství adrenalinu, cítí-li se rodička s takovou osobou v bezpečí, vylučuje hormon oxytocin, který je hlavním hormonem nutným pro zdárný průběh porodu. Pokud osoba u porodu je ve stresu, vylučuje velké množství adrenalinu, což má za následek pocit nebezpečí u rodičky a produkci adrenalinu, která porod zastaví. (Odent, 2013)



*A ještě samozřejmě ta příprava na ten můj porod samostatnej je o tom, že se člověk setká s tou představou tý smrti. A to teda je docela zajímavěj zážitek. Já jsem zjistila, že jak jsem byla plná a jsem plná důvěry v ten život, že se to děje, jak se to dít má, když je to hodně vědomý, tak je to úžasný. Tak i v tomto případě, kdyby se narodil nemocnej, nebo by zemřel, tak já bych věděla, že to má nějakej vyšší princip a já bych se s tím dokázala vypořádat. Bylo by to teda strašně bolestivý, ale dokázala. (Ludmila, str. 5)*

*Ale to bylo, jo, to byl moment, kdy jsem si říkala, ať se narodí živý, nebo mrtvý, to dítě prostě, jó, jsem smířená. (Judita, str. 3)*

Ludmila formuluje tuto důvěru jako důvěru v život, v to, že jakákoliv událost má svůj vnitřní hlubší smysl, i když se z pohledu lidského života a jedince jeví tragicky, jako je například smrt nebo onemocnění dítěte. Ludmila tedy je ochotna smrt či nemoc do svého života přijmout.

Shodně formuluje svou důvěru i Judita, které se tento moment objevil přímo v samotném průběhu porodu. Tvrdí, že byla smířená se situací, ať by byla jakákoliv. Přijímala své dítě, ať by se narodilo živé, nebo mrtvé. Součástí této části vyprávění byla i pasáž o tom, že vnitřně situaci takto přijímala a navenek hovořila jinak a nebyla si tak docela jistá, což jí posléze říkal její partner. V jejím případě vznikal tedy rozpor mezi tím, jak situaci vnímala a prožívala zevnitř a jak o ní informovala své okolí navenek. Více o tomto konfliktu racionálního myšlení a pocitu jsem pojednala v kapitole Vědění.

Sára se s možností smrti dítěte setkala již během přípravy na svůj porod doma. Po porodu doma si takovou situaci ohrožení života svého právě narozeného dítěte i prožila, když se miminko narodilo a nedýchalo. I přesto, že tato situace reálně nastala, její důvěra ve vyšší řád věcí ji neopustila a nastalou situaci byla schopná přijmout.

*Já jsem měla knížku od Iny May Gaskin, tak tam byl takovej příběh, že vlastně to dítě po porodu dostalo nějakou infekci a umřelo a že ty rodiče to tak jako přijali prostě v pohodě. A pak asi za rok otěhotněla ta žena a narodilo se jí zdravý dítě a tak že to vlastně, že to byl takovej dobrej příklad pro všechny ostatní, že se to dá prostě přijmout a já si pamatuju, že když jsem to četla, tak jsem si říkala: „No, to by se mohlo stát i mě (se smíchem), já bych to taky takhle přijala“.. (...) A úplně první den, co si pamatuju, když se to stalo tak jsem byla úplně klidná a říkala jsem si: „Aha, tak takhle se to mělo stát, ona se měla narodit a hnedka měla umřít.“ A já si pamatuju, že jsem to v tu chvíli tak přijala. (...) A tak jsme tam chodili na návštěvy každý den a pak když jí odpojili od toho přístroje, tak jsem tam byla s ní. Ale to bylo vlastně, do té doby než jsem tam s ní byla, tak jsme to zvládali docela dobře, že jsme tu realitu přijali a nijak jsme se neupínali na to, že se z toho musí dostat. Napsali jsme všem kamarádům a rodině, ať na ní myslej a taky jsme ní mysleli a jsme jí přáli, ale zároveň jsme si říkali pořád, že to je její cesta, že něk tak to má být. (Sára, str. 5 a 2)*

Sára tedy zcela v souladu s holistickým modelem porodu vidí v procesu smrti smysl, vnímá ji jako další „krok v procesu“ (Davis – Floyd, 2001). Má tedy absolutní důvěru v jakoukoliv situaci, že má svůj smysl a význam a to nikoliv jenom pro ni

samotnou, ale i pro její širší okolí, jak uvádí v příkladu, který četla v knize Iny May Gaskin<sup>128</sup>. Zároveň vztahuje případnou smrt či nemoc dítěte i k jemu samému, tj. nevnímá tuto událost jenom ze svého úhlu pohledu, ale vztahuje své vnímání i na dítě jako individualitu a přiznává jeho životu i smrti smysl, který má pro jeho vývoj jakákoliv událost sama o sobě. Tvrdí, že „*je to její cesta*“, tzn. přiznává miminku jistou intencionalitu jeho jednání.

#### 3.7.4.5 v miminko

Sára tedy v předchozím oddíle naznačila, že měla důvěru i v miminko, že si vybralo určitou životní cestu, když hovoří o tom, jakým způsobem přijala komplikace s počátkem života své dcery. I další narátorky přisuzují ještě nenarozenému dítěti jistou míru intencionality jeho jednání. Nevnímají jej jako objekt, ale jako jednající individuum, ještě dříve, než spatří světlo světa. Věří, že si samo vybere, kde se chce narodit a s kým. V podstatě tedy konečné rozhodnutí o místě porodu přisuzují nikoliv sobě, ale miminku, které se rozhodlo, že se chce narodit doma. Sebe tedy vnímají jako určitým způsobem zprostředkovatelky záměru dítěte.

*Prostě to dítě si to takhle vybralo. Já si myslím, že to dítě si to takhle vybralo, že tam chtělo mít oba dva ty rodiče v akci. (...) **A prostě nechám to tak něk na tom dítěti, kde se chce narodit.** Já jsem i říkala: „Tomášek prostě si vybral s kým se chce narodit. Protože, kdyby se narodil v termínu, tak prostě bude s Dominikou<sup>129</sup>.“ Ale on se chtěl narodit s Aničkou<sup>130</sup>, tak si prostě počkal na Aničku. Chtěl se narodit doma, chtěl mít to postavení planet tak, jak prostě má. Narodil se tehdy, kdy jako měl, takže **já to tak nechám u těch dalších dětí, ať si to rozhodnou zase samy, no. Já můžu udělat to, že se prostě přizpůsobím, připravím se na všechny varianty a alternativy a pak už to nechám asi na těch dětech, ať si to rozhodnou samy, no.** (Vendula, str. 7 a 9)*

*Ale zase přesně s tím pocitem, že **bych to nechala na tom miminku..** Jó jako stejně tak bych byla připravená na nějakou variantu, že když něco, tak se pojedje do porodnice. Ale určitě bych rodila znova doma. (Silvie, str. 10)*

Vendula hovoří o tom, že miminko si vybralo způsob, jakým se chce narodit a s kým. Tvrdí, že je rozhodnutá nechat rozhodnutí u dalších dětí opět na nich. Sama za sebe je tedy ochotná se přizpůsobit, je připravená na všechny varianty porodu a chce nechat konečné rozhodnutí o průběhu porodu na dítěti. Je zde tedy artikulována důvěra v dítě a jeho záměr. Zároveň se do této důvěry v dítě promítá i důvěra ve vyšší smysl a řád věcí, jak o něm bylo pojednáno v minulém oddíle.

<sup>128</sup>Ina May Gaskin je porodní asistentka, která napsala knihu: Gaskin, I.M. 2010. *Zázrak porodu*. Praha: One Woman Press

<sup>129</sup>Porodní asistentka, k níž chodila narátorka do poradny a plánovala s ní porod doma.

<sup>130</sup>Porodní asistentka, s níž narátorka nakonec rodila.

Stejným způsobem hovoří i Silvie, která též je připravená na různé varianty porodu, podle toho, pro jakou cestu se rozhodne její dítě.

Z formulace narátorek tedy vyvstává, že vlastně nehovoří o porodu ve vztahu k sobě, ale ve vztahu k dítěti. Konstruují tedy vlastně porod nikoliv jako zážitek svůj, ale svého dítěte. Ono se rodí, ono si volí cestu, jakou se narodí. Jemu tedy přisuzují vůli a záměrné jednání, které ovšem není založené na rozumu, ale právě na jistém druhu vůle, která se nachází mimo lidské racionální záměry a vykonstruované plány. Tato vůle miminka je tedy určitým způsobem propojena s vůli již zmiňovaného vyššího smyslu.

Druhá rovina důvěry v miminko, kterou narátorky zmiňují, že jeho vlastní důvěra ve svět, tj. proces utváření důvěry ihned po narození. Podle Giddense (1998) existuje vztah mezi důvěrou a ontologickým bezpečím. Pocit ontologického bezpečí je přitom klíčový pro schopnost jedince sdílet sociální svět spolu s ostatními. Ontologické bezpečí přitom spočívá v důvěřivosti „(...) v trvalost své vlastní identity a ve stálost sociálního a materiálního prostředí.“ (Giddens, 1998: 85). Giddens přitom vychází z předpokladu, že každý jedinec má potřebu důvěřovat a tato potřeba se objevuje už v dětství, po narození.

Psychologické úvahy a bádání dávají do souvislosti utváření důvěry s momentem ihned po narození a zdůrazňují důležitost rané vazby mezi matkou a dítětem. Pokud je dítě odneseno od matky a osamoceno, může to narušit nejen jeho důvěru ve svět, ale i schopnost navazovat vztahy a důvěřovat sobě i druhým. (Prekopová, 2003; Mrowetz, 2011)

Jak bylo zmíněno již výše v kapitole Vědění a bude diskutováno ještě v kapitole o Moci, narátorky vnímají důležitost rané vazby jako klíčovou a často právě strach z oddělení v porodnici, byl pro ně hlavním důvodem, proč se nakonec pro porod doma rozhodly. Tři narátorky formulují důležitost rané vazby mezi matkou a dítětem právě ve vztahu k budování jeho důvěry ve svět, tj. bazální či ontologické důvěry, která je předpokladem vlastní existence jedince v sociálním světě.

*Takže pro mě fakt bezpečnej porod je takovej, aby to dítě prostě vstupovalo do světa a věřilo tomu, že ten svět je milosrdný. (Vendula, str. 11)*

*Takže mi jí dva dny nedali, takže se narodila za prvý jakoby násilně, že jí nenechali jít, jak chtěla, že jí takhle prostě jako vyhnali z toho břicha, pak odnesli, a Natálka sama je, myslím, že to má i v povaze, že je úzkostlivá, nemá sebevědomí pořádně. Je nedůvěřivá i sama k sobě a to třeba ještě se k tomu přidalo. Že nezažila tu důvěru a lásku a to teplo hned po porodu. Že byla takhle dva dny pryč. Tak to mě strašně mrzí, to určitě jako, to jí určitě neprospělo. (Žaneta, str. 4)*

*No a myslím si, že to hodně poznamenalo ten náš vztah. Protože ta výchova a vůbec ten vztah s tím malým dítětem, to pak je masakr docela. Když třeba nespím v noci, nebo něco, jsem vzbuzená, pak jsem byla úplně vyčerpaná a byla jsem na něj i jako ošklivá. Ale tím, že tam nebyla u něj **narušená žádná jako důvěra**, tak on to podle mě mnohem líp zvládal. A já jsem taky věděla, že i když jako v tu chvíli to je nepříjemný a já sbírám sílu, abych ho zase objala, tak vím, že není tak zraněný. Takže kdyby byl zraněný v těch prvních minutách života, nějakým osamocením, nebo odtržením, že by to pro něj ...**dělalo by to mnohem větší jako rejhy na tý duši a na tý důvěře k životu, kteréj nemůže probíhat dobře.** (Ludmila, str. 7)*

Vendula vztahuje důvěru miminka ve svět s pojetím bezpečného porodu. Tedy vlastně konstruuje bezpečný porod nikoliv ze svého hlediska, ale z pohledu dítěte. Ohled na prospěch dítěte je pro ni tedy klíčový.

Žaneta hovoří o chybějící důvěře, kterou její prvorozená dcera nezažila, protože byla násilně vyhnána z jejího těla a odnesena pryč a dva dny prožila mimo kontakt s matkou. Tvrdí, že dcera je nedůvěřivá a úzkostlivá, což nepřisuzuje přímo porodu, ale spíše její povaze, ale konstatuje, že jí toto oddělení a násilný porod určitě neprospěly a mohly k její nedůvěřivosti přispět.

