

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií

Pracoviště historické sociologie

Diplomová práce

**Bonding matky a novorozence – historické srovnání**

**Zdenka Slezáková**

Vedoucí práce Mgr. Radka Dudová, Ph.D.

Praha, 2016

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

V Praze, dne 14. 6. 2016

.....

Zdenka Slezáková

## **Abstrakt**

Bonding je emoční i biologický proces vytváření pouta mezi matkou a novorozencem, důležitý mimo jiné pro snadnější kojení, rychlejší zotavení matky apod. Pro jeho podporu je důležitý raný kontakt matky s jejím dítětem. Diplomová práce si klade za cíl srovnat diskurz o podpoře bondingu v českém prostředí kolem roku 1980, kdy se objevuje systém rooming-in až do současnosti, přes mezník v letech 1998 – 2000, kdy bylo výsledkem tehdejších změn v porodnictví zřízení Centra aktivního porodu, kde se poskytoval jiný druh porodní a poporodní péče, než byl do té doby známý a v českém prostředí používaný. Důraz bude kladen na vývoj diskurzu, změny v systému péče, které přináší a proměny jeho účastníků a rolí, kterou v něm hrají ženy jako příjemkyně péče.

Teoretická část přináší představení relativně málo známého pojmu bonding a jeho podpory z biologického a společenského hlediska, v metodologické a empirické části byla k analýze byla použita kvalitativní metoda analýzy diskurzu. Zkoumána byla mediální sdělení, tištěná i elektronická, odborná i laická, která byla k dispozici v každém zkoumaném období.

**Klíčová slova:** Bonding, podpora bondingu, citová vazba, porod, novorozenec, analýza diskurzu, rámcová analýza diskurzu

## **Abstract**

Bonding is an emotional and biological process that creates a bond between a mother and her child and is among others important for easier breastfeeding, faster recovery of the mother etc. It is important to support it by an early contact between the mother and her newborn child. The diploma thesis aims to compare the discourse regarding mother-infant bonding and its support in our country around the year of 1980, when the rooming-in system appears, up to the present, with the milestone between 1998 and 2000, when the Centre of Active Birth was established as a result of changes in birth care that occurred then and which started to offer a different kind of care from the model that was known and used in the Czech Republic at that time. Emphasis will be put on the development of the discourse, changes in birth and after-birth care it has brought and changes of its participants and the role which women have as receivers of care.

The theoretic part introduces the relatively little-known term 'bonding' and its support from the biological and social points of view, then discourse analysis will be applied in the methodological and experimental parts of the thesis. Analysed materials included media communication both in printed and electronic forms available at each analysed period.

**Keywords:** mother-infant bonding, support of mother-infant bonding, attachment, birth, newborn, discourse analysis, frame discourse analysis

## Obsah

Abstrakt.....	1
Abstract.....	2
Obsah.....	3
Úvod.....	5
I. ČÁST TEORETICKÁ.....	7
1. Bonding – biologický koncept.....	7
1.1. Pojem bonding.....	7
1.2. Historie zkoumání bondingu a citové vazby.....	7
1.3. Úloha raného kontaktu.....	10
2. Bonding jako společenský konstrukt.....	11
3. Rozdělení rolí v historii porodní a poporodní péče.....	15
3.1 Biomoc, autorita a vědění.....	15
3.2 Ženy – příjemkyně péče.....	21
II. METODOLOGIE.....	28
4. Výzkumný problém.....	28
4.1 Charakteristika diskurzu.....	28
4.2. Rámcová analýza diskurzu.....	29
5. Základní výzkumné otázky.....	32
6. Výběr vzorku pro analýzu.....	33
III. ČÁST EMPIRICKÁ.....	37
7. Analytické postupy.....	37
7.1. Identifikace komunikátorů a příjemců sdělení.....	38
7.1.1. První sledované období.....	38
7.1.2 Druhé sledované období.....	39
7.1.3 Současnost.....	40
7.1.4 Výsledek analýzy.....	42
8. Analýza obsahu.....	43
8.1 Kódovací proces.....	43
8.2. Identifikace a popis rámců.....	44
8.2.1. Rámce v prvním sledovaném období (1983 - 1984):.....	46
8.2.2. Rámce ve druhém sledovaném období (1998 – 2000):.....	49

8.2.3. Rámce v současnosti (2011 – 2016):.....	51
8.2.4. Výsledek analýzy rámců:.....	52
8.3. Typy diskurzů o podpoře bondingu.....	53
8.4. Konstruování rolí.....	57
8.4.1. Role „Žena“ .....	58
8.4.2. Role „Lékař“ .....	66
8.4.3. Role „Zdravotník - nelékař“ .....	69
8.4.4. Role „Dítě“ .....	70
8.5. Výsledky analýzy.....	73
9. Závěr a diskuse.....	76
Použitá literatura:.....	79
Analyzované materiály:.....	86

# Úvod

Pojem bonding matky a novorozence je v českém prostředí málo známý, v České republice se jedná o relativně málo probádanou tematiku. Přesto je však aktuální, protože v současnosti se vedou diskuze o podobě a nutných proměnách českého porodnictví. Diskutují lékaři, porodní asistentky i příjemkyně péče. Řeší se možnost volby a porody v domácím prostředí. Přidávají se i odborníci z jiných oborů.

Teorie bondingu vychází z teorie attachmentu Johna Bowlbyho a jeho následovníků, kteří zkoumali citovou vazbu mezi matkou a dítětem. V sedmdesátých letech 20. století pak přišli američtí pediatři John Kennel a Marshall Klaus s teorií bondingu, která zkoumala, kdy toto pouto mezi matkou a dítětem vzniká a proč a jak jej lze nejlépe podpořit. Za klíčovou považovali dobu bezprostředně po porodu, kdy je pro podporu tohoto pouta důležitý vzájemný kontakt matky a novorozence. V této době se v československých porodnicích stále praktikovalo oddělování dětí od matek, které své děti vidaly pouze na kojení. Změnu systému porodní a poporodní péče tehdy ztěžoval i fakt, že teorie bondingu přicházela ze Západu.

Velkou změnu pro porodní i poporodní péči znamenala Sametová revoluce v roce 1989 a související vliv demokracie a tržní ekonomiky. Ženy si již mohou vybírat porodnici a díky moderním technologiím mají k dispozici mnoho českých i zahraničních informací, podle kterých si mohou volit porodní péči. Jedním z vrcholů těchto změn bylo otevření Centra aktivního porodu, které nabízelo zcela jinak koncipovanou péči, než bylo do té doby zvykem, a do popředí se v něm dostaly porodní asistentky poskytující služby přirozeného porodu. Bonding a jeho podpora je nedílnou součástí přirozeného porodu.

Tato diplomová práce se snaží zmapovat tuto jednu výseč proměn českého porodnictví a také to, kdo se diskurzu o podpoře bondingu účastní, kdo stál u změn porodní péče, kdo má autoritu a moc o ní rozhodovat a jako roli hrají ženy jakožto příjemkyně péče. Snaží se tyto jevy zachytit v čase.

Teoretická část práce částečně navazuje na předchozí bakalářskou práci a představuje

pojem bonding a historii jeho zkoumání z biologického a psychologického hlediska. Popisuje jeho mechanismus a důsledky, úlohu raného kontaktu, zmíněna je též separace matky a novorozence. Následuje téma bondingu jako společenského konstruktů, tj. jakým způsobem byl součástí poskytované péče v institucích a jak se tato péče proměňovala. Zachyceny jsou též role v porodní péči a jejich souvislost s autoritou a mocí.

V dalších částech práce je popsána metodologie, kterou je analýza diskurzu a analýza rámců. Dále výzkumné otázky, výběr vzorku, sběr dat a analýza, která se zaměřovala na identifikaci hlavních aktérů v diskurzu podpory bondingu a jejich rámcování zkoumané problematiky, dále na konstruování jednotlivých rolí účastníků porodní a poporodní péče různými aktéry v závislosti na jejich pozici a zájmech. Snaží se zachytit souvislost diskurzu a proměn porodní a poporodní péče v českém prostředí. Nakonec jsou zařazeny výsledky analýzy a její závěry.

Doufám, že tato práce přispěje aspoň malým dílkem do mozaiky obrazu stavu a proměn českého porodnictví. A hlavně, možnost volby do demokratické společnosti nepochybně patří.



# I. ČÁST TEORETICKÁ

## 1. Bonding – biologický koncept

Koncept bondingu a vývoje jeho zkoumání byl podrobně zpracován již v bakalářské práci, která se zaměřovala zejména na psychologické hledisko, které z biologie vychází (Slezáková 2013). Výzkumem bondingu se od počátku zabývali psychologové, psychiatři a dětské lékaři, bez jejichž výzkumů by tato práce nebyla úplná, neboť z jejich poznatků vycházela společenská praxe. Na tomto místě bude tedy uveden alespoň stručný přehled potřebný k úvodu do problematiky, který z výše uvedené bakalářské práce vychází a byl přepracován pro potřeby této diplomové práce.

### 1.1. Pojem bonding

Termín bonding není v českém prostředí široce rozšířen a nemá užívaný český ekvivalent. V angličtině pojem bonding znamená připoutání, či lepení, v tomto případě obrazně pojaté připoutání matky k dítěti. Jedná se o emoční a biologický proces vytváření pouta mezi matkou a novorozencem, z něhož se vyvíjí citová vazba (attachment) (Mrowetz, Chrástilová, Antalová 2011). Pojmy bonding a citová vazba je tedy třeba rozlišovat. Americký pediatr T. Berry Brazelton pro snadnější představu uvádí rozlišení, ve kterém říká, že bonding je jako když se zamilujete, a citová vazba je o tom, zůstat zamilovaní („*Bonding is like falling in love, and attachment is about staying in love.*“ Brazelton 1992, In: Mooney 2010: 69).

### 1.2. Historie zkoumání bondingu a citové vazby

Impulsem pro studium citové vazby bylo pozorování kojenců v ústavní péči. René Spitz, americký psychoanalytik narozený ve Vídni, natočil v roce 1947 dokument s názvem *Grief – A Peril in Infancy* o smutku a izolaci dětí v ústavní péči. Jeho film

zachytil, že cílem péče o děti v ústavěch byly sterilní podmínky a uspokojení fyzických potřeb, přičemž vztah s pečovateli chyběl. Tento dokument spustil vlnu zájmu o studium rizik, která hrozí citově nepřipoutaným dětem, ačkoli sám řešení situace nenabízel (Mooney 2010: 9).