Ludmila hovoří naopak o tom, že tento moment prvotní důvěry, kdy byl její novorozený syn v bezprostředním kontaktu s ní a neprožil žádné osamocení, nebo odtržení, mu poskytuje jistý typ „očkování“, slouží mu jako ochrana pro životní situace, které nastávají ve výchovném procesu mezi rodiči a dětmi. Podle Giddense je tato základní důvěra dítěti naočkována první osobou, která o dítě pečuje. Toto očkování potom slouží jako ochrana proti existenciálním obavám a zakládá tedy důvěru v život. (Giddens, 1998). Ludmila hovoří přesně o tomto vztahu mezi základním prožitkem důvěry ihned po narození a důvěrou v život. Pokud by byla narušena tato prvotní důvěra a narušena důvěra v život, pak by takový život nemohl probíhat dobře.

#### **3.7.4.6 narušení důvěry/nedůvěra**

Některé narátorky hovoří o tom, jakým způsobem může mít podlomení důvěry v sebe sama, vliv na zastavení porodu, nebo vliv na rozhodnutí rodit doma. Bronislava a Ludmila uvádějí jaké důsledky může mít nevhodně řečená poznámka na důvěru rodičky v sebe sama a proces porodu. Protože ony samy nechtěly riskovat, že by takové situaci musely čelit, rozhodly se raději rodit doma.

*Vadilo by mi, kdyby mi někdo říkal, že to nedám z nějakého důvodu. Jakákoliv jako poznámka negativní vím, že by mě jako vyvedla z toho ... z tý **důvěry jako k tomu, že to dobře dopadne.** (Bronislava, str. 5)*

*Moje kamarádka mi právě vyprávěla, že ona se snažila to mít ve své režii a nějaký olejíčky a nějak se masírovala a sestřička řekla: „No, to .... to prosím vás je úplně zbytečný co tady děláte.“*

*No a úplně jí jako sejmuli a skončilo to císařem, protože ona si v tu chvíli prostě přestala věřit. Začala o sobě pochybovat. No a porod se zpomalil, že jo. A ono i tím, jak byl rozjetej a pak se najednou zpomalil, tak prostě to pak hnali na císaře. Ale ona mi sama říkala, že přesně ví, že kdyby tahle situace tam nebyla, že porodí normálně. Teď má druhý a porodila normálně. No. Takže já mám právě, právě jsem měla strach z toho, že by tam mi někdo tam něco řekl, možná bych třeba objevila v sobě sílu, že by mi to bylo fuk. Že bych se tam s nima třeba i pohádala, ale já jsem tohle nechtěla riskovat. (Ludmila, str. 8)*

Bronislava hovoří o tom, že by jí vadila jakákoliv negativní poznámka, nebo vyjádření obav, že není schopná porodit. To by mohlo narušit její důvěru, že vše bude v pořádku. Jak bylo zmíněno již výše v této kapitole důvěra v proces porodu a ve vlastní schopnosti je pro zdárný průběh porodu klíčová. Narátorky vnímají porod jako psychický proces, důvěra, stejně jako pocit bezpečí jsou tedy prožitky velmi křehké, které jsou závislé na podnětech přicházejících z vnějšku.

Ludmila uvádí příklad svojí přítelkyně, která rodila v porodnici a narušení důvěry ve vlastní jednání a schopnosti si prožila. Ludmila (respektive její přítelkyně) vztahuje toto narušení důvěry se zastavením porodu, který nakonec skončil císařským řezem. Ludmila si křehkost porodního procesu uvědomuje a tvrdí, že si nebyla jistá, zda by takové situaci dokázala klidně čelit tak, aby její důvěra narušena nebyla. Nechtěla takovou situaci riskovat a tak se raději rozhodla pro samostatný porod doma.

Narátorky velmi často hovoří o nedůvěře ve vztahu k lékařskému personálu v porodnici a v postupy klasické vědecké medicíny. O těchto aspektech nedůvěry pojednám v další kapitole věnované Moci.

### **3.7.5 Moc**

Na otázku moci narážejí narátorky především ve fázi rozhodování o místě porodu. Mají většinou jasnou představu, co u porodu chtějí, nebo nechtějí, znají své tělo a jeho potřeby a obecně mají nedůvěru v lékařský systém a klasickou vědeckou medicínu. Uvědomují si autoritativní postavení zdravotnického personálu v prostředí porodnice a to má nakonec za následek jejich rozhodnutí porodit své dítě v jiném prostředí, než je porodnice. Vzhledem k tomu, že žádná jiná alternativa k porodu v porodnici v České republice neexistuje, jedinou volbou zůstává prostředí domova. Otázka moci má několik aspektů, kterým se budu věnovat podrobněji v dalších oddílech.

#### **3.7.5.1 kontrola nad procesem porodu**

Narátorky hovoří o tom, že hlavním důvodem, proč se rozhodly pro porod doma, byla nechuť se dohadovat a prosazovat své požadavky ohledně průběhu porodu. Narátorky

také sdělují své obavy, že by pravděpodobně podlely rutinním praktikám v porodnici, protože by nebyly v pozici, která by jim umožňovala si své požadavky prosadit.

*A ta psychika by samozřejmě v porodnici nebyla tak dobrá jako doma, takže by byl pomalejší a teď nejspíš bych se **snažila prosadit všechny ty přirozené metody a narážela bych tam**. Už bych tam jela s tím, že tam s níma budu muset **bojovat**, samozřejmě, že by to bylo pomalejší, všechno náročnější, asi třeba bonding a tak by nebyl tak intenzivní. Podle mě by to byly zbytečné komplikace a musela bych se **hádat za každou věc**. Myslím si, že by byl pomalejší a méně příjemný a musela bych si **prosazovat každou věc** a kdo ví, jestli bych si to prosadila. (Zita, str. 4)*

*A já jsem teda zjistila, jak jsem slabá, že se **bojím říct, co potřebuju**. A to byl možná ten důvod, proč jsem nechtěla родit v porodnici, protože jsem věděla, že jsou hodně jako autoritativní. Včetně i některých porodních asistentek. Proto jsem se rozhodla bez asistentky, že jsem to fakt chtěla si **sama kočírovat**. (Ludmila, str. 1)*

*Už prostě v žádném případě **bych to nenechala**. Že to člověk **potřebuje sám ovládat, že to nemůže pustit z ruky ten porod**. Tím jakýmkoliv zásahem ti to rozhoděj to, tu harmonii i ten přirozený běh a prostě je to ztracený. Takže to je škoda toho prvního porodu. (Žaneta, str. 4)*

Zita hovoří o tom, že by se snažila prosadit přirozené metody porodu a setkávala by se s neochotou a nevstřícným postojem. Jela by do porodnice už s tím, že bude muset „*bojovat*“ a „*hádat se za každou věc*“. Sděluje tím, že by se dostala do podřízené pozice, kdy by musela průběh svého porodu vyjednávat a obává se, jestli by vůbec byla schopná své požadavky prosadit. Tvrdí, že si myslí, že by její porod byl pomalejší a méně příjemný, protože po psychické stránce by se cítila hůř, než doma. Svým psychickým rozpoložením by se nacházela ve stresové situaci, protože by se necítila bezpečně, tj. neměla by možnost mít kontrolu nad procesem porodu, protože rozhodnutí o vedení porodu by bylo přesunuto na stranu lékaře/ky či zdravotnického personálu. V lékařském modelu porodu rozhoduje o strategii vedení porodu lékař/ka na základě vstupního vyšetření rodičky. (Binder a kol., 2011). Lékařský personál jedná tedy na základě autority a předpokládaného uznání vědění, jež reprezentuje vědecká medicína.

Právě této autoritativnosti se obávala i Ludmila. A to i ze strany porodních asistentek. V lékařském modelu mají porodní asistentky jinou pozici, jsou spíše asistentkami lékaře, než asistentkami rodičky, jak bylo uvedeno v teoretické části této práce pojednávající o dvou paradigmatech porodu. Zároveň jsou všichni zaměstnanci a zaměstnankyně porodnice součástí instituce porodnice (a nemocnice) jako celku a tedy sdílejí určitou „*kulturu*“ a rutinní praktiky, které jsou vykonávány jako ritualizované jednání. (Hřešanová, 2008; Davis – Floyd, 1992) Rodičce je pak v rámci této kultury přisouzena určitá role, pozice, na jejímž základě může jednat. Není tedy vnímána jako

originální individualita, ale jako příslušnice určité skupiny rodiček, jak o tom více pojednala opět Ema Hrešanová (2008) ve své studii *Kultury dvou porodnic*. Ludmila ve vztahu k potřebě sama řídit průběh porodu zmiňuje i nedostatek sebevědomí při prosazování vlastních potřeb a požadavků. To naznačuje, že je citlivá vůči vnímání a uznávání autority.

Žaneta považuje za důležité porod řídit a kontrolovat, aby nebyl narušen jeho harmonický průběh. Tvrdí, že jakýmkoliv zásahem se tato harmonie naruší a porod se nemůže dále přirozeně vyvíjet. Má potřebu tedy průběh porodu kontrolovat za účelem jeho nerušeného průběhu. Považuje porod tedy zcela v souladu s konceptem přirozeného porodu za „nevědomý proces“, kterému se nedá nijak pomoci, ale jeho průběh může být různými zásahy narušen. (Odent, 2013)

Narátky si uvědomují, že v porodnici se dostávají při procesu vyjednávání průběhu svého porodu do nerovné pozice. Mají mnohdy jasnou představu o svých přáních a potřebách, důvěřují svému tělu, že je schopno porodit samo, což bylo zmíněno v kapitole Důvěra. Disponují věděním, které vychází ze sociálního modelu porodu a konceptu přirozeného porodu a na jeho základě konstruují proces porodu jako takový. Chtějí nechat celému procesu přirozený průběh, jsou většinou připraveny snášet bolest a rodit i několik dní. Jejich představy, potřeby a přání se ale dostávají do konfliktu s lékařským modelem porodu, který je v porodnicích v České republice stále normou. Rodící žena je v lékařském modelu porodu a tedy v prostředí většiny porodnic, vnímána jako laik, který neví, co ji čeká a zdravotnický personál ji musí poučovat a „učit“ rodit. Narátky porodním věděním disponují a zároveň v něj mají důvěru, jak jsem osvětlila v kapitole Vědění a Důvěra. Toto jejich vědění, ale není formálně uznáváno a institucionalizováno jako vědění vědecké medicíny.

Narátky se tak dostávají řečeno dle Fraser (2004) do dvou-dimenzionální povahy nespravedlnosti. Pokud se rozhodnou pro porod v porodnici, čelí zneuznání na základě své odlišnosti, protože se odlišují od institucionalizovaných kulturních hodnotových vzorců společnosti. Jsou kategorizovány jako „ty odlišné“, „jiné“. Což dokládá ve své studii i Hrešanová (2008), kdy zdravotnický personál hovoří o ženách, které preferují přirozený porod jako o „přírod'áčkách"<sup>131</sup> Jejich odlišný postoj a pohled na věc není

---

<sup>131</sup>Hrešanová uvádí, že personál porodnice rozlišuje ještě v rámci této kategori dvě podskupiny a to „ortodoxní přírod'áčky“ a „moderní přírod'áčky“.

uznáván, ale je viděn jako vybočující z převažující normy a rutiny, na niž jsou zdravotníci zvyklí. Takotého škatulkování zmiňuje i Vendula a Ludmila.

*Před tímhle jste dnes a denně, to asi sama znáte. Konfrontovaná s nějakým prostě mainstreamem prostě společnosti a Vy jste ta divná. Která si to dělá nějak jinak. A už prostě jste ve škatulce nepřizpůsobivého občana. No, takže jako..... Takže tak. (Vendula, str. 11)*

*Já jsem měla trošku obavy, že když přijedu do nějaký porodnice, tak mě tam tak jako sejmou. Oni by asi na mě nebyli zlí, ale bylo by cítit, jak jsou z toho takový jako rozhozený... A to mi taky vyprávěli nějaký známý, jak a chcete rodit doma a to a už jsi trošku taková, už tě zařaděj. Bylo třeba zvláštní, my jsme byli vyřizovat to otcovství a nevěděli jsme, že máme mít těhotenskou průkazku, já jsem ještě měla ze Sanu Babu, jó takovej kožíšek. A my jsem seděli u tý přepážky a ona: „Tak vaše rodné listy a těhotenskou průkazku.“ A já říkám: „No, já jí nemám.“ „No, to musíte nosit sebou, co kdyby se něco stalo?“ A já říkám: „Víte, já ji vůbec nemám.“ A ona si mě takhle jako sjela od hlavy k patě a říká: „No, jak na vás tak koukám, vy si nebudete rodit v nemocničním zařízení.“ (se smíchem). (Ludmila, str. 9)*

Tím, že je rodička označena jako „přírodačka“, dostává se v prostředí porodnice automaticky do podřízené pozice, protože koncept přirozeného porodu je v rámci medicínského diskurzu považován za alternativu lékařskému modelu porodu, který je normativní a stojí tedy hierarchicky výše.

Z této podřízené pozice je tedy pro narátorky velmi obtížné vyjednat si průběh porodu tak, aby měly nad ním kontrolu. Narátorky jsou předsvědčené, že by je vyjednávání vlastní představy porodu a obhajování vlastní pozice natolik vyčerpalo, že už by neměly sílu rodit, nebo by vyjednávání bylo natolik složité a jeho výsledek nejistý, že ho raději předem vzdávají a uchylují se do „bezpečí domova“.

*Fakt bych se nechtěla při porodu vyčerpávat nějakým dohadováním a obhajováním.. (Sára, str.5)*

*Já si myslím, že jako těch požadavků vůči tomu, jak standartně to probíhá je tolik, že kdybych si je chtěla všechny prosadit, tak bych se na to nemohla ani soustředit. (s pousmáním). ...Já myslím, že určitě se v porodnici porodit dá dobře, jenom je třeba vyvinout mnohem větší úsilí, než přitom, když člověk zůstane doma. (Bronislava, str. 5)*

*Porodnice, asi by to pro mě bylo příliš náročný, psychicky. (Vendula, str. 10)*

*A věděla jsem, že chci rodit jinak, přirozeně, bez zákroků, ale bylo mi jasné, že v porodnici je to krajně neprůchodný a bude velmi náročný si to prosadit, kromě těch pokrokovějších porodnic a Vrchlabí v té době zrovna nefungovalo a nechtělo se mi jezdit tak daleko, to nebylo nikde extra přátelský k čemukoliv přirozenému, minimálně pokud bych neměla extra štěstí na nějakou asistentku, tak jsem chtěla jít původně s asistentkou do porodnice, ale bylo mi jasné, že by to byl pořád boj a že na to moc nemám a že se tam nechci s nikým hádat. (Zita, str. 2)*

Narátorky se shodují na tom, že se nechtějí dohadováním a obhajováním v průběhu porodu vyčerpávat. Uvědomují si, že jejich přístup k porodu je natolik odlišný, že všechny požadavky ani není možné si v průběhu porodu prosadit. K tomuto závěru dochází ve své



studii i Hrešanová (2008), která argumentuje tím, že v rámci instituce porodnice platí určité formální předpisy a nařízení, které „svévolné“ jednání zaměstnanců a zaměstnankyň neumožňují. Zita tento fakt zmiňuje, když hovoří o tom, že by možná měla „*extra štěstí na nějakou asistentku*“, ale i přes případné lidské sympatie si uvědomuje, že daná asistentka jedná v rámci instituce porodnice a nemůže se z tohoto rámce úplně vyvázat a tudíž by i přesto, musela za své požadavky „*bojovat*“. Zita dále argumentuje pro rozhodnutí rodit doma, protože se nechtěla do konfliktní situace dostat. Hovoří v podobném smyslu jako Ludmila o něco výše v tomto oddíle, že by si zřejmě ani nebyla schopná své požadavky vyjednat, protože by se necítila dost silná („*na to moc nemám*“) a podlehla by autoritě lékařského personálu a jeho rutinním praktikám. Tím by možnost kontrolovat proces svého porodu ztratila.

Bronislava je přesvědčena, že se i v prostředí porodnice dá „dobře porodit“, vyžaduje to ale mnohem větší úsilí, než kdyby zůstala doma. Stejným způsobem argumentuje i Vendula, která si myslí, že porod v porodnici by pro ni byl psychicky náročnější.

Nutno v této souvislosti ještě zmínit, že doma jsou narátorky považovány za expertky vědění o svém těle a tudíž i průběh porodu je závislý zcela na jejich individuálních dispozicích. Porodní asistentka přiznává rodičce schopnost porodit sama a považuje ji tedy pro vedení porodu za kompetentní. Tento vzájemně rovnocenný vztah je ale utvářen a formován oboustrannou důvěrou, jak o ní bylo pojednáno v předchozí kapitole.

### **3.7.5.2 kontrola nad vlastním tělem**

Kontrola nad průběhem porodu je svázána s kontrolou a mocí nad vlastním tělem. Rodící žena bývá v prostředí porodnice vnímána jako objekt, nikoliv jako subjekt s vlastní individualitou a rozdílnými potřebami. V prostředí porodnice se do jisté míry stírá diferencující individualita rodičky, která je posuzována na základě skupinové identity „*rodících žen*“<sup>132</sup>. Ztrácí tedy do jisté míry sama sebe, protože najednou tu není jako osobnost, ale jako „*rodička*“. (Hrešanová, 2008; Takács, 2012) V rámci lékařsky vedeného

---

<sup>132</sup>Tento fenomén je patrný v celém prostředí nemocnice zejména v období komunismu, kdy byla prosazována „*rovnost*“ nad respektováním odlišností. Zdravotnická péče byla a je přístupná bez rozdílu všem a snaží se i vnějšími znaky individuální rozdíly smazávat, např. „*erárním*“ oblečením, jistou sterilností prostor, jednotným oblečením zdravotnického personálu, univerzálním oslovením „*maminko*“ atd.

modelu porodu je navíc rodička vnímána jako pasivní objekt, tj. příjemkyni péče, která je na ní vykonávána a ona často nemá možnost poskytovanou „péči“ odmítnout.

*Ale ještě jsem v té době chodila do Podolí, aby měli doma klid a tak. A ten poslední měsíc, což byl taky zážitek, protože to už se plánovalo, že budu doma a **musela jsem tam podstupovat všechny ty jejich monitory a kontroly**, to bylo docela nepříjemný. Jako ten přístup těch doktorů. Já nevím, jak se jmenuje ten hmat, Hamiltonův, nebo co. Já jsem měla ještě před termínem a tak to samozřejmě doktor ihned navrhl a když jsem řekla, že to ne, tak už jsem, tak byl hrozně **zaskočený**, že mám pár dní do termínu a nechci to popohnat. Tak to bylo takový... (Zita, str. 4)*

*No, a to jsem se hrozně bála, aby mi v té porodnici **nepraskla voda** a já jsem tam **nemusela zůstat**. (Smích). (...) **Vůbec si nedokážu představit, že by mě někdo nutil k nějaké změně polohy u toho porodu, to prostě... Já vím, že jsem se celou tu dobu porodní hodně pohybovala, tak jsem dělala takový pohyby pánví, který jsem prostě ... to tělo je dělalo v podstatě samo, já jsem to jako nějak nevymýšlela. Což myslím, že stejně v porodnici **máš volnost v té první době porodní, pokud nejsi napojená na monitor**, což bych taky nechtěla být napojená na monitor.** (Bronislava, str. 1 a 5)*

Zita hovoří o tom, že ještě v průběhu těhotenství docházela na kontroly monitoru do porodnice. Zmiňuje jako nepříjemný právě autoritativní přístup lékaře, který jí navrhl urychlení porodu použitím Hamiltonova hmatu<sup>133</sup> a když proti tomu zákroku protestovala, byl její reakcí překvapen. V medicínské porodnické literatuře autoritativní přístup k rodičce stále převažuje a bývá i explicitně formulován: „lékař je bezesporu autorita a na jeho rozhodnutích záleží zdraví matky a plodu“ (Binder a kol., 2011: 79). Možnost vyjednávání je v tomto medicínském diskurzu tedy omezena, jak bylo diskutováno již výše.

Bronislava měla zase obavy, aby jí v porodnici nepraskla plodová voda a ona tam nemusela již zůstat. Má tedy obavy, že by ztratila možnost rozhodovat sama o sobě, o svém těle, ztratila by možnost svobodně jednat. Další moment, kde se podobná obava objevuje souvisí s volbou porodní polohy a napojením na monitor. Zde Bronislava uvádí, že při napojení na monitor, by volnost pohybu v první době porodní ztratila a byla by tak omezena její svoboda rozhodovat o svém těle. Z tohoto důvodu napojení na monitor tedy odmítá.

Michel Foucault (2003) hovoří o tom, že moc není statickým faktem, ale je vykonávána. Jedná se o mocenský vztah mezi dvěma subjekty, přičemž je důležitý v tomto vztahu prvek svobody. „Moc se vykonává pouze nad „svobodnými subjekty“ a pouze potud, pokud jsou „svobodní“ - individuální či kolektivní subjekty, které před sebou mají

<sup>133</sup>Hamiltonův hmat je jednou z metod, jak vyvolat porod. Provádí ho lékař, který při vaginálním vyšetření uvolní dolní část plodových obalů naléhajících na pánevní vchod. Tím se uvolní látky, které mohou pomoci vyvolat děložní činnost. (online) dostupné z: <http://www.babyweb.cz/hamiltonuv-hmat-pro-vyvolani-porodu-jen-se-souhlasem> (cit. 20.6.2014) V lékařské porodnické literatuře jsem zmínku o této technice nenalezla.

pole možností, v němž lze realizovat více způsobů chování, více reakcí a rozdílných chování.“ (Foucault, 2003: 217) Situace, které narátorky zmiňují výše, jsou právě takovými, které omezují možnost výběru možných reakcí chování natolik, že se dostávají do situace bezmoci, kdy již nemohou nad svým tělem vykonávat moc a rozhodovat o něm. Je jim omezena možnost fyzického pohybu (připojení na monitor), nebo znemožněn odchod z porodnice (v případě odtoku plodové vody), nebo proveden lékařský úkon, k němuž nedaly svůj souhlas (Hamiltonův hmat).

Narátorky spojuje potřeba a snaha zůstat sama sebou, zůstat osobností a subjektem, který určuje běh věcí a má nad svým tělem kontrolu. Nejsou ochotny předat „vládu“ nad svým tělem někomu jinému, kdo by rozhodoval v jejich neprospěch či oproti jejich zájmu. Jsou v kontaktu se svým tělem a znají jeho projevy a působení psychických faktorů na projevy v rovině tělesné. Narátorky tedy mají potřebu jednat v souladu se sociálním modelem porodu, který bývá nazýván také feministickým modelem porodu a to právě vzhledem k důrazu, který klade na právo rodičů ženy kontrolovat své tělo a svůj porod (Miles, 1991; Lupton, 1994 s odkazem na Martin, 1990).

Silvie hovoří o tom, že ztráta možnosti mít vlastní tělo pod kontrolou by jí v porodnici přivodila stresové situace, které by mohly vyústit v možné porodní komplikace.

*A už mi přišlo, že ani v té nejlepší porodnici jako, která deklaruje, že třeba mi ten porodní plán splní, tak jsem furt měla pocit, že **stejně to furt musí někdo hlídat**. Ať už manžel, nebo ta porodní asistentka, nebo teda já. Že pořád to tam je takový to jako „**splníme Vám ty přání, ale jenom, když bude všechno v pořádku**“. A já si myslím, že u mě by ty komplikace mohly nastat jenom z toho stresu. (Silvie, str. 3)*

Silvie tvrdí, že měla připravený porodní plán, který ale obsahoval takové množství položek, které jdou proti dominantnímu lékařskému modelu porodu, že by i v té „nejlepší“ porodnici, musel někdo neustále „hlídat“, zda je dodržován. Naráží tedy na fakt, který byl již zmíněn, že sociální model porodu a koncept přirozeného porodu je natolik odlišný ve své ideologii a východiscích, že je nemožné si porod podle tohoto paradigmatu v prostředí porodnice prosadit. Jedním z aspektů je rozdílné pojetí příčin a následků a rozdílných nástrojů k jejich řešení. V konceptu přirozeného modelu porodu je naprosto klíčovým aspektem zdárného průběhu porodu psychická pohoda rodičky (pocit bezpečí; pocit, že není pozorována). Tyto dva faktory je velmi obtížné dosáhnout, protože narátorky jsou v prostředí porodnice v opozici a v hierarchicky níže postavené pozici. Zároveň, jak uvádí Silvie, splnění přání rodičky je závislé na vůli lékařského personálu, protože ten splnění porodního plánu podmiňuje tím, že se porod bude vyvíjet „správně“, přičemž rozhodnutí o

této „správnosti“ náleží opět zdravotnickému personálu, který jedná v souladu s dominantním lékařským modelem vedení porodu. Druhým aspektem, který brání rodičce v kontrole nad svým tělem je samotné prostředí porodnice jako instituce se všemi zákonitostmi fungování, jak o nich hovoří ve své studii Ema Hrešanová (2008).

Případnou nemožnost kontrolovat své tělo a nucení do určité porodní polohy považuje Marie za situaci, která by mohla vyústit v nutnost dalších zásahů a objevení komplikací v průběhu porodu.