Ze Spitzových poznatků vycházel britský lékař, psychiatr a psychoanalytik John Bowlby (1907 – 1990) ve své teorii citové vazby (attachment theory). Bowlby tvrdil, že první vztah člověka, obvykle k matce, má velký vliv na jeho další sociální vztahy a jeho narušení může mít negativní vliv na vývoj jedince. Vycházel z výzkumů různých zvířat, např. z prací amerického psychologa Harryho F. Harlowa, který zkoumal vliv separace od matky na vývoj mláďat opic druhu makak rhesus. Mláďata oddělil od matky a vrstevníků a dal jim do klece pouze makety. Vývoj takto separovaných mláďat byl vážně narušen. V dospělosti měly opice výrazné potíže při komunikaci s ostatními příslušníky svého druhu, a pokud se jim podařilo počít mláďata, chovaly se k nim agresivně. Z těchto pokusů vyplývá, že abychom byli schopni navazovat vztahy a pečovat o vlastní děti, musíme sami zažít vztah a péči mateřské figury (Bowlby 2010).

Bowlby se zabýval též významem vytváření vazeb k novorozenci. U různých živočišných druhů má různý význam, ale základem u všech je přežití. Citová vazba má biologický základ a v případě člověka se objevuje proto, aby motivovala matku starat se o naprosto bezbranného tvora, který je na ní zcela závislý. Bez této motivace, vyčerpaná náročným porodem, by matka nebyla schopna sama sebe mobilizovat k péči o dítě a novorozenec by neměl šanci přežít. Citová vazba se u dítěte hlásí o slovo v nebezpečných situacích, kdy se uchyluje pro ochranu k člověku, který se o něj nejčastěji stará (attachment figure), což bývá většinou matka (Bowlby 2010). Citovou vazbu lze dle Bowlbyho definovat jako *„rozměr vztahu mezi malým dítětem a pečovatelem, který zahrnuje ochranu a pravidla bezpečnosti. V tomto teoretickém rámci je citová vazba chápána jako intenzivní a trvalé citové pouto, které si malé dítě vytvoří k mateřské postavě, pouto, jehož kořenem je biologická funkce ochrany před nebezpečím (The dimension of the infant-caregiver relationship involving protection and security regulation. Within this theoretic framework, attachment is conceptualized as an intense and enduring affectional bond that the infant develops with the mother*

*figure, a bond that is biologically rooted in the function of protection from danger)*“ (Bowlby 1982, In: Mooney 2010: 7).

Na Bowlbyho práci navázala řada dalších vědců, především z řad lékařů, psychiatrů a psychologů. Američtí pediatři John Kennell a Marshall Klaus se snažili popsat, kdy matky a novorozenci budují základy svých emočních vazeb, a tak vznikla teorie bondingu. V roce 1976 provedli studii se závěrem, že prvních 6 – 12 hodin po porodu je „citlivé období“ pro matku a dítě, během kterého je důležité podpořit bonding kontaktem mezi matkou a dítětem, jinak může být vazba mezi nimi narušena. Domnívali se, že u matek je v tomto období biologicky naprogramovaná připravenost starat se o své dítě. Své pozorování prováděli na sociálně znevýhodněných matkách se snahou podpořit je v péči o své děti tím, že jim byl umožněný delší a častější kontakt s dítětem, než byl tehdejší standard v porodnicích. Výsledkem jejich studie bylo, že ještě po roce po porodu se matky, kterým se dostalo podpory bondingu, ke svým dětem chovaly citlivěji než matky, který měly kontakt s dítětem minimální. Jejich práce znamenala v západním světě velkou změnu v přístupu k porodům a poporodní péči o matku a dítě, kteří jsou nyní bráni jako jedna jednotka.

I když pozdější výzkumy (např. Jerome Kagan 1998 či Jean Mercer 2006) ukázaly, že význam podpory bondingu není tak velký pro další život jedince, jak Kennell a Klaus původně předpokládali, ale nelze jej podceňovat a má mnohé přínosy, zejména pro poporodní období.

U nás se na citovou vazbu odkazovali profesori Matějček a Langmeier, dětské psychologové, kteří se zabývali lidským duševním životem a vývojem dětí. Podle nich se základy duševního života se u člověka vytvářejí již před narozením a pro tento proces je důležitý co nejpřirozenější průběh porodu i poporodního období. Dítě má být v kontaktu s matkou, protože to usnadňuje vytvoření intimity, která je základem pro další vývoj citové vazby. Začíná dotyky, pohledy, mimikou a jednoduchými hlasovými projevy. Dítě má přirozené tendence přilnout k těm, kteří o něj nejčastěji pečují (většinou rodiče) a tento proces přilnutí se přeměňuje v trvalé citové pouto mezi rodiči a dítětem (Matějček, Langmeier 1986).

### 1.3. Úloha raného kontaktu

Na společné prožití prvních chvil po porodu jsou matka a dítě od přírody nastaveny. Kontakt s matkou usnadňuje dítěti přechod z dělohy na svět, pomáhá mu stabilizovat srdeční rytmus, tělesnou teplotu a dýchání (Mahmud, Masuzaki Yasunaga et al. 1991). Dítě se nachází ve stavu klidné bdělosti, kdy je připraveno přijímat podněty. Matka se nachází ve stavu „primárního mateřského zaujetí“ (Winnicott 1987). Britský psychoanalytik Donald Winnicott svými pozorováními zjistil, že stav primárního mateřského zaujetí začíná u matky již koncem těhotenství a přetrvává i několik prvních týdnů po porodu. Krátce po porodu matky projevují zvláštní zájem, kdy doufají, že se na ně dítě podívá, a ve spojení s klidnou bdělostí dítěte tak může započít vzájemná komunikace a seznamování. To matce usnadní naladit se na potřeby dítěte a plnit tak svůj úkol primárního pečovatele.

Vzhledem k hormonálně podmíněným procesům odehrávajícím se bezprostředně po porodu je raný kontakt v této době důležitý z několika důvodů. Prvním je kojení – matce se dříve spustí mléko, dítě efektivněji saje, což snižuje % poporodní ztráty váhy (WHO 1988). Dalším je podporování mateřského a pečovatelského chování matky (Nissen, Lilja, Widström, Uvnäs-Moberg 1995). Hormon oxytocin, jehož vyplavování kontakt s dítětem podporuje, též tlumí úzkost a má vliv na emoční vyladění rodičky a působí jako prevence poporodního smutku. Separace matky a dítěte po porodu tedy pravděpodobně narušuje tuto hormonální rovnováhu, jejímž účelem je chránit matku a dítě (Takács, Kodyšová, Kejřová, Bartošová 2011).

Novorozenci, kteří stráví první hodiny života v kontaktu s matkou kůží na kůži, méně pláčou ve srovnání s novorozenci, kteří byli zabaleni do ručníku, či oblečeni a separováni. Zdá se, že pláč je biologicky naprogramovaná odezva na separaci, dávný mechanismus nutný k přežití dítěte (Mrowetz, Chrástilová, Antalová 2011).

Výzkumy se vesměs shodují, že ač se vztah matky k dítěti utváří již v těhotenství, je nejdůležitějším okamžikem narození dítěte a doba těsně po porodu. Za klíčovou bývá považována první hodina po porodu, někdy nazývaná jako „zlatá hodinka,“ či „senzitivní perioda,“ kdy se aktivuje biologicky podmíněné pečovatelské chování

(Kennel a Klaus 1976, či Chateau a Wiberg 1977).

## **2. Bonding jako společenský konstrukt**

Separace matky a novorozenců je specifikem 20. a 21. století a je to velký předěl v dosavadní historické praxi. Z historie víme, že k separaci docházelo i dříve, je ale rozdíl, pokud postihuje úzkou část společnosti (např. šlechtičny, od kterých se očekávalo plnění role manželky vladaře, nikoli matky), nebo jde napříč celou společností. Počátky rutinní separace matek a dětí se datují zhruba do roku 1900. V roce 1853 rodí královna Viktorie v anestezii chloroformem prince Leopolda a sufražetky se zasazují o zlepšení zdravotnické péče pro ženy a děti, což zahrnuje též úlevu od bolesti při porodu. V porodnicích se začala používat porodnická anestezie. Chloroform byl nahrazen směsí scopolaminu a morfia, jehož použití zpopularizoval gynekolog Carl Gauss (Barash et al. 2009: 22). V porodnicích tehdy rodila převážná většina žen pod nějakou formou celkové anestezie a po porodu nebyly schopné se dítěti věnovat. Používané látky negativně ovlivňovaly i novorozence, kteří měli zejména potíže s poporodní adaptací a dýcháním. Tak se zrodila novorozenecká oddělení a děti byly separovány většinou na 24 až 48 hodin. Oddělení novorozenců mělo též děti chránit před „mateřskými“ nemocemi (Anderson, Radjenovic et al. 2004).

Omezení kontaktu mezi matkou a novorozencem vedlo ke ztíženému navazování vazby mezi nimi, matky nebyly dostatečně informované o péči o kojence a docházelo k omezování kojení. Na novorozeneckých odděleních se šířily epidemie, protože děti se mohly nakazit od ošetřujícího personálu či ostatních dětí a neměly dost protilátek, které se získávají z mateřského mléka. Ve čtyřicátých letech 20. století tak vznikl v amerických nemocnicích staronový koncept rooming-in.

V té době rodilo ve Spojených státech v nemocnicích 95 % žen (rok 1948); ve Velké Británii bylo tohoto stavu dosaženo až v roce 1955, na československém území až v 60. letech (Marek 2002: 65).

Rooming-in znamenal umístění novorozence v postýlce či kočárku k matce na pokoj a

tak s ním mohla být v těsnějším kontaktu. Vedl k němu mimo jiné válečný stav, kdy nebylo dost finančních prostředků ani zdravotního personálu, který by se o separované děti staral a matka tak znovu přijala aktivní roli v péči o dítě. Dále se zlepšila epidemiologická situace u novorozenců. Tento koncept též odrážel náladu ve společnosti; válečné a poválečné změny, určitou únavu veřejnosti z technologií a zájem o ženství (Temkin 2002).

Nejedná se pouze o prostorové uspořádání, ale též změnu náhledu na roli matky. Dobová definice z Yale University říká, že *„Termín rooming-in se vztahuje na nemocniční režim, který je zaměřen na matky. Matka pečuje o novorozené dítě, se kterým je v jedné místnosti. Nicméně jeho význam přesahuje fyzické služby a znamená postoj rodičů k péči o novorozence a rámcový plán podporující rodičovské vzdělávání, který je založen na uznání a pochopení potřeb matky, dítěte a rodiny. Je to plán na zachování přirozeného vztahu matky a dítěte, posílení schopností každé matky a na podporu rodiny. Z tohoto širokého hlediska pak není třeba na rooming-in pohlížet pouze jako na konkrétní plán prostorového uspořádání, zvláštní druh zařízení nebo organizaci, ale spíše jako na integrovaný, mezioborový program odborné pomoci, která pomáhá rodičům dosáhnout šťastné rodiny a vřelého vztahu mezi rodiči a dítětem“* (Varney, H., Kriebs, J. M., Geger, C. L. 2004: 1062)

V českých zemích se v první polovině 20. století převážná většina porodů odehrávala v domácnosti za přítomnosti porodní báby. S rozvojem techniky se rozvíjelo i budování nemocnic a porodnic, zpočátku však byly porody v porodnici výsadou bohatých. Později se rozšířily mezi široké vrstvy obyvatelstva, zejména v souvislosti se znárodněním československého zdravotnictví a vznikem veřejného zdravotního pojištění v padesátých letech. Od šedesátých let se tvrdí, že u nás porody doma neexistují a porodní asistentka byla přejmenována na ženskou sestru (Marek 2002: 70).