*Takže si úplně dovedu představit, že kdyby mě někdo **donutil** vylízt na tu porodní stolicí, (...), takže se ten porod moh stejným způsobem zablokovat a že bych prostě neporodila, jakoby spontánně, sama. Že by se to neobešlo bez zase dalších zásahů. Takže fakt jsem přesvědčená o tom, že ta poloha je hrozně důležitá a že by mělo být na tý mamince, aby si zvolila to, co jí vyhovuje. (Marie, str. 5)*

Marie měla zkušenost s polohou na porodní stoličce, kdy se jí porod zastavil a tak ihned polohu opět změnila, tento příklad byl uveden v poznámce č. 126 v části věnované důvěře rodičky v osoby u porodu. Tvrdí tedy, že kdyby jí někdo nutil, aby zaujímala určitou polohu, když to jde proti jejím vnitřním pocitům, tj. proti její formě vědění, mohla by tato situace způsobit nutnost dalších zásahů a porod by se mohl zablokovat tak, že by nebyla schopná vůbec sama porodit. Zdůrazňuje potřebu kontrolovat svoje tělo nikoliv pro kontrolu samu, ale proto, že ji vztahuje k vědění, které probíhá skrze její vnitřní pocity, jak bylo uvedeno v kapitole Vědění a také Zkušenost.

V potřebě kontroly nad vlastním tělem a nad procesem porodu se odráží přímo neartikulovaná, ale zřejmá nedůvěra narátorek v celý medicínský diskurz o porodu a lékařský model porodu zvláště. Prostředí porodnice vnímají narátorky jako potenciálně nebezpečné místo, kde jim hrozí riziko, že nebudou respektovány a zároveň i reálné riziko, že se jejich porod zablokuje, nebo skončí fatálním způsobem. O nedůvěře, kterou mají „přírod'ačky“ v instituci porodnice hovoří ve své studii i Ema Hrešanová (2008). V její studii se porodní asistentky a lékařky/y vymezují vůči tomuto typu nedůvěry, protože mají pocit, že se snaží vycházet vstříc, ale splnit všechny požadavky „přírod'aček“ není dle jejich tvrzení vždy možné. (Ibid., 2008) Nedůvěra narátorek v porodnici a potažmo lékařský personál ale nemá souvislost s konkrétními lidmi, ale je to obecná nedůvěra v medicínský diskurz o porodu, v lékařsky vedený model porodu a u některých narátorek i obecně nedůvěra ve vědeckou medicínu jako takovou.

Narátorky totiž v jiném kontextu hovoří i o situaci, kdy se vědomě a dobrovolně „vzdaly“ moci nad svým tělem, nad jeho kontrolou. Hovořila jsem o této situaci částečně

již v kapitole věnované Věděni, kdy narátorky hovoří o intuici, či signálech těla, které vedly jejich rozhodování v průběhu porodu. Dále také v kapitole věnované Zkušenosti hovoří narátorky o tom, že se ocitly jakoby v „jiném stavu vědomí“, kdy jejich racionální uvažování (rozum) byl zastřený a ony jednaly na základě intuice, či vnitřního pocitu. „Vypnuly“ tedy racionální kontrolu nad svým tělem, nad jeho hodnocením a vyhodnocováním situace a plně se oddaly tomu, co jejich tělo právě potřebovalo udělat. Přestaly své tělo kontrolovat, ale nechaly jej „konat“. Narátorky hovoří o tom, že v porodnici by pravděpodobně toto nebyly schopné udělat, ale neustále by se snažily své tělo v jeho projevech mírnit tak, aby svým chováním neobtěžovaly okolí, nebo se nedostaly do situace, kdy by se cítily „trapně“. Opět tu vstupuje do hry prvek důvěry a bezpečí známého prostředí, jak jsem zmiňovala v předchozích kapitolách.

***Já bych se asi fakt styděla si asi i zařvat takhle úplně.** Jako, jak jsem to dítě tlačila, tak fakt si zařvat jako. Že jsem absolutně nebrala ohledy na sousedy. (...) Mě by to hrozně omezovalo v tomhle tom, jako že bych se snažila brát ohledy na jiný a tím bych sama sebe uzurpovala jako. (Vendula, str. 9 a 10)*

*A já jsem věděla, že nahoře je všechno slyšet. (...) A říkám: „Ty, jo, já to budu muset do toho rána, (...) než **odjedou, vydržet**“ A fakt jsem si to takhle **naplánovala**. Ale pak už to nabralo takový ty, já říkám: „To, ně. **To já už potřebuju porodit**. (...) A ve chvíli, kdy jsem se rozhodla, že to prostě dám, (...), tak to se teda vopravdu rozjelo. (Ludmila, str. 2)*

*Já jsem měla třeba hodně obavu z toho, **abych nerušila třeba**, protože jsem nevěděla, jak třeba budu mít potřebu křičet, nebo prostě co. Tak, **abych nerušila sousedy**. (...) že by tam byla nějaká **sebekontrola**. Ně, prostě, tam je potřeba napnout tu sílu a odhodit nějaký předsudky, nebo nějaký obavy, takže já jsem pak jako, i když jsem si třeba potřebovala trošku zakřičet, tak ale, tak mi to v tu chvíli **bylo jako jedno**. Jestli prostě někoho vzbudím. (...) No ale já jsem v tu chvíli na to **nemyslela**, jestli prostě je v šest ráno, nebo v sedm hodin ráno budím jako nějakým křikem jako. (Silvie, str. 3 a 8)*

Všechny tři narátorky shodně artikulují velkou míru sebekontroly, kterou mají, nebo by měly v prostředí, kde by se cítily být slyšeny. Michel Odent hovoří o potřebě nebýt pozorována. (Odent, 2013) Narátorky formulují i potřebu *nebýt slyšena* k tomu, aby se mohly svému tělu úplně poddat, uvolnit se a nechat ho jednat tak, jak potřebuje. V prostředí domova se cítily bezpečně a *dovolily si* se úplně uvolnit a vzdát kontroly nad vlastním tělem a jeho projevy. Vzdaly se tedy sebekontroly, kterou za běžných okolností mají. Jsem přesvědčena, že právě tento fakt, a sice neschopnost vzdát se kontroly nad svým tělem v potenciálně „nebezpečném“ prostředí, způsobuje, že „přírodačky“ rodí podstatně

hůře v prostředí porodnice, než jiné typy rodiček, které jsou vůči nastavenému systému vedení porodu konformní.<sup>134</sup>

### 3.7.5.3 moc nad dítětem

Mít možnost určit, kde se bude novorozené dítě po porodu nacházet a jaké zákroky mu (ne)budou provedeny, je časté téma, které narátorky řešily zejména ve fázi rozhodování o místě porodu. Narátorky si přály být celou dobu po porodu v bezprostředním kontaktu se svým dítětem. Většina porodnic právě tento nepřerušovaný kontakt „kůže na kůži“ nedokáže zajistit a odnáší novorozence na vyšetření na jiné místo, než je matčino tělo. To bývá tedy zásadním důvodem pro rozhodnutí rodit doma. Takto hovoří Bronislava, Zita a Marie.

*No a pro mě to bylo strašně důležité, že jsem byla, úplně od začátku, to asi byl ten největší důvod, proč jsme nakonec nevybrali tu porodnici, protože jsem se bála, že by mi ho odnesli. Že bych to prostě nebyla schopná udělat tak, abych byla s ním. No, takže my jsme vlastně od začátku spolu. (Bronislava, str. 4)*

*Ale už jenom kvůli tomu vztahu s tím dítětem prostě do porodnice jako NECHCI. Což třeba by to šlo, ale zase stálo by to hrozný úsilí a hádání a dohadování. Samozřejmě, že jsou příběhy, že se porodí s asistentkou v porodnici a za dvě hodiny jsou doma, ale zase nebudu riskovat, že tam narazím na někoho a budu se tam muset hádat, no. (Zita, str. 5)*

*„vlastně jsme se tam ptali na všechny tyhle věci, pro mě bylo důležité, aby mi nic nepíchali, žádný jako medikamenty. Aby mi umožnili svobodnou volbu polohy, jakoukoliv. A aby mi neodnesli dítě, aby se dalo na břicho a kojilo a tak dál. No tak tam vlastně mi řekli, že minimálně ty dvě první podmínky, že jo, že to je úplně bez problému. Akorát s tím odnešením dítěte, tam právě říkali, že tam mají dětskou doktorku, která prostě, jako že s tím musíme počítat, že pět, deset, možná patnáct minut nám ho nechá, ale pak ho odnáší na vyšetření a že přes to vlak nejede. Že když jako jí ho nebudem chtít dát, tak že nastane konflikt. Takže to se nám nelíbilo a byla to i taková poslední kapička k tomu, že jako jsme řekli: „Hele, tak jako budeme rodit doma.“ Protože jsem se nechtěla dohadovat s nikým u porodu.“ (Marie, str. 6)*

Všechny tři narátorky shodně uvádějí jako hlavní důvod pro rozhodnutí rodit doma právě nepřerušovaný kontakt s dítětem. V prostředí porodnice měly obavu, že by jim dítě odnesli a ony by se musely dohadovat, aby ho mohly mít u sebe. Bronislava uvádí obavy spojené s odnesením dítěte a také nejistotu, zda by byla schopná si požadavek nepřerušovaného kontaktu prosadit. O těchto aspektech jsem pojednávala již v kapitole Strach a Důvěra.

Důležitost prvotní vazby pro novorozené dítě a vztah matky s dítětem byly také podrobně diskutovány v kapitole Důvěra.

<sup>134</sup>Srovnej (Hřešanová 2008: 185), kde hovoří o tom, že vyšší socioekonomický status by měl být svázán s lepším zdravím a tudíž i lepším průběhem porodu, ale v případě „přírod'aček“ v porodnici tomu tak není.

Zita i Marie hovoří o tom, že by se musely ohledně možnosti kontroly nad svým dítětem, tj. nepřerušovaného kontaktu s ním, s lékařským personálem v porodnici hádat. Jak již bylo zmíněno výše v oddílech ohledně kontroly nad procesem porodu a nad vlastním tělem, narátorky by se v situaci konfliktu dostaly do hierarchicky nižší pozice, kde by jejich vyjednávací pozice byla nerovnocenná a takové vyjednávání by je vyčerpalo. Narátorky se obávají i situace bezmoci, kdyby neměly na vybranou a musely by zvolit jedinou možnost jednání vnucenou jim zvnější.

Tuto potenciální bezmoc a separaci od dítěte řešily narátorky pouze v teoretické rovině, protože doma je od dítěte nikdo neodděloval, pokud si to výslovně samy nepřály. Jinou situaci ovšem popisuje Sára, která se díky pobytu dcery na oddělení JIP dostala do situace, kdy nemohla kontrolu nad svým dítětem převzít. Byla nucena se podřizovat režimu, který na oddělení JIP panoval a kojit jen v určený čas a po určenou dobu. Snažila se situaci řešit a realizovat svou moc jednáním v tom smyslu, jak o ní hovoří Foucault (2003). Nicméně se dostala do situace, kdy nebylo z dané situace úniku. Ocitla se tedy v situaci bezmoci, kdy nemohla vykonat žádné jednání, protože cokoliv udělala, mohlo se obrátit proti ní samé a ohrozit její zájem být se svým dítětem. Moc nad její dcerou tedy plně převzala ošetřující lékařka, která se v podstatě dopouštěla násilí.

*nejhorší bylo to, že ona nepřibírala a vlastně už byla v pořádku, ale oni nás nechtěli pustit z té nemocnice, protože nepřibírá. Ale zároveň nepřibírala, protože jsem jí nemohla kojit prostě normálně. (...) Takže jsem celou noc vůbec nespala a už jsem z těch jejich instrukcí byla na prášky, tak jsem řekla, že chci jít domů se vyspat, že ráno přijdu. A oni mě nechtěli pustit, pak mě teda pustili, ale zase ta doktorka, co nás měla na starosti, tak na nás zavolala sociálku a řekla, že jsem odešla od dítěte. (...) A my jsme se fakt báli jako cokoliv udělat, protože jsem věděla, že ona může říct cokoliv a pak se člověk může s nima dohadovat, ale když oni maj to dítě, tak to je jiná situace. Vlastně ta doktorka nás jakoby měla v moci, protože jsem viděla, že stačí, aby ona řekla, že jsem odešla od dítěte a prostě, jak já pak dokážu, že to není pravda. Ted' že jí uvěří a oni nám ji pak nedaj, když na nás poslala tu sociálku. (Sára, str. 2 a 3)*

Situace Sáry je oproti ostatním narátorkám specifická, protože se její dcera ocitla v ohrožení života, kdy potřebovala lékařskou péči k záchraně života. Výše uvedený popis se nicméně vztahuje již na období, kdy byla dcera zdravá a neměla jen dostatečnou váhu pro propuštění do domácí péče. Sára uvádí, že neměla možnost ji kojit tak, jak potřebovala a zároveň neměla možnost se vyspat. Režim pobytu dítěte s matkou byl tedy zcela řízen zdravotnickým personálem a nařízenými a technickými možnostmi porodnice jako instituce se svými předpisy a vnitřními pravidly fungování. Jakmile Sára vznesla individuální požadavek, který vybočoval ze všech známých schémat, vyvolala reakci, která se snažila její pozici hlavní pečující osoby o dítě zdiskreditovat. Sára uvádí, že lékařka zavolala na

její rodinu „sociálku<sup>135</sup>“. Její dcera zůstala v porodnici a Sára musela vyjednávat pravidla péče o ni, přičemž lékařka se nacházela hierarchicky výše a její tvrzení, byť by bylo jakékoliv, mělo vyšší váhu, než argumenty Sáry.