Na našem území se rooming-in začal zavádět, nejprve experimentálně, v 70. letech. (Fendrychová et al. 2009). Praktikoval se v různé míře, někde až od druhého dne po porodu či později, někde se na noc se děti odnášely na novorozenecké oddělení s odůvodněním, aby se matka mohla vyspat. První částečný rooming-in se uskutečnil

roce 1977, úplný v roce 1981. Plošně se začíná prosazovat až koncem osmdesátých let dvacátého století a můžeme se o něm dočíst u výše zmíněných profesorů Matějčka a Langmeiera (1986).

Další obrat v porodnické péči představuje francouzský lékař Frédéric Leboyer, který ve své knize *Porod bez násilí* z roku 1974 poprvé obrací pozornost k novorozenci. V knize kritizoval zavedené porodnické postupy plné stresujících vlivů pro matku i dítě. Zasazoval se o změny, které by tyto vlivy omezily. Novorozenec dle něj vnímá svými smysly hned po narození a vnucené polohy (za nohy hlavou dolů, měření, vážení), světlo a chlad jsou pro něj velmi nepříjemné a proto pláče. Snažil se příchod na svět dětem usnadnit. Dle jeho zásad by měl porod probíhat v klidu, s trpělivým přístupem personálu a mezi důležité body patří též neoddělování novorozence od matky. Hned po porodu má být dítě položeno na břicho matky, kde jej uklidní tlukot jejího srdce. Matku a dítě nemá nikdo rušit a má se jim ponechat volná aktivita a podpořit první přísátí dítěte. Po ošetření dítěte i matky má dítě opustit porodní sál společně s matkou a samozřejmostí je rooming-in. Přítomnost matky dle Leboyera novorozence uklidňuje a navozuje u něj pocit bezpečí. Matce pomáhá navázat k dítěti citový vztah a usnadňuje kojení.

Jeho myšlenky rozvíjel Michel Odent, taktéž Francouz, porodník, který se zasloužil o další humanizaci porodnictví. Ve svém ústavu poskytoval ženám a jejich dětem služby přirozeného porodu. Žena je schopná porodit sama, pokud ji nikdo nevyrušuje a poskytuje jí pouze podporu. Porod je řízen primitivními strukturami mozku a nutnost zapojovat neokortex porod brzdí, stejně tak jako stres, který vyplavuje adrenalin, což je signál nebezpečí a porod se opět zadržává. Nejdůležitějším hormonem pro porod je oxytocin. K jeho vyplavování je nutná psychická pohoda rodičky, ke které přispívá klidné prostředí, minimum lidí kolem ní, minimum léků a zásahů do porodu. Tento hormon ovlivňuje též porod placenty, spouští laktaci a mateřské chování. Z tohoto důvodu je třeba, aby matka měla své dítě hned po porodu u sebe. Jen tak mohou všechny biologické procesy proběhnout a separace dítěte od matky představuje velmi stresovou situaci. Rooming-in je samozřejmostí (Odent 1995).

Na Západě měly tyto myšlenky mezi veřejností velký ohlas. V předrevolučním Československu umožňovala porod podle Leboyera pouze jediná porodnice. V 80. letech stala propagátorkou porodu dle Leboyera MUDr. Hana Marková, která vedla porodnici v Ostrově nad Ohří (Pařízek 2005: 281-282). Jednalo se o průkopnický přístup; jediný možný způsob porodu tehdy byl vleže na zádech, po porodu se dítě matce odebralo a vozilo pouze na kojení, ani s rodičkami se nezacházelo příliš citlivě.

Po Sametové revoluci se mění přístup k rodičkám, které si mohou porodnici vybrat. Díky moderním informačním technologiím jsou nastávajícím rodičům dostupné informace z celého světa a též české porodnice zveřejňují informace, podle nichž mohou rodičky vybírat. Jedním z orientačních bodů je titul „Baby Friendly Hospital,“ který porodnice uvádějí na svých webech či v informačních brožurách. Je to sice aktivita primárně podporující kojení, nicméně tento titul porodnice obdrží, pokud dodržuje „10 kroků k úspěšnému kojení,“ mezi které patří:

*„umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu,*

a

*„umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně (rooming-in) (Fakultní nemocnice Ostrava<sup>1</sup>)*

Na webových stránkách porodnic nechybí ani téma bondingu a raného kontaktu. Porodnice prezentují různé přístupy, postupy a zvyklosti.

Porodnice Královské Vinohrady uvádí pouze stručně, že *„Dítě, je-li v pořádku a matka si to přeje, je ihned po porodu položeno matce na břicho, nebo je matce k prsu přikládáno ihned po jeho ošetření<sup>2</sup>“*.

Jiné porodnice svá sdělení dále rozvádí, např. Fakultní nemocnice Ostrava: *„Po vybavení novorozence pokládáme děťátko na břicho matky, překryjeme zahřátou plenou nebo osuškou po dobu cca 10 min., poté dítě v těsné blízkosti rodičů v termoneutralním*

---

1 <http://www.fno.cz/organizacni-struktura/baby-friendly-hospital> (cit. 21. 2. 2016)

2 <http://www.fnkv.cz/sestinedeli-a-rizikove-tehotenstvi.php> (cit. 21. 2. 2016)



*prostředí na vyhříváném lůžku prohlédneme, abychom vyloučili závažnou patologii, kterou bychom při vyšetření na břiše rodičky mohli přehlédnout. Následně nahé miminko opět vracíme na břicho maminky, abychom podpořili kontakt kůže na kůži. Nepřejí-li si rodiče jinak, lze vážení a měření novorozence odložit do doby první koupele. Dobře se adaptující novorozenec je tak po dobu prvních 2 hodin života ponechán na porodním sále v péči rodičky a jejího doprovodu. Rodiče jsou informováni o jeho zdravotním stavu, výhodách, ale i o rizicích bondingu, protože v danou chvíli nelze spolehlivě monitorovat základní životní funkce miminka za použití přístrojů. Nepřejí-li si rodiče jinak, po uplynutí 2 hodin je realizována první koupel na novorozenecké stanici, aplikován vitamin K (nitrosvalově nebo ústy dle domluvy) a poté je miminko umístěno k matce na rooming-in.<sup>3</sup>“*

Bohužel se v porodnických statistikách nesledují údaje ani o rooming-in, ani o podpoře bondingu. Rodičky se musí spolehnout na informace dané porodnice. Zkušenosti žen ukazují (Mrowetz 2011, Slezáková 2013), že rooming-in nebývá problematický. Problémem bývá jeho začátek. Po separaci dítěte kvůli vyšetřením se někdy stává, že ženy dostanou své dítě k sobě na pokoj až po několika hodinách separace, někde dokonce až druhý den po porodu.

### **3. Rozdělení rolí v historii porodní a poporodní péče**

#### **3.1 Biomoc, autorita a vědění**

O systematizaci porodnictví se zasloužilo osvícenské 18. století. Nové formy ekonomického myšlení (kameriálistus, liberalismus) a formování kapitalismu si spolu s demografickým nárůstem evropské populace vynutily nezbytnost lepší koordinace a kontroly obyvatelstva (Tinková 2010: 28).

Podle Michela Foucaulta se zrodily dvě různé mocenské technologie související s érou

---

<sup>3</sup> <http://www.fno.cz/oddeleni-neonatologie/bonding> (cit. 21. 2. 2016)

biomoci nebo biopolitiky (Foucault 1980). Prvním konceptem je dle něj koncept disciplinární technologie těla, který se zaměřuje na tělo jako disciplinovaný stroj, jeho výcvik za účelem nárůstu poslušnosti, užitečnosti a jeho včlenění do systémů administrativní a ekonomické kontroly. Tato forma biopolitiky se zaměřuje na sérii tělo-organismus-disciplína-instituce a prosadila především na lokální úrovni a kromě škol či armády též v nově vzniklých porodnicích.

Později Michel Foucault vydává publikaci *Vůle k vědění*, ve které popsal druhý koncept technologie regulující život (Foucault 1999). Zahrnuje lidské tělo jako druh a masové účinky zaměřené na celou populaci, nikoli individuálně. Usiluje hlavně o kontrolu nahodilostí v živé mase a potřebnou regulaci na úrovni populace-biologické procesy-regulační mechanismy-stát. Lidské tělo se tak stává předmětem kontroly, poznávání a regulačních zásahů. Populace je kolektivní pojem, který pro stát znamená pracovní sílu a uplatňují se v něm jevy kolektivní povahy, které na úrovni jedince nejsou relevantní (porodnost, délka života apod.).

Biopolitika je způsob, jímž se od 18. století zkoušelo racionalizovat problémy, které státní praxi přinesly jevy spjaté s celkem živých bytostí tvořících populaci: zdraví, hygiena, natalita, délka života, rasy. Tato moc usiluje o maximalizaci potenciálu života, snaží se předcházet úrazům i nehodám. Zřizuje k tomuto účelu instituce a mechanismy. Lidské tělo by mělo být zdravé a práce schopné. Rodí se ekonomie zdraví spjatá s medikalizací, která spočívala v integraci zlepšování zdraví a služeb se zdravím do rámce ekonomického rozvoje (Tinková 2010: 30).

Moc dle Foucaulta není ničím výhradním vlastnictvím, jedná se o síť vztahů v rámci celé společnosti. Život každého jedince je od narození až do smrti včleněn do struktur dané společnosti s cílem jeho maximálního využití pro společnost. Biomoc tak integruje život do oblasti politiky a do politiky vstoupila medicína a biologie. Součástí moci je kontrola a tak získaly v moderní společnosti místo normy a normativita (Foucault 1999: 167). Biomoc vládne prostřednictvím zvnitřnění norem jedinci.

O zvnitřnění norem u každého jedince je třeba pečovat a kontrolovat je. Tuto péči o

celou společnost i o jedince označuje Foucault jako pastýřskou moc. Nárokuje si znalosti o myšlenkových pochodech a svědomí lidí a řídit je (Foucault 2003: 205). Pastýř o svěřené ovečky pečuje a zároveň je kontroluje. Forma pastýřské moci se proměňovala v čase. Od počátku smlouvy mezi jedincem a Bohem, přes její uplatňování církví a mnišskými řády ve středověku až nakonec přešla na moderní stát. Posílila se administrativa a neusiluje se již o spásu posmrtnou, ale již na tomto světě. Biomoc je moderní formou pastýřské moci.

Cílem biopolitiky je „welfare society“ - společnost zabezpečení a blahobytu. Výměnou za kontrolu je nám poskytováno bezpečí. Pro tento způsob vládnutí používá Foucault pojem governmentality (Foucault 1991). Jejím cílem je racionalita vládnutí, která zvyšuje efektivitu režimu nebo činností. Přinesla zlepšení životních podmínek a promítla regulační techniky do všech úrovní společenského života, včetně zdravotnického systému. Těhotné a rodící ženy hledají bezpečí v porodnicích, lékaři jim slibují zajištění bezpečí pro ně i pro jejich dítě, pokud se jim svěří do rukou a nechají vedení porodu na nich. V bezpečí budou, pokud budou poslušné.

Přímo na poli porodní péče popsala změny spojené s nástupem nového typu moci od 18. století ve své knize „Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě“ autorka Daniela Tinková (2010). Medikalizace porodnictví přinesla nové otázky a problémy týkající se především ženského těla. Jde o přesun narození ze sféry každodennosti a péče žen do sféry lékařského pole, kterou ovládá učená kultura, která je převážně mužská. Autonomie ženského světa byla omezena mužskou autoritou a kontrolou, která tímto přesunem zařadila těhotenství a porod z normality mezi patologické stavy.

Spolu s tím se přesunulo i vědění a kompetence. V ústavech, kde se doposud vzdělávali pouze muži, se začaly vzdělávat i porodní báby a jejich znalosti nabyté praxí přestávaly standardům takového vzdělávání stačit. Úřady začaly požadovat, aby skládaly zkoušky, což nepředstavovalo v praxi úplně snadný a krátkodobý proces. Často uměly sotva číst a psát a cestovat do školy bylo mimo jejich možnosti. Jejich umění začalo ztrácet na autonomii a jejich status tak klesal.

Postupně se stává módou zvat si k porodu porodníky – muže, hlavně ve městech u vyšších vrstev. Úkol lékařů bylo udržet lidské tělo-stroj v chodu tak, aby splnilo svůj úkol. Používali k tomu soubor znalostí a vědomostí, autoritu a odstup od subjektu své péče. Mnohým toto pojetí nevyhovovalo a i nadále preferovali zvat si porodní bábu-ženu. To též kvůli intimitě a komunitní funkci porodních bab – byly to známé osoby a provázely ženy vícero těhotenstvími a porody, poskytovaly též psychickou podporu.

V lékařském vědění hrála nezastupitelnou roli instituce porodnice. Původně budované kvůli kontrole kriminality obyvatelstva, které odkládalo či vraždilo své novorozené děti, se postupně staly vědeckými institucemi. Kromě zdravotních služeb v nich probíhala i výuka a ženy musely počítat s tím, že při péči budou vystaveny pohledům a dotekům mužů. Porodnice se tak etablovaly jako poslední útočiště v nouzi, zařízení pro padlé ženy, které neznaly stud.

V závěru knihy autorka konstatuje, že s marginalizací porodních bab a nástupem mužských expertů *„osvícenská epocha, která za pomoci vědy nastolila nový genderový řád, měla za následek určité „ideologické vyvlastnění“ ženského těla a jeho „nomotetické ovládnutí“ muži. Ženy tak na dlouhou dobu svým způsobem ztratily kontrolu nad vlastním tělem, o kterém navíc nevěděly o nic víc než dříve“* (Tinková 2010: 523).

Hierarchizací různých druhů vědění propojených s mocí přímo na poli porodnictví popsala antropoložka Brigitte Jordan, která navázala na Michela Foucaulta Zkoumala, jak se ustavuje závazná forma vědění. Její koncept autoritativního vědění (Jordan 1992) představil medicínské vědění jako dominantní. Dominantním se nestává na základě objektivně nezpochybnitelných vědeckých výsledků, ale díky tomu, že je uznává a prosazuje dominující skupina, která má přístup k moci. Současně dochází k devalvaci jiných forem vědění. To podle Jordan platí např. v případě amerických porodnic, kde jsou jednotlivé týmy uspořádány hierarchicky podle druhů vědění.

Podle Slepíčkové, Šlesingerové a Šmídové (Slepíčková, Šlesingerová, Šmídová 2012) jsou v českém porodnictví možným příkladem působení autoritativního vědění

medicínské statistiky, které počítají pouze s porody ve zdravotnických zařízeních a mimo zdravotnická zařízení a neberou v potaz možnost plánovaného porodu doma. Těto volbě tím, že ji nezviditelní ve statistické evidenci, de facto upírají legitimitu.

Rozvoj moderní medicíny, vědění, biomoci a biopolitiky doprovázela též kritika procesu „medicinizace.“ Medicinizace je termín, který používá P. Conrad (Conrad 1992: 209) k vyjádření toho, že nemedicínské problémy jsou definovány a léčeny medicínským způsobem, jako nemoci či poruchy. Stále více aspektů každodenního života se tak dostává pod kontrolu a vliv medicíny.

České porodnictví je v tomto ohledu typické; v padesátých letech 20. století se porody masově přesunuly do porodnic, z porodů se stal patologický stav a z nezávislých porodních asistentek se staly ženské sestry, podřízené lékařům. V porevolučních změnách dochází též k reformě porodní asistence, kdy je v roce 1995 zaveden studijní obor Diplomovaná porodní asistentka a v roce 2001 bakalářské studium porodní asistence na vysokých školách (Vránová 2007).

V současnosti smí porodní asistentka vést porody v nemocnicích, za spolupráce s lékaři. Pozice samostatných porodních asistentek není stále legislativně uspokojivě vyřešena.

Rozvoj medicíny má i své kritiky. Jedním z nich je Heather A. Cahill, která se otázkou medicinizace porodů zabývala ve Spojených státech. Medicínská dominance, uskutečňovaná lékaři-muži, vedla k zavedení patriarchálního modelu, který nahlíží těhotenství a porod jako patologické stavy hodné medicínských zásahů. Rodiči ženy mají jen omezené možnosti prosazování svých zájmů a rozhodnutí (Cahill 2001: 334).

Ivan Illich na základě medicinizace společnosti současnou medicínu kritizuje (Illich 1976). Lékaři a zdravotnická zařízení vyvolávají nerealistické představy o zdraví a zvyšují poptávku po medicínských zásazích. Lidé se na léčbě stávají závislí i v případech přirozených procesů a zvyšuje se riziko chyb či poškození pacienta na základě lékařských zásahů, které stoupá s postupující technologizací medicíny a její podřízeností zájmům farmaceutických firem.

Na druhou stranu nemusí být pacient pouze pasivním objektem péče lékařů. Některé nemoci či poruchy se staly předmětem medicínského zájmu na popud pacientů. Člověk trpící např. chronickým únavovým syndromem po medicínské definici svého problému přestal být označován za lenocha, ale stal se pacientem s lékařskou diagnózou.

Medicinizace vyvolává též opačný jev, a to úsilí o demedicinazi některých stavů (Conrad 1992). Vychází především od ne-lékařů. Toto lze pozorovat také v oblasti porodů, kde existují iniciativy, které usilují o to, aby na porod bylo nahlíženo jako na fyziologický proces, nikoli jako na patologický stav vyžadující lékařský dozor a intervence.

Do tohoto úsilí se v porevoluční ČR zapojila i část porodních asistentek a jejich snaha vyústila v založení Centra aktivního porodu při pražské nemocnici na Bulovce (CAP) na základě zkušeností ze zahraničí s modely péče v tzv. porodních domech. Porodní domy spojují výhody domácího prostředí se zajištěnou odbornou péčí, kterou poskytují porodní asistentky u fyziologických porodů. CAP bylo otevřené v letech 1998 – 2000 a za tu dobu se v něm narodilo 500 dětí<sup>4</sup>. Jeho cílem bylo vedení porodů porodními asistentkami, s možností lékařského zásahu v případě komplikací díky zázemí nemocnice. V případě nekomplikovaných porodů byly u porodů pouze porodní asistentky a péče byla postavena na filosofii přirozeného porodu („jako doma“), bez medicínských zásahů a bez separace novorozence od matky. Mělo poskytovat individuální a kontinuální péči v klidném, důvěru vzbuzujícím prostředí. Také prosazovalo právo matky být aktivním účastníkem porodního děje, plánovat a prosazovat své představy a chtělo též prokázat, že tato spolupráce rodiček se zdravotníky je funkční a bezpečná. CAP mělo u veřejnosti příznivé ohlasy, svou činnost ukončilo z provozních důvodů a neshodám porodních asistentek s vedením nemocnice. Zůstalo občanské hnutí, které je dnes aktivní pod názvem Obecně prospěšná společnost Porodní dům u Čápa, ve kterém některé z těchto porodních asistentek dále působí, avšak nepodařilo se mu do dnešního dne porodní dům znovu zprovoznit.

Dále jsou v ČR aktivní Hnutí za aktivní mateřství, které prosazuje iniciování změn

---

4 Porodní dům u Čápa, o.p.s <<http://www.pdcap.cz/Texty/Historie/Historie.html>> (cit. 10.3.2016)

českého porodnictví – normální porod a přátelskou porodní péči pro matku a dítě, v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky ([www.iham.cz](http://www.iham.cz)), či společnost pro zdravé rodičovství Aperio ([www.aperio.cz](http://www.aperio.cz)). Za těmito iniciativami stojí ženy – příjemkyně péče, i odborníci – porodní asistentky či právníci.

### **3.2 Ženy – příjemkyně péče**

Spolu s mocí se proměňuje též občanství. Rose a Novas (2009) popisují, že s občanskými právy 19. století vzniká politické občanství, ve 20. století sociální občanství a biomedicína, biotechnologie a genetika přináší biologické občanství (Rose a Novas 2009: 1). Zahrnuje vnímání biologické existence občanů jako jednotlivců, rodin, příbuzenství, komunity, rasy. Rozlišuje zdravá a nemocná těla a hodnotu občanů z biologického hlediska.

Biologické občanství odráží individualismus i kolektivismus. Individualismus proto, že jedinec je odpovědný za své zdraví a předávání svých zdravých genů a snaží se o uznání své identity. Kolektivismus se projevuje ve formě aktivistických uskupení, která silně oponují moci a nárokům zdravotních odborníků. Tato uskupení se vyznačují vysokou mírou informovanosti a domáhají se „práv biologického občanství“ (přístup k péči, výběr léčby apod.) a v současné době využívají ke sdružování a sdílení informací hlavně digitální média. (Rose a Novas 2009: 6). Přinášejí nové otázky a prostor pro veřejnou debatu s úřady a poskytovateli péče a nové výzvy pro demokracii.