#### 3.7.5.4 averze vůči institucionalizaci života/ snaha zapadnout

Těhotenství a porod přivádí narátorky do situace, kdy se musejí vyrovnat s různými institucemi, které mají tendenci jejich život usměrňovat určitým směrem a způsobem. Narátorky se se snahami o institucionalizaci svého života vyrovnávají různými způsoby vzhledem k situaci, o kterou se jedná a s ohledem na cíle, které chtějí dosáhnout. Některé narátorky se tedy vyjadřují v tom smyslu, že do „systému nikdy nezapadaly“ a „vybočovaly“ z něj. Pohybují se na škále od nezapadání do systému po jeho „bojkotování“.

Blahoslava se tak vymezuje vůči tendenci jakýchkoliv směrů „lajnovat“ správnou cestu, způsob, kterým je třeba jednat, chovat se, aby člověk mohl existovat v rámci daných institucích.

*Protože to vždycky někdo nalajnuje nějakou cestu a ty jí musíš jít, i když ti nevyhovuje. A je to jedno jako, jestli je to alternativní směr, nebo ne, jo. A tohle mě napadlo vlastně ve chvíli, kdy jsem chtěla jít studovat porodní asistenci. A zjistila jsem, že to je prostě masakr. Že to prostě bych musela asistovat u potratů, kdybych šla do té školy, že jo. Že bych musela dělat nástrihy. Všechno, co dělat prostě nikdy nechci a myslím si, že to je škodlivý, že to je nebezpečný. (Blahoslava, str. 7)*

Blahoslava mluví v podstatě o nadvládě určitého systému vědění nad jiným. Tomuto tématu jsem se věnovala již výše v různých ohledech, zejména v opozičním vztahu lékařsky vedeného a sociálního modelu porodu. Blahoslava hovoří v podstatě o tom, že v České republice není možné studovat porodní asistenci v sociálním modelu porodu, který je založen na důvěře k rodičce a její schopnosti porodit a nepoužívá invazivních zásahů do porodu. Blahoslava ale hovoří o snaze určovat jednání jednotlivce v rámci jakýchkoliv systémů vědění. Dostává se tedy k normativitě různých myšlenkových směrů a přesvědčení, které jedinci určují hodnotový systém, způsoby jednání, určité vědění, kterým musí jedinec disponovat, nebo je uznávat, aby se součástí takového směru stal.

Vendula hovoří o institucionalizaci života i ve vztahu k dalším oblastem života, které se porodu netýkají, kde „odlišné jednání“ vzbuzuje také různou škálu reakcí.

*Myslím si, že to je jenom o toleranci. Plošně prostě společnost o toleranci. To potom vidíte všude, to je očkování, další věci, dítě ve školce, jestli bude jíst, nebo nebude jíst maso. Jo jako prostě to je, a záleží na tom, na jaký lidi narazíte, no. Někdo Vás bude kvůli tomu, že nechcete dát dítě očkovat hnát na hygienu a posílat na Vás sociálku a někdo jinej nad tím mávne rukou a řekne: „Á, tak si ho neočkejte, no. Je to Vaše rozhodnutí. Kašleme na to.“ (...)*

<sup>135</sup>Odbor sociálně-právní ochrany dětí. OSPOD., pozn. aut.



*Kdyby tyhle ty dva proudy mohly jít a vzájemně jako nebojovaly spolu a neodporovaly si, tak si myslím, že to je ideál. (Vendula, str. 10)*

Vendula hovoří o tom, že řešením sporu různých myšlenkových proudů je vzájemná tolerance. Vendula zmiňuje různé přístupy v oblastech, které se porodu přímo netýkají, ale obvykle jsou propojeny. Tj. rodiče, kteří zastávají koncept přirozeného modelu porodu obvykle stejně kriticky přistupují i k otázce očkování svých dětí a způsobu stravování. Lupton (1994) hovoří o tom, že přirozený porod často koreluje s příslušností ke střední socioekonomické třídě. Podle Nelson (1982) bylo hnutí přirozeného porodu podporováno spotřebitelským hnutím, které ještě více zpochybnilo lékařskou autoritu a vyzývalo ke „klientskému“ chování a pojetí zdravotní péče jako služby. Rodiče, kteří podporují přirozený porod se tedy dostávají do opozice vůči převládajícím kulturním a sociálním normám v mnoha dalších oblastech života jako je již uvedené očkování, alternativní vzdělávání, způsob stravování atd. Vendula vidí řešení v toleranci různých myšlenkových proudů vedle sebe a jejich uznání jako rovnocenných alternativ. Její pojetí je tedy v souladu s intersubjektivní podmínkou konceptu participační parity Nancy Fraser (2004), tj. „aby institucionalizované kulturní hodnotové vzorce prokazovaly všem participujícím rovný respekt a zaručovaly jim rovnost příležitostí při získávání společenské vážnosti.“

Ludmila a Blahoslava volí strategii bojkotování systému, jehož pravidla fungování nesdílejí.

*paní Šimonová (porodní asistentka, pozn. aut.), tam to taky bylo jako cítit, že je v zajetí systému. Jo ona se musí sychrovat, že ti řekne, jak bys to měla udělat. Zároveň úplně vidíš, jak chce Ti důvěřovat. Vlastně se snaží Ti důvěřovat. Ale je taková jako rozpolcená, protože musí fungovat v tom systému a už se musí přizpůsobovat. A to mě tam na tom právě vadilo. Krevní testy, no, ježišmarja, no. Proč bych neměla mít jako zdravou krev. Víš takový? Já nevím, no. Já tomu jako rozumím a celý to je nějaký divný. (smích) Já jsem teda, já bojkotuju, no. V různých směrech a tudle je teda jeden z nich. Já jsem trošku paličák a jsem na to pyšná. (Ludmila, str. 12)*

*Nesnáším systémy. Já jsem na to přišla až teď, že mě ty systémy vlastně obtěžovaly. Já jsem od mala do těch systému nezapadala, do nějaký výběrový školy. I když jako jsem měla chodit, ale prostě jsem nechtěla. Mě to prostě... mě to, jsem si říkala: „Bože, ne.“ Já už jsem se tak těšila, až vypadnu ze školy. Až už budu moct dělat jenom to, co chci. A pak doba internetu, pro mě to je úplně, já jsem úplně jako u vytržení. Že můžu, kde chci, co chci, jak chci. Prostě studovat si věci, který mě zajímaj. Že prostě se nemusím učit něco, co mě nezajímá. Nebo nedej bůh něco, o čem si myslím, že to je úplná hovadina. A že to tak prostě není a pak to někde vykládat někomu. Abys dostala jedničku, ty jo, nebo prostě zápočet. (Blahoslava, str. 8)*

Ludmila hovoří o porodní asistentce, u níž byla na jedné návštěvě a konstatuje, že i ona se musí přizpůsobit pravidlům, která vykazují znaky instituce. Je součástí zdravotního

systemu péče a musí tedy mít určitá vyšetření, která odpovídají předpokladům, na nichž je založena vědecká medicína. Není pro ni možné se z nich úplně vyvázat. Ludmila tedy mluví o důvěře porodní asistentky v těhotnou ženu, budoucí rodičku a říká, že bylo vidět, jak chce důvěřovat, ale vlastně úplně nemůže přestat brát v potaz vědění pocházející z vědecké medicíny a nahradit ho úplně důvěrou ve vědění, jež má o svém těle narátorka, jak o tom bylo pojednáno v kapitole Vědění a Důvěra. Ludmila mluví také o odpovědnosti, o tom, že i porodní asistentka se musí určitým způsobem „pojistit“, že udělala maximum proto, aby případným komplikacím v těhotenství předešla. Nemůže tedy dominantní medicínský diskurz zcela opustit a nahradit ho jiným systémem vědění založeným na důvěře a intuici.

Na druhé straně se u řady narátorek objevuje snaha být součástí systému a nezbuzovat přílišnou pozornost odlišným jednáním, tj. jistá konformita s daným systémem. Ta se projevuje například absolvováním povinných kontrol na monitoru v porodnici.

*No a pak jsem chodila na všechny ty prohlídky normálně k doktorce a pak jsem chodila i do tý porodnice na všechny ty monitory a tak. Protože jsem chtěla, v tom případě, že bych do tý porodnice musela jet, **tak jsem nechtěla vůbec vyvolat dojem, že jsem tam třeba rodit nechtěla.** Takže jsem chodila i na ty prohlídky. I když to pro mě bylo strašně otravný na konci. (Smích) (Bronislava, str. 1)*

***Ale ještě jsem v té době chodila do Podolí, aby měli doma klid a tak.** A ten poslední měsíc, což byl taky zážitek, protože to už se plánovalo, že budu doma a musela jsem tam podstupovat všechny ty jejich monitory a kontroly, to bylo docela nepříjemný. Jako ten přístup těch doktorů. (Zita, str. 4)*

Bronislava i Zita chodily v posledních týdnech před porodem ještě souběžně s péčí porodní asistentky na kontroly a monitory do porodnice. Uvádějí, že tak činily nikoliv protože, že by jim samotným tato vyšetření něco přinášela, ale proto, že se nechtěli vystavovat konfrontaci a upozornit na svou „jinakost“. Bronislava tedy hovoří o tom, že „*nechtěla vyvolat dojem, že v porodnici rodit nechtěla*“. Zita podstupovala lékařská vyšetření proto, že chtěla „*mít doma klid*“. Nechtěla se tedy konfrontovat se svým nejbližším okolím a být nucena vysvětlovat a obhajovat svoji pozici. Bronislava i Zita shodně uvádějí, že na kontroly a monitory chodily i přesto, že jim byla tato vyšetření nepříjemná.

Jinou situaci, kdy si narátorka nepřála vyvolat konfrontaci uvádí Ludmila. Proto, aby získala těhotenskou průkazku, kterou potřebovala pro prokázání otcovství, absolvovala vyšetření u porodní asistentky, které by jinak vynechala.

*Já chci jenom říct, že jsem nebyla na žádný kontrole za celý těhotenství. Jenom na jedný jediný a to z toho důvodu, abych získala těhotenskou průkazku, aby mě dali ten papír, že teda... protože my jsme museli zařizovat otcovství, my jsme nebyli oddaní. (Ludmila, str. 2)*

Přestože, narátorky jsou jiného přesvědčení, nechtějí se v určitých situacích pouštět do konfrontace, ale snaží se být ve svém jednání konformní s existujícím institucionálním řádem, protože tím sledují nějaký svůj zájem, kterého chtějí dosáhnout, aniž by se dostaly svým jednáním do konfliktní situace. V této strategii jejich jednání se může odrážet důraz na vztahy, či zachování vztahu, jak o něm hovoří ve své morálce péče Carol Gilligen (2001). Narátorky tedy neprosazují silou svá práva, která mají, ale snaží se zároveň zachovat vztah a brát ohled i na druhé, nejen na sebe.

### 3.7.5.5 změna fungování institucí

V jiných souvislostech hovoří některé narátorky také o změně fungování institucí a jakým způsobem by takové změny měly proběhnout. Ludmila i Vendula se dotýkají tématu zodpovědnosti. Obě se shodují na tom, že lékaři by měli nést menší díl zodpovědnosti za výsledek porodu. Jejich postoj by tedy reformoval v současné době platný právní řád, kdy je za výsledek porodu ve zdravotnickém zařízení zodpovědný lékař či zdravotnický personál (porodní asistentka), který porod vede. (Zeman, Doležal, 2000)

*Možná se musí změnit celý systém, aby ty doktoři nebyli tolik zodpovědný, nebo něk to jinak formulovat, aby se necítili ohroženě, aby se tam víc důvěřovalo tý ženě. (Ludmila, str. 10)*

Ludmila hovoří o tom, že by lékaři měli nést menší díl odpovědnosti tak, aby se necítili být v ohrožení a mohli více důvěřovat rodící ženě. Ludmila vidí tedy řešení v jiném rozložení zodpovědnosti za výsledek porodu.

Vendula také hovoří o zodpovědnosti, ale přikládá absolutní odpovědnost za výsledek porodu rodící ženě. Nevnímá ovšem tuto odpovědnost ve smyslu právním, tj. že by žena měla být potrestána, pokud se porod nepodaří, ale vnímá tento trest v rovině samotného výsledku, tj. například úmrtí dítěte. Dívá se na situaci tedy jinou optikou, než je tradiční morální pohled kodifikovaný v právním řádu. Její nazírání situace je v souladu s etikou péče, jak ji definuje Gilligan (2001), protože bere v potaz kontext a důraz na vztahy.