V českém porodnictví se pozornost k ženám coby příjemkyním péče výrazněji obrací též až s nástupem demokracie. V rámci celospolečenských změn, které následovaly po revolučním roce 1989, se mění i české zdravotnictví. V rámci tržního prostředí porodnice rozšiřují své služby, což zároveň otevírá ženám možnost vybírat si péči. Socioložky Ema Hrešanová a Jaroslava Hasmanová Marhánková konceptualizovaly tyto dvě významné změny jako komercializaci porodnic a konzumerismus ze strany rodiček (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2007: 87).

Socialistické zdravotnictví se vyznačovalo centralizací, hierarchizací, byrokratickou správou a modelem léčby, ve kterém hráli roli technologie a experti (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2007: 88). V přístupu k pacientům se lékařská péče vyznačovala dehumanizací vztahu mezi lékařem a pacientem, který byl paternalistický a mocensky nevyrovnaný. S aktivním pacientem, který žádá informace o své léčbě, nebo chce dokonce nějaké zákroky odmítnout, nepočítal (Křížová 2004: 152- 153).

U mateřské a porodní péče, která byla vnímána jako jedna z priorit zdravotního systému, tomu nebylo jinak. Zdravotní péče byla poskytována dle bydliště a každá část péče během těhotenství, porodu a poporodním období byla oddělena. V porodnicích byly matky a děti separovány a návštěvníci do porodnic nesměli. K rodičkám se přistupovalo jako k nemocným a systém péče byl značně medikalizovaný. Pocity žen a jejich spokojenost s péčí byla opomíjena (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2007: 87).

Situace se mění v osmdesátých letech i díky výše popsanému systému rooming-in a upouštění od antiseptických opatření. Zatímco v západních zemích tyto změny byly zaváděny na základě tlaku klientů a občanských hnutí, v českém prostředí byli hybateli změn lékaři a zdravotníci odborníci. Dle Aleny Heitlinger (1987: 271 - 272) byl tento rozdíl důsledkem společenské situace, která značně omezovala možnost formování hnutí a prosazování změn ze strany klientů. Charakter českého porodnictví se tak mění až v porevolučním období v devadesátých letech.

Dle Hrešanové a Hasmanové Marhánkové (2007) konzumerismus počítá s aktivním pacientem, který volí mezi nabízenými službami. Lékaři se stávají poskytovateli těchto služeb, ze kterých pacient vybírá dle svého užitku. Konzumerismus souvisí s tržním prostředím, ve kterém se vytváří konkurence a nabízená zdravotnická péče se stává zbožím a zdravotnická zařízení soupeří o pacienty-zákazníky, čímž se komercializují. Přehodnocují rozsah svých služeb. Ke konzumerismu a komercializaci přispívají dle autorek dva významné faktory – nízká porodnost a rostoucí význam klientů jakožto zdroje příjmů dané instituce. Výběr porodnice je výsledkem dlouhodobého rozhodovacího procesu a žena má větší prostor ke spolurozhodování o péči, která jí



bude poskytnuta.

Rozdělení rolí v současném systému ukázala Ema Hrešanová ve své etnografické studii *Kultury dvou porodnic* (2008). Aktéři, kteří ovlivňují kulturu porodnic, jsou porodníci, porodní asistentky a rodičky. Zájmy každé strany se mohou lišit. Autoritativní vědění zdravotnických odborníků se střetává s „porodním věděním rodiček“ (Hrešanová 2008: 50). Skupina rodiček je rozmanitá a liší se svým porodním věděním, které je ovlivněno mírou konzumerismu, která souvisí s požadavky na péči a informovaností rodiček. Z autorčina výzkumu vyplynulo, že porodní vědění ovlivňuje vyjednávací pozici rodičky. V souvislosti s ním si totiž personál rodičky kategorizuje. Dělí je na „přírod'ačky,“ které spojuje vysoká míra informovanosti o těhotenství a porodu a zájem o přirozený porod a nemedikalizovaný přístup. Další skupinou jsou technokratické rodičky, které naopak mají z porodu strach, spoléhají na vědu a technologie a jsou nakloněné císařskému řezu. Poslední skupinu označuje personál jako „normální mamči“ nebo „naše maminky,“ které nekriticky důvěřují zaměstnancům porodnic. Zaměstnanci porodnic se též chovají rozdílně k rodičkám, které absolvovaly jejich kurzy předporodní přípravy a těm, které je absolvovaly nezávisle na porodnici. Styl vedení kurzů může dle autorky do určité míry připravovat rodičky na chod porodnice a usnadnit si práci.

Cílem komunikace je přimět rodičky, aby aktivně přijímaly svou podřízenou roli vůči odborníkům. Ženy ze skupiny přírod'aček jsou někdy označovány jako přemoudřelé, nikoli pejorativně, ale jako výraz toho, že přílišné studium a sebevzdělávání může být na škodu, tj. vede k odmítání medikalizace a zásahů do porodu. Zajímavý je aspekt, že někteří zdravotníci účastníci se výzkumu mají za to, že rodičky takové požadavky nevymýšlejí samy, ale někdo jim je sepíše nebo poradí. Nicméně kvůli těmto požadavkům, které jsou často v rozporu se zavedenou praxí v dané porodnici, nastává nutnost vyjednávání mezi rodičkami a personálem.

Kromě rodiček a personálu existuje i spor o pozice porodníků a porodních asistentek. Jde v něm o odpovědnost za poskytování péče. Největší odpovědnost i pravomoci mají porodníci, i když nejvíc času stráví poskytováním péče a kontaktu s rodičkou porodní asistentky (Hrešanová 2008: 151).

Toto nové rozdělení rolí se odráží v jednání jednotlivých aktérů a jejich rozpoložení. Dle odborného pojednání o psychologii porodu českých psychologek E. Kodyšové a M. Mrowetz (2010) se žena potřebuje cítit na místě porodu v bezpečí, aby mohly všechny porodní procesy proběhnout tak, jak mají. K pocitu bezpečí přispívá též pocit, že je žena v porodnici zdravotníky respektována. Bohužel je v České republice stále více upřednostňována rutina zdravotnických postupů před potřebami matek a novorozenců, přitom kvalita porodního zážitku sahá dále než k fyziologickým procesům. Kroky ke „zlidštění porodnictví,“ byly dle autorek již učiněny, ovšem celá záležitost je komplexnější problém. Zdravotníci popisují „zhoršení vztahů“ mezi rodičkou a porodníkem, rodička lékařům často nevěří, což je zase stresuje a za takové situace se vzájemná komunikace mezi nimi jen zhoršuje a vzájemné pochopení činí i nemožným. Obě strany to frustruje a zdravotníci přistupují k porodu se zvýšenou mírou úzkosti. Situaci také vyhrcojuje současný mediální obraz porodů jako nebezpečné a patologické záležitosti.

Přímo na rodičky a jejich potřeby byl zaměřený též průzkum provedený v českých porodnicích v roce 2011 o psychosociálním klimatu porodnic (Takács, Kodyšová, Kejřová, Bartošová, 2011). V něm se jako jeden z důležitých faktorů, které ovlivňují emoční pohodu rodičky, objevil časný kontakt s dítětem.

Tento výzkum odhalil čtyři základní hlediska, která tvoří psychosociální klima porodnice:

- 1) Vztahové hledisko – jde o přístup zdravotníků k rodičkám. Pro ženy je důležité, aby jim zdravotníci poskytli psychickou podporu, byli ochotní pomoci, chovali se k ní ohleduplně, respektovali jejich soukromí a stud, poskytovali jim dostatek informací a brali je jako rovnocenné partnery a nezaujímalí k nim nadřazenou roli. Ve výpovědích respondentek se často objevovaly stesky na nezdvořilé a necitlivé chování zdravotníků, někdy vnímané i jako ponižující. Naopak pozitivně působilo i hřejivé slovo či pochvala. Související výzkum o spokojenosti rodiček (Takács, Kodyšová 2011) odhalil přístup zdravotníků jako nejdůležitější kritérium spokojenosti rodiček s péčí.

- 2) Hodnotové hledisko – týká se hodnot a přesvědčení panujících a uplatňovaných zdravotníky při péči o rodičku a dítě. Důležitý je pro ženy podíl na rozhodování, respektování jejích potřeb, podpora kojení a podpora raného kontaktu matky a dítěte. Zde vyšlo najevo, že pokud má matka své dítě po porodu bez přerušování u sebe, ustupují ostatní faktory, které formují klima porodnice, zcela do pozadí. Většina respondentek tohoto výzkumu děti bezprostředně po porodu u sebe neměla, ale až na výjimky nevívaly radu zdravotníků, aby si po porodu odpočinuly, pozitivně, a o kontakt s dítětem stály.
- 3) Systémové hledisko – souvisí s orientací rodiček v porodnici a porozumění jejím pravidlům a kompetencím zdravotníků. Ženy potřebují a pozitivně hodnotí, pokud je s nimi jednáno jako s rovnocenným partnerem a tato pravidla jsou jim přizpůsobována. Zazněly stížnosti na to, že se informace, které porodnice předem prezentovala, se pak neshodovaly s realitou. Rodičky si pak nemohly např. vybrat volbu polohy při porodu, nebo s nimi nemohl být u porodu partner. Velmi stresující taky pro ženy byl pocit, že zdravotníci určují pravidla s ohledem na své pohodlí a ony se musí pouze přizpůsobovat.
- 4) Ekologicko-architektonické hledisko – uspořádání a vybavení prostor porodnice. Důležitá pro respondentky byla čistota, domácí vzezření porodních pokojů, strava a prostory na oddělení šestinedělí.

Součástí porodního vědění žen je i možnost volby porodu doma. Je to menšinová volba, která není státním zdravotnickým systémem podporována. O ženu a dítě se stará porodní asistentka, kterou si žena zvolí, a do jejích kompetencí spadá, dle legislativy Evropské unie, také samostatné vedení porodu (Směrnice EU č. 80/155 EEC a č. 80/154 EEC). Podle odborného názoru právničky Adély Hořejší, která zpracovala analýzu pro pracovní skupinu Porodnictví při Ministerstvu zdravotnictví, bohužel Česká republika plně nepřizpůsobila své právní předpisy požadavkům EU, a tak je v současné době právní postavení porodních asistentek nejisté a nemohou vykonávat své povolání v plném rozsahu svých kompetencí. Pro samostatnou práci jim česká legislativa klade

nesplnitelné podmínky. Za asistenci ženám u domácího porodu hrozí porodním asistentkám vysoká pokuta a tak se rodičky a porodní asistentky uchylují k různým praktikám, jimiž se snaží nařízení obcházet. Ačkoli neexistuje žádný zákon, který by porody v domácím prostředí zakazoval, je tak ženám upírána možnost na svobodnou volbu místa porodu (Hořejší 2012).