*To je stejný asi jako, když si ta ženská rozhodne ten porod doma a pak se něco pokazí, tak to je prostě její zodpovědnost. Proto si prostě myslím, že by ty porodní asistentky neměly být sankcionovaný, protože ta porodní bába tam fakt jde s tím vědomím, stejně jako ten doktor do tý porodnice, my chceme pomoci, jo. To je prostě na zodpovědnost tý matky, že se rozhodne rodit doma. **Totálně její zodpovědnost.** Tam ani není 50 na 50 jako třeba půl na půl s asistentkou, vůbec ne. To je 100% matky zodpovědnost. A otce teda, berme teda tu*

*rodinu. Tak 100% toho manželského páru, nebo toho páru jako takového, že se rozhodnou prostě přivést dítě na svět doma.. A že si k tomu přívou někoho, ať už to bude farář, pediatr, nebo doktor, nebo bába porodní, tak to už je na nich. To už si tam můžou přivést kohokoliv, dluh, to je jedno, babičku prostě matku, to je jedno. Jinou ženu, prostě kohokoliv, ale je to 100% na tom rodičovským páru. To si myslím, že si neuvědomují jednak ty matky a jednak ta společnost. A proto si myslím, že je úplně špatně, že jsou sankcionovaný ty porodní asistentky, jo. Já neříkám, že prostě by měla být sankcionovaná ta matka, která ... (...) Ona už je sama dost potrestaná za to, že o to dítě přišla. Ale tak teda nikoho sankcionovat nebudem, protože matka přišla o dítě, to je největší tragédie, co jako. Co víc si na ní chcete vzít jako jo? Budeme jí dávat dva milióny úhradu jako náhradu od pojišťovny, že dítě leželo na dýchacích přístrojích? Blbost jako jo! Ta matka už je prostě potrestaná. A porodní asistentka, co jako? Vždyť ta je potrestaná taky, protože nevyšla její činnost, vždyť pane bože ty porodní báby, to jsou ženský, který maj srdce na dlani! (Vendula, str. 13)*

Vendula se ve své argumentaci vyjadřuje i k zodpovědnosti osob, které doprovázejí rodičku u porodu. Při porodu doma přisuzuje absolutní zodpovědnost matce. Dle jejího vyjádření by porodní asistentka neměla nést právní odpovědnost za výsledek porodu, obhájí tak pozici, kterou měly porodní asistentky před tím, než obor porodnictví ovládla věda v období osvícenství. Porodní bába v té době nenesla právní zodpovědnost za výsledek porodu, ale nesla jen následky v rovině špatné pověsti a potenciálního rizika ztráty klientely (Zeman, Doležal, 2001). Na druhé straně je zajímavé si povšimnout, že v případě lékařsky vedeného porodu konstruuje zodpovědnost lékaře v souladu s platnou legislativou, kdy by tento za výsledek porodu zodpovědnost nést měl. Stanovení odpovědnosti při porodu v porodnici je ovšem problematické vzhledem k početnému týmu osob, které porod „vedou“ a při asistenci jedné rodičce se vystřídají. Přestože podle zákona by lékař právní odpovědnost nést měl, ze způsobu vyjádření narátorky je patrné, že i v porodnici existuje snaha se zodpovědnosti vyhnout a přenést ji do sféry „vyšších sil“.

*Že mi přijde, že hodně chybí ve společnosti srdce, fakt jako .... a takovej ten selskej rozum, úplně jakoby, vždyť to je úplně jasný, když ta matka přijde o dítě, tak je nejvíc potrestaná, že jo. A porodní asistentka, která u toho byla, tak je samozřejmě potrestaná taky, protože jednak matky si to mezi sebou řeknou, takže tím pádem ona může ztratit zákaznice a za druhý, ani porodníka nepotěší, když ten porod nevyjde a to on může říct takhle: „Jó, já jsem tady měl celej arzenál lidí, já v tom nejsem sám. Jo, my jsme to prostě pokazili buď všichni, anebo: „to se prostě stává“ jo, oni řeknou, jo. Takže já si myslím, že jako vždycky, když ten porod doma nevyjde, tak prostě, ty dvě strany: matka a porodní asistentka už jsou potrestány až, až. (...) dokonce se stávají případy, kdy dítě zůstane a matka zemře při porodu, po porodu doma, že prostě vykrvácí. To je prostě jako na zodpovědnost fakt tý matky. Ona do toho jde se svým štítem, se svým nasazením maximálním a musí si tohle uvědomovat. (Vendula, str. 13)*

Vendula tedy konstruuje zodpovědnost za výsledek porodu zcela v souladu s holistickým modelem porodu, kdy je zodpovědnost inherentně přítomna v každém individu. To je rozdíl i od dalšího proudu v rámci sociálního modelu porodu, jak ho rozděluje Davis-Floyd (2001), v rámci humanistického modelu porodu je totiž

zodpovědnost rozdělena mezi pacienta/ku a lékaře/ku. Vendula ale toto rozdělení zodpovědnosti odmítá a za jedinou zodpovědnou vnímá matku, respektive rodičovský pár, jak bylo uvedeno v její předchozí citaci výše.

### 3.7.5.6 moc nad sebou

Z výše uvedeného pojednání o moci vyplývá, že narátorky si přejí převzít odpovědnost za své jednání o svém těle, porodu, svém dítěti do svých rukou. Tento pocit zodpovědnosti je svázán s vědomím sebe sama a svých schopností. Toto sebe - vědomí<sup>136</sup> je budováno na základě vzájemného vztahu vědění a důvěry. Vědění, které má narátorka o svém těle, těhotenství a porodu je základem pro vytvoření důvěry v sebe. Tato důvěra jí umožňuje jednat tak, že je schopná přijmout zodpovědnost za důsledky svého jednání.

*A myslím si, že i díky tomu, že jsem měla tu alternativu a věděla jsem, že mě nikde neodmítnou jako. Že prostě u toho Apolináře o mě vědí, prostě i v Neratovicích eventuálně o mě vědí, že mě jakoby přijmou. Tak jsem uvolnila, řekla jsem si: „Takže to je vlastně v pohodě. Nemůže se vlastně nic stát.“ (...) **Takže to byl jakoby takovej souhrn takovej věci, který mě ujistili v tom, že si to můžu dovolit.** (Vendula, str. 7)*

*Tak teď vím, že teď si musím pro zkušenost pro sebe zozískat víc informací pro sebe, já vím, že to je přirozenej proces a že bych to nejspíš zvládla i bez jakýchkoliv knížek, ale pro sebe si potřebuju načíst i takový ty věci, abych věděla, co se děje a jak to probíhá, co mám dělat po tom, já nevím, co s placentou, co s pupečnickem. Víím, že potřebuju vstřebat ještě víc informací, abych **měla jistotu, s kterou do toho potřebuju jít**<sup>137</sup>. (...) Víím, že do toho můžu jít jedině pod podmínkou, že **budu smířená s tím, že na to budu úplně sama. nebo jenom s mužem.** (Zita, str. 3)*

Vendula hovoří o tom, že měla různé alternativy řešení svého porodu. Nevázala se tedy na to, že musí za všech okolností, nutně a bezpodmínečně porodit doma. Naopak. Byla registrována v porodnici u Apolináře, kam docházela i na ultrazvukové vyšetření, které jí potvrdilo, že miminko je kompletně vyvinuté a v pořádku, jak bylo uvedeno v kapitole Vědění. Byla registrována i v porodnici v Neratovicích. Na základě tohoto vědění získala tedy důvěru, že všechno je v nejlepším pořádku. Na základě této důvěry se tedy rozhodla pro porod doma a za své rozhodnutí byla ochotná a připravená nést zodpovědnost.

Zita hovoří o stejné propojenosti vědění a důvěry. Více o tomto vzájemném vztahu bylo popsáno v kapitole Vědění a Důvěra. Pro ni je tedy vědění způsob, jak získat důvěru v sebe sama. Tato důvěra je základem pro pocit kontroly a moci nad vlastním životem. Nad přijetím zodpovědnosti za své rozhodnutí a činy. Zita mluví o tom, že se může rozhodnout

<sup>136</sup>Používám pojem sebe - vědomí, kterým chci zdůraznit vědomí sama sebe, nikoliv obecně používaný termín sebevědomí, jako určitou formu vystupování a zaujetí pozice ve společnosti.

<sup>137</sup>Zita hovoří o svém dalším plánovaném porodu doma i bez případné asistence porodní asistentky.

pro porod doma jen v případě, kdy bude připravená na to, že bude rodit úplně sama nebo jenom s partnerem. Je tedy připravena přijmout veškerou zodpovědnost za průběh porodu.

Ludmila jde v uvědomění si své vlastní moci ještě dál, když tvrdí, že ona sama je tou, která si svou realitu utváří. Tedy není v pozici oběti vzhledem k situaci, která se děje, ale je tvůrkyní své vlastní reality. Situace se tedy pasivně neděje, ale ona sama je její aktérkou. Zároveň vztahuje toto aktivní utváření situací k důvěře, kterou má sama k sobě a k životu, jak bylo hlouběji projednáno v kapitole Důvěra. Proto si pečlivě vybírá okolnosti, které mohou mít na výsledek nejen porodu, ale i jejího života dopad.

*A vadí mi, že tam není prostě úplná důvěra a úcta k tý rodičce. Že oni maj pocit, že jsou ti odborníci, což po teoretický stránce jsou, ale tam je důležitý si uvědomit, že to **tvoríš prostě, ty tvoříš ten porod, tu situaci, to jaký to bude si tvoříš...** o tom, jak si důvěřuješ, tvoříš si to tím, jak si důvěřuješ, a kdyby mi tam furt chodili a to ...A kdyby mi tam furt nabízeli něký prostě..... (Ludmila, str. 9)*

Ludmila mluví o situaci v porodnici a říká, že jí vadí, že zdravotnický personál nemá důvěru a úctu k rodičce. Zmiňuje, že lékaři/ky mají pocit, že jsou oni/y odborníci/e a tuto odbornost jim po teoretické stránce přiznává. Nicméně dodává, že realitu porodu si utváří každá rodička sama, svou vlastní důvěrou vytváří okolnosti porodu. Vztahuje tedy toto utváření průběhu porodu přímo s důvěrou. Argumentuje tedy, že tím, jak velkou má rodička důvěru sama v sebe, takovou situaci vytváří. Tuto důvěru by jí tedy intervence do porodu mohly narušit a porod by se mohl zkomplikovat. Ludmila tedy uvažuje zcela v souladu holistického pojetí porodu, kdy považuje sebe a lékařský personál za jeden celek. Jedinci tedy nejsou vzájemně nezávislí, ale ovlivňují se vzájemně. Dalším aspektem je vztah mezi příčinou a následkem. Ludmila považuje za příčinu možné komplikace narušení důvěry rodičky, vidí tedy příčinu čistě v psychické oblasti, nikoliv ve vlastním fyzickém těle. Případná komplikace se tedy dle jejího postoje neobjevuje nahodile a kdykoliv, ale koreluje s psychickým rozpoložením rodičky a případnou stresovou situací, která může narušení důvěry doprovázet. Více je této souvislosti věnována pozornost v kapitole Důvěra.

### **3.8 Shrnutí analýzy rozhovorů**

Při analýze rozhovorů jsem si kladla otázku: Jaká byla zkušenost žen, které se rozhodly rodit doma? Jakým způsobem narátorky tuto zkušenost konstruují, jak ji interpretují. Jaké vlivy měly na její konstruování vliv. Dále bylo mým záměrem zjistit, jaké

autoritativní vědění narátorky v průběhu porodu volí a jím se řídí, a jež určuje jejich jednání.

Z rozboru rozhovorů vyplynulo pět kategorií: vědění, zkušenost, strach, důvěra, moc, které jsem dále podrobně zkoumala. Ukázalo se, že teoretické koncepce pojetí zkušenosti, které jsem představila v teoretické části se všechny určitým způsobem v interpretaci zkušenosti, jak ji konstruují narátorky odrazily.

Zkušenost porodu (doma) je pro narátorky velmi vrstevnatá a ovlivnila jejich další život v mnoha směrech. Pro některé narátorky znamenal porod přelomovou životní zkušenost, která zcela změnila jejich dosavadní životní strategie. Pro jiné byl důkazem jejich dosavadního životního přesvědčení. Pro některé byl příležitostí k hlubšímu zamyšlení a prohloubení svých přesvědčení.

Porod konstruují všechny narátorky v rámci sociálního modelu porodu, který je ve svém ideologickém základu v protikladu k lékařsky vedenému porodu. Některé narátorky se v rámci tohoto modelu blíží spíše humanistickému modelu, jiné se ale svými názory a přesvědčeními kloní spíše k holistickému modelu porodu.