Michaela Mrowetz provedla v roce 2011 výzkum, který ukázal, že nejsilnějším motivem žen, které se rozhodly родit doma, byl nepřerušovaný kontakt s dítětem. Tyto ženy naplánovaly porod mimo zdravotnické zařízení proto, že v domácím prostředí je možnost, že dítě zdravotník oddělí od matky kvůli rutinním vyšetřením minimální. Separace od dítěte je dle autorky výzkumu jedním z faktorů, který může vést k rozvoji poporodního traumatu. Vícerodičky vedla k porodům doma prožitek separace při předcházejícím porodu v porodnici, prvorodičky obava z tohoto traumatu.

Kromě pobytu v příjemném domácím prostředí, který je významnou motivací pro porod doma, byly dalšími faktory, které výzkum přinesl, zajištění individuálního tempa porodu a respektování potřeb ženy (svoboda pohybu, křik, atd.) i dítěte (odložení přestřižení pupeční šňůry). Ženy se též chtěly vyhnout rutinním zásahům do porodu (protržení vaku blan, nástřih) a chtěly mít kontrolu nad porodním procesem. To činí volbu porodu mimo zdravotnické zařízení „negativní volbou,“ (Mrowetz 2011) tj. tyto ženy by se pro porod doma nerozhodly, pokud by jejich potřeby v porodnici byly naplněny.

Pokud shrneme rozdělení rolí a moci v současné české porodní péči, tak celkově vidí Slepíčková, Šlesingerová a Šmídová (2012) současnou reprodukční zdravotní péči v ČR z hlediska moci a rozdělení rolí jako „vysoce normativní, odrážející dominantní společenské hodnoty a uspořádání, které zároveň reprodukuje a ovlivňuje“ (Slepíčková, Šlesingerová, Šmídová 2012: 86). Prostřednictvím lékařské dominance nad vedením porodu určuje, jak se má chovat odpovědná matka a autoritativní pozice lékařské péče je ještě zvýrazněna genderově ve vztahu lékař – genericky muž a pacientka – žena. Dále proti sobě stojí práce lékařů, která je expertní a autoritativní a zkušenostní, a ženská praxe porodních asistentek, která je pečující. Nepočítá však s alternativními přístupy k porodu a porody v domácím prostředí se samostatnými porodními asistentkami a

přenáší odpovědnost za porod na expertní systém. Nepracuje s postoji a hodnocením akterek - klientek a veškeré změny hodnotí z hlediska toho, zda nezmění porodnické statistiky (české porodnictví se honosí nízkou novorozeneckou úmrtností).

Zdá se tedy, že v průběhu času se role žen coby příjemkyň porodní a poporodní péče proměňuje. Před rokem 1989 se podrobovaly zdravotní péči, o které mohly přamálo rozhodovat jak za sebe, tak za své dítě. Po Sametové revoluci se ženy postupně začaly na podílet na rozhodování o péči a ukazuje se, že péče o jejich dítě je pro ně neméně důležitá. Záleží jim na mimo jiné na tom, aby od svého dítěte nebyly separovány. Tyto proměny však naráží na vědění porodníků a zažitý režim porodní a poporodní péče, který se proměňuje jiným tempem či směrem; ženy se mohou rozhodovat jen v rámci toho, co jim systém nabízí.

## II. METODOLOGIE

### 4. Výzkumný problém

Cílem této práce je analýza diskurzu, který se týká bondingu a jeho podpory, zejména formou raného kontaktu matky a novorozence. Zaměřuje se na srovnání historicky důležitých období - kolem roku 1980, kdy se u nás zaváděl rooming-in, období fungování Centra aktivního porodu (1998 - 2000) a současného stavu (2011 - 2016).

Analýza se tak snaží zachytit, jak se debata o podpoře bondingu v ČR vyvíjela od 80. let do současnosti. Zejména jak se proměňovali účastníci diskurzu, tedy v první části kdo stál u změny zavedených postupů v porodnicích v osmdesátých letech. Období vzniku a fungování CAP bylo zvoleno z důvodu, že reprezentovalo porodnickou alternativu, aktivní v něm byly znovu ustavené porodní asistentky a ženy jako příjemkyně péče si ho mohly zvolit. Posledním sledovaným obdobím je současný stav. Dále je analyzováno, jakou roli v diskurzu hrály ženy jako příjemkyně péče, což souvisí zejména s proměnami po roce 1989. Předtím nebylo obvyklé, aby rodičky měly slovo při vyjadřování vlastních představ o porodu (viz Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2007 a Křížová 2004), zatímco dnes, v demokratické společnosti a na základě svobodného přístupu k informacím lze předpokládat, že mohou být emancipovanější a samy se snažit o podíl na rozhodování o péči, která se jich týká.

#### 4.1 Charakteristika diskurzu

Pojem diskurz označuje užití jazyka při mluvě a v psaném textu a obecně lze říci, že jde o mluvený nebo psaný text. Diskurz naznačuje vztah mezi určitou situací a událostí, institucemi, sociální strukturou a aktéry.

Ve společenských vědách se rozšířilo používání tohoto pojmu díky různým teoriím diskurzu, zejména teorii francouzského filosofa Michela Foucaulta, který zkoumal

strukturu vědění v dějinách. Jeho pojetí diskurzu se v jeho dílech postupně vyvíjelo, od zkoumání struktury diskurzu archeologickou metodou ve svém díle *Archeologie vědění* (1961, česky 2002), po zkoumání mocenských vztahů genealogickou metodou (*Řád diskurzu*, 1971, česky 1994). Neomezovalo se tedy pouze na pouhý text nebo mluvu, ale též na jeho mocenskou a sociální podmíněnost. Foucault diskurz definoval jako způsob chápání skutečnosti v určité kultuře či vědeckém oboru a proces, který již předem formuje dialog a používání argumentů. Je to soubor sociálních praktik, který je vytvářen svými subjekty, o nichž diskurz pak také vypovídá. Dívá se na diskurz jako na jeho obsah a zároveň na podmínky, které ovlivňují vytváření a prezentace tohoto obsahu. Toto se odvíjí podle vztahů, které se ustavují „*mezi institucemi, ekonomickými a společenskými procesy, formami chování, systémy norem, technikami, typy klasifikace a způsoby charakterizace.*“ (Foucault 2002a: 72).

Pro Foucaulta má diskurz hegemonický charakter, je prostředkem moci při formování vědění. Diskurz hraje roli v uznání vědění a mocenských vztazích. V dané společnosti existuje dominantní diskurz, který produkuje normy. Stručně můžeme říci, že diskurz jsou podmínky a pravidla vytváření pravdy. Diskurz jednak pomáhá udržovat sociální status quo, ale zároveň může přispívat ke změně. Proto jsou na něj navázány otázky moci. Ke změně přispívá přítomnost alternativních diskurzů, které usilují o změnu norem a pravidel a narušují mocenské vztahy (Foucault 1994).

Kromě Michela Foucaulta se zabývali diskurzem i jiní, např. Norman Fairclough, který vidí diskurz jako jazyk odrážející řád ve společnosti a utvářející společnost. Jiné pohledy na diskurz najdeme u N. Chomskyho či dalších.

Pohled na určitý fenomén se může lišit dle jednotlivých účastníků diskuse, jejich mocenské pozici a jejich záměrů. Výše uvedené lze zkoumat pomocí analýzy diskurzu.

## **4.2. Rámcová analýza diskurzu**

K takovému zkoumání je vhodným přístupem rámcová analýza, která nezkoumá jen

obsah sdělení, ale též principy, jakými účastníci debaty udržují či mění své mocenské pozice a jak jednotlivé pojmy rámuji, tj. zasazují do existujícího kontextu.

Pojem rámcová analýza zavedl americký sociolog Erving Goffman. Rámcováním se zabýval jako „*procesem, kterým společnosti reprodukuje významy*“ (Goffman 1974). Každý z nás si vytváří svůj náhled na svět a podle něj definuje danou situaci a přisuzuje věcem význam. Souvisí to s naší úlohou v dané situaci a společenským uspořádáním. Studium rámcování znamená studium reprezentací a významu. V procesu rámcování se nejprve budují rámce a poté se nastolují; celé to má též nějaké důsledky. Ve svém díle *Frame Analysis* z roku 1974 Goffman tvrdí, že kultury vytvářejí primární rámce, které se dělí na dva typy – Přirozené, které zasazují pojmy do kontextu a pramení z přirozené zkušenosti a neobsahují žádné pozitivní ani negativní sankce. Nejsou předem dány a nejsou ovlivněny danými platnými výklady. Druhým typem jsou sociální rámce, které pramení z vědomého úsilí a inteligence. Rámce jsou dynamické a mohou se překrývat. Oba typy rámců dle Goffmana vytváří kontinuální systematizaci, kdy jsou na jedné straně rámce definovány vysoce organizovanými pravidly a na druhé straně jsou samy těžko uchopitelné. Jejich systematizace však umožňuje jejich uživatelům lokalizovat, identifikovat a označovat zdánlivě nekonečný počet událostí definovaných primárními rámci, které si zvolili.

Na základech Goffmanovy teorie se rozvinulo několik dalších pojetí rámců a jejich analýzy. Teun van Dijk a Paolo Donati vnímají rámce na hlubší kognitivní úrovni, nad kterou jedinci, hnutí či instituce mají jen velmi malou přímou moc. Lidé využívají dva typy rámců – diskurzivní strukturální rámce, prostřednictvím kterých organizují témata v diskusi; a rámce na vyšší úrovni, které lidé používají, aby dali smysl informacím, se kterými se v životě střetávají (Fisher, 1997). Každou novou zkušenost či informaci si lidé zařadí do již existujícího rámce a zároveň informace vnímají tak, aby do tohoto rámce zapadly.

David Snow a Robert Benford využili Goffmanovu práci pro porozumění dynamice sociálních hnutí a sepsali studii o faktorech, které se podílejí na úspěchu či neúspěchu sociálních hnutí (Benford, Snow 2009). Rámce definují jako proces, který používají



obyčejní lidé k pochopení veřejných záležitostí. Jedinec může své rámování dobře ovládat a rámce tak mohou způsobit změnu hodnot a víry v rámci určité ideologie. Tohoto využívají tvůrci sdělení ve veřejném prostoru. Zprávy v médiích tedy rámuji tak, aby je příjemce chápal pokud možno tak, jak si jejich autoři přejí.

Neexistuje jedna univerzální teorie rámcování. Každý autor ji využívá dle toho, na co se ve své analýze zaměřuje a dle druhu analyzovaných materiálů. V médiích se pokusil zakotvit rámcovou analýzu Robert M. Entman, ve svém článku Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm (1993). Rámcování obecně definoval takto: „*Framing ve své podstatě zahrnuje výběr a významnost. Rámcovat znamená vybrat některé aspekty vnímané reality a učinit je ve sdělovaném textu významnějšími takovým způsobem, aby se podpořila určitá definice problému, interpretace příčiny, morální hodnocení a/nebo doporučení řešení pro popisovanou záležitost.*“ (Entman 1993: 52). Entmanovu definici využívá i tato práce k analýze textů z médií.

Podle Entmana rámce definují problémy a příčiny, stanovují morální soudy a navrhnou řešení. V procesu komunikace mají rámce čtyři důležité fáze (objekty), kterými jsou (Entman 1993: 52):

- 1) komunikátor
- 2) text
- 3) příjemce
- 4) kultura

Komunikátoři v momentě, kdy se rozhodnou něco sdělit, vytvářejí rámce, ať vědomě či nevědomě, které pak obsahuje text. V textu se rámce projevují přítomností či nepřítomností určitých klíčových slov, frází, stereotypních obrázků, zdrojů informací apod. Důležité je, jak je bude vnímat příjemce, jehož závěry však nemusí odrážet rámce v textu, ani úmysl komunikátora. Kultura slouží jako „zásobárna“ známých rámců.

Sám Entman použil rámcovou analýzu ve své studii mediálních zpráv o incidentech z

konce studené války (Entman 1991). Ukázal, že rámce jsou aplikovány ve dvou rovinách; jednou je charakteristika zpráv a druhou mentální procesy zpracování zpráv. Charakteristické pro zprávy byly rámce vytvořené z klíčových slov, metafor, konceptů, obrazů apod., které byly vybrány a zdůrazňovány, zatímco jiné naopak potlačovány. Tím, že se ve zprávách opakují, se stávají důležitými, zatímco opomíjené neviditelnými. Jejich opakování také působí, že se rámce stanou srozumitelnými a zapamatovatelnými a podpoří zamýšlenou interpretaci významu.

Tato práce se ve své analýze zaměřuje na komunikátory, tj. kteří aktéři se účastní diskurzu o bondingu a jeho podpoře, a jaké rámce pro svá sdělení vytvářejí. Dále na to, jakou formou jsou rámce přítomné ve sděleních, tj. na text, a zda a jak se liší dle dvou skupin příjemců – poskytovatelů péče a příjemců péče.

Zkoumání diskurzivního rámcování je u poskytovatelů péče důležité z toho důvodu, že diskurz ovlivňuje i instituce. Z pohledu diskurzivního institucionalismu (Schmidt 2010) se instituce proměňují na základě vnitřních procesů, dle vlastních preferencí nebo kulturního rámce. Dynamika změn souvisí s idejemi a diskurzivními interakcemi, přičemž je zdůrazňován vliv komunikace, skupinových akcí a kolektivní paměti na přijímání změn. Změna diskurzu o podobě kontaktu matky a dítěte po porodu tedy ovlivňuje i podobu porodnic a péči v nich poskytovanou.

## **5. Základní výzkumné otázky**

První součástí výzkumu je zaměření na komunikátory. Analýza sleduje, kdo se v každém sledovaném období účastnil diskurzu o podpoře bondingu. Hlavní aktéři v diskurzu budou identifikováni s přihlédnutím k jejich specializaci a zájmům, čímž se ukáže, jaké disciplíny měly v každém období dominantní postavení v rámcování diskurzu.

Výzkum se věnuje se též otázce, jak daný komunikátor konstruoval roli ženy – příjemkyně péče, případně jaké další role ve svých sděleních pojmenovává a jak je

konstruuje (např. další účastníci porodní a poporodní péče - novorozenec, lékaři, zdravotní sestry...).

Dále se analýza zaměřila na to jak vybraná média rámcovala téma bondingu, potažmo kontaktu matky s novorozencem ve zvolených obdobích. Obecné otázky byly vybrány dle výše uvedené Entmanovy studie:

1. Jak bylo ve zvolených textech rámcováno téma bondingu? Které aspekty byly zdůrazňovány a které potlačovány?
2. Lišilo se toto rámcování dle zamýšlených příjemců sdělení?
3. Lišilo se rámcování podle komunikátora?
4. Liší se obsah rámců dle sledovaného období?

## **6. Výběr vzorku pro analýzu**

Z každého sledovaného období byla vybrána skupina textů pro analýzu. V prvním sledovaném období byly sledovány otázky související s kojením a se systémem rooming-in, jelikož ten zahrnuje i téma kontaktu matky a novorozence po porodu. Termín bonding tehdy nebyl používán.

Pro druhé zkoumané období byla vybírána sdělení týkající se také systému rooming-in, kojení, přirozeného porodu, porodnických alternativ a Centra aktivního porodu, v něž vyústily, a v neposlední řadě domácích porodů. V té době, též v rámci porodnických alternativ, se diskutuje o domácích porodech, jejichž volba dle pozdějšího výzkumu M. Mrowetz (2011), zmiňovaného v kapitole 3.2., souvisí s možností raného kontaktu matky s novorozencem.

V současných veřejných sdělení se termín bonding již objevuje, proto byly vybrány texty související přímo s bondingem. Protože cílem této práce nebyla srovnávací mediální analýza, nevybíral se obsah účelově z konkrétních deníků či časopisů. Ani by to nebylo možné, protože téma bondingu není široce popisované, obecné téma zajímavé

pro širokou veřejnost. Výběr se zaměřoval na to, aby byly pokryté především dvě oblasti, a ty se týkaly příjemce sdělení. Cílem bylo zastoupit texty, které byly určeny pro odborníky – poskytovatele péče, a texty pro laiky – příjemce péče.

Postup výběru byl vyhledat odborná periodika pro poskytovatele péče – gynekology a porodníky, pediatry, zdravotní sestry a porodní asistentky. Poté následoval výběr mediálních sdělení pro rodiče.

Prvním sledovaným obdobím bylo zavádění systému rooming-in na našem území. Výchozím bodem byl rok 1977, kdy se uskutečnil první částečný rooming-in (viz kapitola 2). Metoda výběru zde byla ovlivněna především dostupností materiálů k analýze. V první fázi se proto jednalo o „totální výběr“ (Hendl 2005: 151), kdy se shromáždily veškeré dostupné materiály, které se týkaly poporodní péče o matku a novorozence a rooming-in. V archivech knihoven byly vyhledány dostupné publikace pro veřejnost a v katalogu Medvik periodika České lékařské knihovny pro odborníky pečující o ženu a novorozence po porodu.

Pro budoucí rodiče tehdy nevycházely tématické časopisy. K dispozici byla kniha Naše Dítě (Klímová-Fügnerová 1971), o něco později byla vydána populárně naučná publikace Počátky našeho duševního života (Langmeier, Matějček 1986). Kniha Naše dítě se problematikou raného kontaktu vůbec nezabývala, z publikace Počátky našeho duševního života byla vybrána 1 kapitola k analýze.

Z médií pro odborníky tehdy vycházel odborný časopis České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, Československá gynekologie, který se věnoval i poporodní péči. V archivu lékařské knihovny Masarykovy nemocnice V Ústí nad Labem jsou k dispozici všechna vydání časopisu Československá gynekologie za dobu jeho existence. První zmínkou o systému rooming-in byl však až rok 1982, kdy se na něj odkazovalo však pouze v kontextu prevence nosokomálních nákaz novorozenců. V následujícím roce se toto téma rozvinulo šířeji a je zmíněno téměř v každém čísle Československé gynekologie ročníku 1983. Vlna zájmu dohasíná v roce 1984. V tomto periodiku bylo nakonec nalezeno 13 textů vhodných pro analýzu.

Porodní asistentky v dané době pracovaly na pozici ženské sestry a žádný odborný časopis pro ně nebyl k dispozici. Vycházel obecný časopis pro zdravotní sestry a ošetřovatelky s názvem Zdravotnická pracovnice. Ve sledovaném období byl problematice věnován jeden článek.

Jelikož o novorozence pečují i pediatři, byl prostudován archiv též časopisu Česko-slovenská pediatrie. V něm však nebyly nalezeny materiály se sledovaným obsahem.

Pro druhé zkoumané období (1998 – 2000) byl opět použit postup vyhledávání v knihovnických fondech a on-line katalogu Medvik. Pro zdravotnické odborníky vycházel časopis Česká gynekologie, pokračovatel periodika Československá gynekologie. V Severočeské vědecké knihovně v Ústí nad Labem byly z archivu vypůjčeny ročníky 1998 – 2001. V žádném výtisku se však neobjevila zmínka o kontaktu matky a novorozence, rooming-in, bondingu či Centru aktivního porodu.

Dalším periodikem byl Gynekolog, recenzovaný časopis, vydávaný od roku 1996 společností Medexart, s. r. o. Ani v jeho obsahu se ve sledovaném období nevyskytly články týkající se zkoumaného tématu, a to ani v člancích, které se zabývaly porody doma či jinými alternativami.

Nakladatelství Levret vydávalo odborné periodikum Moderní gynekologie a porodnictví. Objevily se v nich články na téma Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví (3/1999) či o alternativních přístupech k porodu (1/2000), nikde však nebyl raný kontakt matky a dítěte zmiňován.

Stále vycházel časopis Česko-slovenská pediatrie, u kterého se však opakovala situace z předcházejícího období a žádné odkazy o raném kontaktu matky s novorozencem nebyly nalezeny.

Pokračovatelem periodika Zdravotnická pracovnice byl časopis Sestra. V roce 2000 v nich bylo opakovaně probíráno téma domácích porodů (3/2000 a 5/2000), v obou případech však bez zařazení tématu o kontaktu.

Specializované odborné časopisy pro porodní asistentky začaly vycházet až v roce 2003 (Moderní babictví) a 2010 (Ošetřovatelství a porodní asistence).

V dobových časopisech pro odborníky tedy nebyly nalezeny žádné materiály k analýze. Pro jistotu byl prohlédnut celý archiv časopisu Česká gynekologie, jakožto nejstaršího existujícího periodika, zda se problematika raného kontaktu matky a dítěte nediskutovala v nějakém jiném časovém období, avšak v obsahu jednotlivých vydání časopisu se nepodařilo nalézt příspěvky k tématu.

Pro rodiče byly k dispozici tištěné časopisy, vhodné texty k analýze (2) byly nalezeny v časopise Děti a my, který vydávalo nakladatelství Portál, s. r. o. Vycházely též časopisy Betyňka (od r. 2000, nakladatelství Mladá Fronta, a. s.) a Rodiče (vydává Kapitál, a. s.). O raném kontaktu, rooming-in či bondingu však jejich texty ve sledované době nepojednávaly.