Jejich zkušenost je velmi úzce provázána s věděním, které tvořilo základ jejich přípravy na porod doma a ovlivnilo velmi významně způsob, jakým ke zkušenosti svého porodu přistupují a jak ji konstruují.

Výzkum prokázal, že narátorky kombinují různé druhy vědění včetně poznatků vědecké medicíny. Neodmítají tedy informace pocházející z vědecké medicíny zcela, ale staví se k nim kriticky a analyzují jejich přínos a na základě tohoto zkoumání informace buď využijí, nebo zamítnou.

Velmi významnou složkou jejich vědění je vědění neformální pocházející ze zkušenosti jiných žen, jež se o svou zkušenost dělí prostřednictvím vyprávění, nebo psaných příběhů. V určité fázi porodu se autoritativním věděním stává intuitivní vědění založené na signálech těla, či pocitu. Tato forma vědění je velmi úzce svázána s důvěrou, kterou v něj narátorky mají. Stejnou důvěru pociťují i ve vztahu k porodní asistentce, kterou si pro porod doma vybraly. Vědění, které reprezentuje, je tedy též svázáno s důvěrou, a respekt k tomuto vědění neprobíhá na základě autority, ale důvěry.

S prostředím porodnice mají mnohé narátorky spojený strach. Nemají důvěru k lékařskému vedení porodu, některé nemají důvěru ani ve vědeckou medicínu obecně. Autoritu lékařského personálu neuznávají a svá práva a přání si přejí vyjednávat. Dostávají

se při tomto vyjednávání ale do hierarchicky níže postavené pozice, protože v prostředí porodnice jsou považovány za laiky a jejich vědění není uznáno. Ve většině případů narátorky uvádějí, že se „*nechtěly hádat a dohadovat*“, proto zvolily variantu porodu doma, protože věděly, že ze strany porodní asistentky bude jejich *vědění* respektováno jako plnohodnotné tomu, kterým disponuje porodní asistentka.

#### **4 Závěr**

Ve své práci jsem se pokusila shrnout hlavní fenomény spjaté se zkušeností žen, které se rozhodly porodit své dítě doma. Zaměřila jsem se primárně na vědění, o něž se v průběhu porodu opíraly a na jehož základě se rozhodovaly.

Z představené analýzy a citací je patrné, že porod, jak jej narátorky konstruují je jevem složitým, provázeným inherentně s kontextem jejich života a neoddělitelnou zkušeností, která formuje jejich pohled na svět, na sebe samé, utváří vztah s jejich dítětem a má vliv na jejich partnerský vztah.

Z výzkumu je také patrné, že narátorky uvažují o porodu v sociálním modelu porodu, přičemž některé by bylo možno přiřadit k humanistickému modelu dle dělení Davis – Floyd (2001), jiné by patřily spíše k holistickému modelu porodu, který je založen na propojení těla, mysli a ducha. Narozdíl od Hrešanové (2008), která ve shodě s jinými autory prosazuje překonání opozice mezi lékařsky vedeným modelem porodu a sociálním modelem, se domnívám, že snaha o zmírnění rozdílů není možná. Každý z obou modelů porodu je totiž ideologicky svázán s naprosto odlišným pojmáním světa, hodnotovým rámcem a porozuměním jevům, které souvisejí se zdravím, nemocí, smrtí a životem obecně. Řešení překonání tohoto sporu vidím spíše ve snaze porozumění pohledu druhého a nastavení podmínek vyjednávání. Ve shodě s Young (1995) a Fraser (2004) by tedy bylo vhodné zahájit skutečně rovnocennou diskusi mezi oběma modely porodu a výsledkem by měla být možnost realizovat rozdílné porodní strategie v závislosti na modelu porodu, k němuž se žena kloní. S ohledem na výsledky mého výzkumu i studií autorek a autorů, které zmiňuji v tomto textu, se domnívám, že prostředí porodnice v České republice není vhodným místem pro realizaci sociálního modelu porodu. Ženy, které si přejí porodit přirozeným způsobem, zejména v souladu s holistickým modelem porodu, by tedy měly mít možnost tento svůj způsob porodu realizovat, ať už v porodním domě, nebo za asistence zkušené komunitní porodní asistentky.



Pokud jde o vědění, které narátorky v průběhu porodu využívaly a na něž se spoléhaly, je zřejmé, že vědění je v jejich pojetí propojeno s důvěrou a reprezentací. Nelze jej tedy oddělit, ale je nutno jej zkoumat právě v tomto vztahu vzájemné závislosti.

Z mnou realizovaného výzkumu také vyplývá důležitost partnerova postoje ve fázi rozhodování o plánovaném porodu doma. Vzhledem k tomu, že partneři narátorek měli naprosto zásadní vliv na jejich konečné rozhodnutí o místě porodu. Jejich podpora byla pro narátorky klíčová. Otcovství obecně a vliv porodu jako zkušenost mužově životě bylo prozatím věnováno jen málo zájmu. Zabývá se jím například studie Ivy Šmídové (2008), která se zaměřila na prožívání porodní zkušenosti z pozice mužů/otců a proměňující se genderové vztahy v rodině. Domnívám se tedy, že by stálo za úvahu zaměřit další výzkumy právě tímto směrem a zkoumat postoje mužů/otců pokud jde o vývoj jejich postojů k otázce porodu v domácím prostředí.

Zajímavé by dále bylo zkoumat porody doma z hlediska sociální (ne)rovnosti žen, pokud jde o možné strategie „porodního jednání“. Hrešanová (2008: 177 - 178) se zamýšlí ve své studii nad možnými sociálními nerovnostmi, které vznikají mezi různými skupinami rodiček s rozdílným socioekonomickým statusem. Tvrdí, že skupina tzv. „přírod'áček“ „je ideou konzumerismu ovlivněna nejvíce, má konkrétní a jasné představy o porodu a neváhá vynaložit na realizaci těchto představ i nemalé finanční prostředky.“ Podle autorky tedy disponuje tato skupina rodiček větší možností volby při výběru porodní péče. Sociální nerovnost vidí tedy v tom, že rodičky s nižším socioekonomickým statusem mají volbu porodní péče omezenější. Autorka nicméně srovnává jen nabídku služeb v prostředí porodnice, kdy některé služby jsou hrazené ze zdravotního pojištění a jiné nikoliv. Na základě svého výzkumu vidím nerovnost v poskytovaných službách v České republice trochu jinou optikou. Pokud si žena z této kategorie „přírod'áček“ přeje realizovat porod skutečně podle svých představ a nechce se potýkat s omezeními danými prostředím nemocnice, nemá jinou volbu, než realizovat porod doma a péči samostatné porodní asistentky si zaplatit. Je tedy znevýhodněna, protože jí tato základní péče při porodu je odpírána, protože zdravotní pojišťovny odmítají podepisovat se samostatnými porodními asistentkami smlouvy pro vedení porodu<sup>138</sup>.

---

<sup>138</sup>Zdravotní pojišťovny odmítají uzavírat smlouvy s odkazem na platný právní řád a předpisy: Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Hrešanová (2008: 181 - 185) se ve své studii také zamýšlí nad tím, proč rodí „přírodačky“ obecně hůře, než „venkovské ženy“, když by tomu podle vztahu zdraví a socioekonomickým statusem mělo být právě naopak. Domnívám se, že její konstatování, že tato skupina rodiček rodí hůře, platí jen pro porod v porodnici, nikoliv pro schopnost porodit obecně. Můj výzkum prokazuje, že narátorky mají velkou míru nedůvěry ve zdravotnické zařízení obecně, v klasickou vědeckou medicínu a jí používané metody, technologie a léčebné postupy, tato nedůvěra tedy produkuje pocit ohrožení, pokud se v nemocničním prostředí ocitnou. V situaci ohrožení se nejsou schopné uvolnit a to způsobuje komplikace a „horší porod“. Jsou apriori negativně vymezeny a nastaveny vůči instituci porodnice a mají představu, že by se tam *nedokázaly uvolnit*. Tento fakt potvrzují i výpovědi zdravotníků a porodních asistentek z realizovaného výzkumu Hrešanové. Doma nicméně rodí tato skupina žen úplně „normálně“. Pro prokázání mého tvrzení by stálo za to realizovat ještě další podrobnější výzkumy zohledňující tento fakt.

## BIBLIOGRAFIE

Ackermann-Liebrich, U., Voegelli, T., Gunter-Witt, K., Kunz, I., Zullig, M., Schindler, Ch., Maurer, M. 1996. „*Home versus Hospital Deliveries: Follow up Study of Matched Pairs for Procedures and Outcome*“. British Medical Journal.

Annandale, E., Clark, J. 1996. „What is Gender? Feminist Theory and the Sociology of human reproduction.“ *Sociology of Health and Illness* 18(1): 17-44.

Aperio kol.aut. 2006. *Porodní příběhy -- Rodíme se jednou*. Smart Press

Beckett, K. and Hoffman, B. 2005. „*Challenging Medicine: Law, Resistance, and the Cultural Politics of Childbirth*“. *Law & Society Review*, 39: 125–170.

Benoit, C. 1991. *Midwives in Passage. A Case Study of Occupational Change*. St. John's Newfoundland: ISER Press

*Bible Kralická*. První kniha Mojžišova 3:16. Česká biblická společnost. 2009.

Bourdieu, P. 2000. *Nadvláda mužů*. Praha: Karolinum.

Butler, Judith. 2003. *Trampoty s rodou. Feminismus a podryv identity*. Aspekt.

Candigliota Z., Koláčková J., Snášelová K. 2010. *Péče porodních asistentek mimo porodnice*. Analýza právní úpravy vybraných evropských států. Brno: Liga lidských práv

Cattel, Maria G. 1996. „Gender, Aging, and Health: A Comparative Approach. Pp. 87-122 in Carolyn Sargent, Caroline Brettell (eds.). *Gender, Health and the Medicine. An International Perspective*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall

Coffey, A., & Attkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data*. London: SAGE Publications. Pp. 26-51.

Conrad, P. 1992 „Medicalization and Social Control“ In *Annual Reviews of Sociology* 18: 209-32.

Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K., Srp, B. 2006. *Porodnictví*. Praha: Grada

Davis-Floyd, R. E. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.

Davis-Floyd, R. E. 1997. „Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Home Birth“. In Davis-Floyd, R., Sargent, C.F. (eds). *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press

Davis – Floyd, R. and Sargent, C.F. (eds.) 1997. [online] "Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives". Berkeley: University of California Press. In Van Teijlingen, E. 2005. "A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth". *Sociological Research Online*, Volume 10, Issue 2. [cit. 27.5.2014] Dostupné z: <<http://www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html>>.

Davis-Floyd, R. 2001. [online] „The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth“. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol 75, Supplement No. 1, pp. S5-S23. Dostupné z: <http://www.davis-floyd-presents.com/uncategorized/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-childbirth/> [cit. 27.5.2014] .

de Jonge, A., van der Goes, B.Y., Ravelli, A.C.J, Amelink-Verburg, M.P., Nijhuis, J.G., Gravenhorst, J.B., Buitendijk, S.E. 2009. „Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529688 low-risk planned home and hospital births“. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 116:1–8

Doležal A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum

Doležalová J. 2006. *Hovory s porodní bábou*. Praha: Argo

Doležalová J. 2004. *Porod doma*. Praha: Formát

Dowswell, T., Thornton, J.G., Moreta, D. et al. 1996. „Measuring outcomes other than safety is possible“. In *Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom? Education and Debate*. *British Medical Journal*.

Durand, M.A. 1992. „The Safety of Home Birth: The Farm Study“. *American Journal of Public Health*.

Foucault., M. 2003 „Subjekt a moc“ In *Myšlení vnějšku*. Praha: Herrmann & synové.

Foucault, M. 2000. *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin.

Fox, B., Worts, D. 1999. „Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth“. *Gender and Society*.

Fraser, N. 2004. "Sociální spravedlnost ve věku politiky identity: přerozdělování, uznání a participace". In Nancy Fraser a Axel Honneth, *Přerozdělování nebo uznání*. Praha: Filosofie

Fullerton, J. T., Navarro, A. M. and Young, S. H. 2007. „Outcomes of Planned Home Birth: An Integrative Review“. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52:323–333.

Gaskin, I.M. 2010. *Zázrak porodu*. Praha: One Woman Press

Gavey, N. 1997. „Feminist Poststructuralism and Discourse Analysis“. In: Eds. Gergen, M., Davis. S.N. *Toward a new psychology of gender: a reader*. London: Routledge

- Giddens., A. 1998. *Důsledky modernity*. Praha: Slon
- Gilligan, C. 2001. *Jiným hlasem. O rozdílné psychologii žen a mužů*. Praha: Portál
- Groverovi – Suchých, L. a R. 2014. *Aby porod nebolel. Těhotenství a porod jako příležitost k práci na sobě*. Praha: Kořeny.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. 1994. „Competing paradigms in qualitative research“. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). London: Sage.
- Hájek, M., Havlík, M., Nekvapil, J. 2012. „Narativní analýza v sociologickém výzkumu: přístupy a jednotící rámec“. *Sociologický časopis* Vol. 48, No. 2. Praha: Sociologický ústav AV ČR
- Haraway, Donna. 1991. „Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective.“ Pp. 185-201 in D. Haraway. *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*. London: Free Association Books.
- Harding, S. 1991. *Whose Science? Whose Knowledge?: Thinking from Women's Lives*. New York: Cornell University Press.
- Hasmanová Marhánková, J., Hrešanová, E. 2008. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis*. Roč. 44, č. 1, s. 87-111.
- Hašková, H. 2001. *Názorové diferenciaci k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky
- Hendl, J. 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál
- Hlaváčová, Š. 2011. *Cesty, jež vedou rodičky k rozhodnutí pro porod doma*. Diplomová práce. Filosofická fakulta. Katedra psychologie. Masarykova univerzita Brno.
- Hoff, G. A. and Schneiderman, L. J. 1985. *Having Babies at Home: Is It Safe? Is It Ethical?*. Hastings Center Report, 15: 19–27.
- Hrešanová, E. 2004. "Profesionalizace antropologie a etické instituce" in *Biograf*, Vol.35: 127-146.
- Hrešanová, Ema. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Vydavatelství Západočeské university v Plzni.
- Hrešanová, E. 2011. [online] „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie“ dostupné z <http://www.genderonline.cz/cs/issue/30-rocnik-12-cislo-2-2011/224> [cit. 25.5.2014] .
- Hrešanová, E., Marhánková, J. „Komeracionalizace porodní péče, konzumerismus a sociální stratifikace rodiček“. In *Antropologické sympozium V.. Ústí nad Labem: Vlasta Králová*, 2007. s. 21-28.

Cheyney, M.J. 2008. Homebirth as Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace. *Qualitative Health Research*.

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

Janssen, P.A., Henderson, A.D., Vedam, S. 2009. „The Experience of Planned Home Birth: Views of the First 500 Women“. *Birth*. 36:297–304.

Janssen, P.A., Saxell, L., Page, L.A., Klein, M.C., Liston, R.M., Lee, S.K. 2009. „Outcomes of planned home birth with registered midwife versus hospital birth with midwife or physician“. *Canadian Medical Association Journal*. Hutton EK. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study.

Jonášová, K. „Krev versus rozum – (přirozený) porod a média. Nerodíte vy a nerodíte své dítě. Rodíte za všechny ostatní ženy a rodíte veřejný majetek.“ In Kotková, A. (ed.). 2011. *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender studies

Jordan, Brigitte. 1993. *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Waveland Press.

Jordan, B. 1997. „Authoritative Knowledge and Its Construction“. In Davis-Floyd, R., Sargent, C.F. (eds). *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press

Kapr, J., Koukola, B. 1998. *Pacient: Revoluce v poskytování péče*. Praha: SLON.

Keirse, M. J.N.C. 2010. Home Birth: Gone Away, Gone Astray, and Here To Stay. *Birth*, 37:341–346.

Kirsi, V. 2001. „Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland“ In *Social Science & Medicine*, Volume 52, Issue 7, Pages 1109-1121

Kodyšová E., Mrowetz, M. 2010. „Psychologie porodu – realita nebo chiméra? Úvahy a názory“. *Psychosom* 8(1), s.37-44)

Kozáková, K. 2013 *Neposlušné“ matky – specifika chápání a prožívání přirozeného porodu s přihlédnutím k představám a očekáváním a následné žité zkušenosti žen v České republice*. Diplomová práce. Katedra sociologie. Plzeň: Západočeská univerzita

Křeček, S. 2013. „Domácí porody – kde je problém?“ *Rodinné listy*, 10/13 ročník II.

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

Letherby, G. 2003. *Feminist research in theory and practice*. Philadelphia: Open University Press.

- Lindgren, H. E., Rådestad, I.J., Christensson, K., Hildingsson, I.M. 2008. „Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study“: *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, Volume 87, Issue 7, pages 751–759
- Linková, Marcela, Červinková, Alice (eds.). 2005. *Myšlení hranic*. Praha: Sociologický ústav AVČR
- Lupton, D. 1994. *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- Marek V. 2002. *Nová doba porodní*. Eminent
- Martin, Emily. 1990. „The ideology of Reproduction: The Reproduction Ideology.“ Pp. 300-314 in F. Ginsburd, A.L. Tsing (eds.). *Uncertain terms: negotiating gender in American culture*. Boston: Beacon Press.
- McLachlan, H., Foster, D. 2009. „The safety of home birth: is the evidence good enough?“ Commentary. *Canadian Medical Association Journal*.
- Miles, Á. 1991. *Women, Health and Illness*. Buckingham: Open University Press.
- Morganová, M. 2010. *Hypnoporod*. Triton
- Morison S., Hauck Y., Percival P., McMurray A. (1998), Constructing a homebirth environment through assuming control In *Midwifery* Volume 14, Issue 4, December 1998, Pages 233–241.
- Mrowetz, M., Antalová, I., Chrástilová, I. 2011. *Bonding - porodní radost. Podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* Praha: DharmaGaia
- Oakley, A., Houd, S. 1990. *Helpers in Childbirth. Midwifery Today*. Hemisphere Publishing Corporation
- O'Connor, B.B. 1993. „The Home Birth Movement in the United States.“ *The Journal of Medicine and Philosophy*.
- Odent, M. 1995. *Znovuzrozený porod*, Praha: Argo
- Odent, M. 2001. *Láska jako věda*. Rodiče.
- Odent, M. 2009. The Masculinization of the Birth Environment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*.
- Odent, M. 2013. (online) *Rozhovor s M. Odentem a zápis z přednášky konané dne 24.4.2013 v Praze*. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/michel-odent-porod-budoucnost-lidskeho-druhu> (cit. 1.6.2014)

- Oliver, R. 2005. Birth: Hospital or Home? That is the question. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*.
- Olsen, O. 1997. „Meta-analysis of the Safety of Home Birth“. *Birth*. 24: 4–13.
- Prekopová, J., Schweizerová, Ch. 2003. *Děti jsou hosté, kteří hledají cestu*. Portál
- Ramazanoglu, C., a Holland, J. 2004. *Feminist methodology: challenges and choices*. London: SAGE. Str. 1-16, 145-164.
- Ratislavová, K. 2008. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. Praha: Area
- Reinharz, S. 1992. *Feminist methods in social research*. New York: Oxford University Press.
- Rich, A. 1986. *Of woman born. Motherhood as Experience and Institution*. New York. London: W W Norton & Company.
- Rivkin-Fish, Michele. 2005. *Women's Health in Post-soviet Russia. The Politics of Intervention*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press.
- Roztočil, A. a kol. 2001. *Porodnictví*. Brno: IPVZ
- Sargent, Carolyn, Caroline Brettell. 1996. „Introduction: Gender, Medicine and Health.“ Pp. 1-28 in: Carolyn Sargent, Caroline Brettell (eds.). *Gender, Health and the Medicine. An International Perspective*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall
- Scott, Joan W. „The Evidence of Experience“. In *Critical Inquiry*. Vol. 17, No. 4. Summer 1991. Pp. 773-797. The University of Chicago Press. Ke stažení zde: <http://www.jstor.org/stable/1343743>
- Silveira, M.J., Copeland, L.A., Feuedtner, C. 2006. „Likelihood of Home Death Associated With Local Rates of Home Birth: Influence of Local Area Healthcare Preferences on Site of Death“. *American Journal of Public Health*.
- Simkinová, P. 2000. *Partner u porodu*. Argo
- Stadelmann I. 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*, One Woman Press
- Šmídová, I. 2008. „Otcovství u porodu. Re-konstrukce genderových vztahů v rodině“. In *Sociální studia*, 5 (1): 11–34. Brno: Fakulta sociálních studií MU Brno.
- Štomerová Z. 2005. *Možnost volby - Kde mohu přivést své dítě na svět?*, Argo
- Takács, L., J. Seidlerová, S. Horáková Hoskovcová, S., L. Šulová, I. Štětovská, H. Zejdová, M. Kolumpková. 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: FF UK.



Tinková, D. 2010. *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo

Tong R.P. 1995. *Feminist Thought: A More Comprehensive Introduction*. London : Westview Press

Van Teijlingen, E. 2005. "[online] A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth". *Sociological Research Online*, Volume 10, Issue 2. Dostupné z: <<http://www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html>> [cit. 27.5.2014]

Wilkins, R. 2000. „Poor Relations: The Paucity of the Professional Paradigm“. Pp. 28 – 54 in Mavis Kirkham (ed.) *The Midwife - Mother Relationship*. New York: Palgrave.

Young, I. M. 1995. „Asymetrická reciprocita: O morální úctě, údivu a obohacené myšlence“. In *Aspekt* číslo 2-3, s. 30-37.

Toril, Moi. „What is a Woman?“ In *What is a Woman and Other Essays*. 2001. Oxford: Oxford University Press In Young, I. M. "Lived Body vs Gender: Reflections on Social Structure and Subjectivity". In *Ratio*, Vol. 15, No. 4, December 2002 , pp. 410-428.

Zeman Z., Doležal A. 2000. *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*, Praha: Galén

Zemanová, E. 2014. „*Doma s Ivanou*“ *přirozený porod jako narušení mocenského diskurzu: diskurzivní analýza příběhů pro Ivanu*. Diplomová práce. Katedra genderových studií. Praha: Univerzita Karlova.

Zákony:

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

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

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

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Filmy a online média:

[online] Calda, P., Hořejší, A. 2014. *Co se má změnit v českých porodnicích*. DV TV. 8.6.2014. Dostupné z: <http://video.aktualne.cz/dtv/soukrome-porodni-asistentky-na-sale-calda/r~0aa61ae4ed9b11e3bbbd002590604f2e/> [cit. 10.6.2014]

Pascali-Bonaro, D. 2008. *Orgasmický porod* (Orgasmic Birth: The Best-Kept Secret, stopáž 85 minut).

Tonetti, E. *Porod jak jej známe*. (Birth as we know it, stopáž 72 minut.)

Kundra, O. 2012. „Soudci s jinýma očima: Tři verdikty, které změnily život v Česku k lepšímu“. *Respekt*. 12.2.2012

## **PŘÍLOHA 1:**

Seznam otázek pro polostrukturované rozhovory a okruhy témat

Vykání/Tykání:

1. Mohla byste mi prosím vyprávět o průběhu Vašeho porodu?
2. Přípravovala jste se na porod doma?
3. Jaké byly Vaše představy o porodu (doma)?
4. Kdo Vás u porodu doprovázel?
5. Jak jste si vybrala porodní asistentku pro porod doma?
6. Jak jste porod prožívala?
7. Uvažovala jste během porodu o přejezdu do porodnice?
8. Na základě čeho jste se rozhodla, že zůstanete doma (pojedete do porodnice)?
9. Co pro Vás porod znamenal?
10. Jak prožitek porodu ovlivnil vztah s Vaším dítětem?
11. Jak prožitek porodu ovlivnil vztah s Vaším partnerem?
12. Rodila byste znovu doma?
13. Jak si myslíte, že by probíhal Váš porod v porodnici?
14. Co pro Vás znamená bezpečný porod?

1. Mohla bys mi prosím vyprávět o průběhu Tvého porodu?
2. Přípravovala ses na porod doma?
3. Jaké byly Tvoje představy o porodu doma?
4. Kdo Tě u porodu doprovázel?
5. Jak sis vybrala porodní asistentku pro porod doma?
6. Jak jsi porod prožívala?
7. Uvažovala jsi během porodu o přejezdu do porodnice?
8. Na základě čeho ses rozhodla, že zůstaneš doma (odjedeš do porodnice)?
9. Co pro Tebe porod znamenal?
10. Jak prožitek porodu ovlivnil vztah s Tvým dítětem?
11. Jak prožitek porodu ovlivnil váš partnerský vztah?
12. Rodila bys znovu doma?
13. Jak si myslíš, že by Tvůj porod probíhal v porodnici?
14. Co pro Tebe znamená bezpečný porod?

Orientační okruhy témat:

PRŮBĚH  
PŘÍPRAVA  
PŘEDSTAVY  
DOPROVOD  
VÝBĚR DOPROVODU  
PROŽITEK  
PŘEJEZD DO PORODNICE  
ROZHODNUTÍ O PŘEJEZDU  
VÝZNAM PORODU  
VZTAH S DÍTĚTEM  
VZTAH S PARTNEREM  
ZNOVU DOMA?

PRŮBĚH V PORODNICI  
BEZPEČNÝ POROD