Začala existovat i internetová média. Pro veřejnost byl v roce 1999 založen portál rodina.cz, který mimo jiné sleduje trendy v porodnictví a snaží se dávat prostor různým náhledům na danou problematiku. Pro analýzu bylo použito pět vydaných článků.

V souladu s trendem konzumerismu, zmiňovaném v teoretické části práce (Hřešanová, 2008) vydávají porodnice informační brožurky a letáky pro nastávající rodiče s výčtem poskytovaných služeb. Kontakt matky a novorozence byl součástí prezentované nabídky služeb dvou porodnic: Brno – Polní a Vrchlabí a obě sdělení byla využita k analýze.

Pro analýzu současného stavu byla vybírána mediální sdělení za posledních 5 let, která byla publikována v českých médiích – tištěných či internetových.

Sdělení pro odborníky pocházejí ze Zdravotnických novin, vydávaných Mladou frontou, a. s. (1 text), 1 text pochází z časopisu pro psychosomatickou a psychotherapeutickou medicínu Psychosom, založený Psychiatrickou společností ČSL JEP. Dalším oborem, kde je kontakt matky a dítěte v porodnici diskutován, je psychologie, v odborném periodiku Psychologie pro praxi, vydávané vydavatelstvím

Karolinum (1 článek z 3-4/2011) a v elektronickém odborném časopisu Českomoravské psychologické společnosti E-psychologie (1 článek z 1/2011). Poprvé se tematika bondingu objevuje v oblasti pediatrie, v odborném periodiku Pediatrie pro Praxi, distribuovaným společností Solen, s. r. o. (1 článek).

Pro gynekology a porodníky je tematika diskutována v periodiku Praktická gynekologie, vydávaným společností Medica Healthworld (1 článek z 2/2015), dále v časopisu Česká gynekologie (3 články z 3/2011, 1/2012 a Supplementum 2013)

Z médií pro veřejnost byl použit článek z časopisu Maminka, který vydává Mladá Fronta, a. s. a jeden též z novin Blesk vydávaný skupinou Ringier.

Z porodnic zmiňuje nabídku bondingu porodnice Valašské Meziříčí, Pardubice, fakultní nemocnice Ostrava, Havířov, Mělník a Neratovice. Tyto porodnice umístily své prezentace na internetové stránky města, kraje nebo do regionálních novin.

Celkem bylo analyzováno 42 článků – 15 textů z prvního období, 9 textů z období 1998 – 2000 a 18 textů ze současnosti.

# III. ČÁST EMPIRICKÁ

## 7. Analytické postupy

### 7.1. Identifikace komunikátorů a příjemců sdělení

Již fáze výběru textů zahrnovala jejich první orientační čtení, při kterém byli označováni jednotliví aktéři - komunikátoři a zamýšlení příjemci sdělení. Vznikla tak přehledová tabulka, která ukázala rozložení komunikátorů a příjemců sdělení dle jednotlivých sledovaných období.

#### 7.1.1. První sledované období

V začátcích zavádění systému rooming-in bylo toto téma diskutováno téměř výhradně mezi odborníky – poskytovateli péče. Jednalo se převážně o debatu mezi gynekology a porodníky a dětskými lékaři – na půdě jejich odborného periodika. V podstatě to kopíruje rozložení nemocniční péče, která platila tehdy a dodnes se nezměnila. Jedná se o systém, kdy se o ženu starají gynekologové-porodníci, zatímco novorozenec spadá pod péči neonatologického oddělení.

K tématu diskutovali lékaři z různých oddělení a nemocnic. Opakovaně však vystupuje jméno Doc. MUDr. Danuše Šráčkové, CSc, pediatričky, která ze sledovaného období publikovala pět článků (texty č. 1, 4, 5, 11, 14). Její texty jsou výrazně podpůrné pro zavádění systému rooming-in a kromě přibližování tohoto systému kolegům a jeho propagace, také na ostatní zdravotníky výrazně apeluje, aby usilovali o jeho zavedení:

*„Rooming-in – problematika zdravotníků?“*

*Relativně pomalý rozvoj systému rooming-in (dále sy RI) nutí k zamyšlení, co brání jeho rychlejšímu a širšímu uplatnění. Původně jsme se domnívali, že jeho úspěšná realizace*



*bude závislá především na pochopení matek, ukázalo se však, že matky nekladou prakticky žádné překážky (...) Nutno přiznat, že překážky v zavádění sy RI stran zdravotnického personálu jsou závažnější, i když je to paradoxní, neboť právě zdravotnický personál by měl největším propagátorem této metody.“ (text č. 11).*

*„Potíže se zavedením rooming in ze strany zdravotnického personálu jsou nejzávažnější, i když je to paradoxní, neboť právě zdravotnický personál by měl být největším propagátorem této metody.“ (Text č. 1).*

D. Šráčková předala poté výstupy těchto debat zdravotním sestřám pečující o matky a novorozence (text č. 17).

Pro veřejnost byla určena kniha profesorů Matějčka a Langmeiera, ve které je jedna z kapitol věnována teorii bondingu a významu kontaktu matky s novorozencem. Je to ale charakterem populárně naučná literatura, nikoli praktická příručka pro rodiče. Naopak jediná praktická příručka pro rodiče dostupná v dané době, kniha Naše dítě, se problematice kontaktu nevěnuje vůbec.

### **7.1.2 Druhé sledované období**

Mezi lety 1998 – 2000 mezi komunikátory stále dominují zdravotníci, tedy poskytovatelé péče. Převážně se jedná o dětské lékaře, nebo o porodnici jako celek, která nabízí své služby. Objevují se též porodní asistentky. Ke změně dochází v kategorii zamýšlených příjemců sdělení, které se v této době zaměřují na veřejnost, čili příjemce péče.

V analyzovaných materiálech se nevyskytovala žádná sdělení, která by problematiku podpory bondingu diskutovala mezi poskytovateli péče.

Tvůrci mediálních sdělení z řad odborníků se zaměřují na příjemce péče. V médiích určených pro veřejnost dominuje dětská lékařka MUDr. Anna Mydlilová z Národního laktačního centra pražské Thomayerovy nemocnice. Napsala několik osvětových článků

(texty č. 19, 20 a 21) k podpoře kojení, k čemuž je kontakt matky s novorozencem hned od narození velice důležitý:

- *„S kojením by se mělo začít co nejdříve po porodu, nejlépe do 30 minut, přiložením dítěte ještě na porodním sále.*
- *Dítě by mělo zůstat s matkou na porodním sále s výjimkou speciálních situací.*
- *Podporovat kojení podle potřeby dítěte bez omezování délky a frekvence, nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu.“ (Text č. 19).*

Největší platformou, která šířila články obsahující zkoumanou problematiku, byl internetový portál rodina.cz, „každodeník o dětech a rodičích“ ([www.rodina.cz](http://www.rodina.cz)), který publikoval texty č. 16 - 24.

### **7.1.3 Současnost**

Mediální sdělení z posledních pěti let (tj. od roku 2011) podávají fenomén bondingu a kontaktu matky a novorozence stále jako odborný problém. Porodnice, lékaři, či nově psychologové ho popisují potenciálním příjemcům péče, novináři píšící do novin či časopisů pro veřejnost dávají ve svých článcích prostor k vyjádření psychologům či lékařům.

Projednávání tématu mezi odborníky se objevuje též. Nově se objevují psychologové, kteří téma překládají zdravotníkům, kteří pečují o ženy a novorozence.

Z lékařů se diskurzu o podpoře bondingu nejčastěji účastnila dětská lékařka MUDr. Marcela Peremská, působící v teplické nemocnici. V několika článcích vystupuje jako zastánce kontaktu matky s novorozencem a její sdělení jsou určena kolegům, kteří pečují o ženy a novorozence (texty č. 27, 28, 33). Můžeme vidět opakovaný vzorec, určitou paralelu ke sdělením D. Šráčkové z doby, kdy se zaváděl rooming-in, protože i

M. Peremská se zabývá praktickými doporučeními a opatřeními pro poskytovatele péče, aby se podpora bondingu mohla rozvíjet. Připomeňme, že je spoluautorkou „Deseti kroků k podpoře bondingu,“ popisovaných v teoretické části této práce.

Z psychologů se opakovaně objevuje jméno Mgr. Michaely Mrowetz, ostravské klinické psychologičky. Ve spolupráci s M. Peremskou, E. Kodyšovou nebo samostatně je autorkou několika analyzovaných sdělení určených poskytovatelům péče (texty č. 25, 26, 27, 42). Z psychologického hlediska rozebírá jeho výhody nejen pro matku a dítě, ale bere v úvahu též zdravotnický personál a předesílá výhody, především psychologické, které jim zorganizování podpory bondingu na pracovišti přinese:

*„Výhodou podpory raného kontaktu je i psychická pohoda personálu. Pokud personál ihned po porodu přejímá novorozence do svých rukou a snaží se během krátké doby provést veškeré úkony ošetrovatelské a administrativní péče, může se dostat do stresových situací. Ve stresu je i větší riziko chyb. Upřednostňování rutinních postupů, administrativních úkonů a hygienických neefektivních zlovyků před psychologickými vede ke stresu personálu, k upřednostňování separace novorozence a jeho matky se všemi škodlivými následky pro matku i dítě. Rizikem je pak nespokojená rodička či přímo stížnosti na personál. aj. I problematický nástup laktace a nesamostatnost matky, která si nevěří v péči o novorozence, nadále zatěžuje zdravotnický personál. Pokud má personál spíše klidný a vyčkávací přístup, je i rodička-matka ve větší psychické pohodě“ (text č. 27).*

Na autorky Mrowetz a Peremskou odkazují i média pro veřejnost, nebo s nimi čtenářům přinášejí rozhovory (texty č. 32, 33 a 37).

V periodikách pro odborníky bylo též publikováno několik článků založených na výsledcích rozsáhlého výzkumu orientovaného na psychosociální klima porodnice, psychosociální potřeby matek a novorozenců. V nich vystupuje hlavní dvojice autorek, psychologičky Mgr. Lea Takács a PhDr. Eliška Kodyšová, Ph.D., působící na filosofické fakultě univerzity Karlovy. Jejich články komunikují výsledky výzkumu poskytovatelům péče a obracejí pozornost k novorozencům a k rodičkám, k tomu co

ženy nejen potřebují, ale hlavně žádají po porodnici, kde se rozhodnou přivést na svět své dítě (texty č. 28, 29, 30 a 31):

*„...je třeba zvážit jednak prevenci a terapii syndromu vyhoření u zdravotníků, kteří dlouhodobě pracují s klientkami v takto náročné životní situaci, a jednak plošné zavedení průběžných evaluací poskytované péče, které by zdravotníkům poskytovaly zpětnou vazbu. Dále je žádoucí posílit kompetence sester v otázkách kojení a péče o dítě a sjednotit rady udílené rodičkám v rámci dané porodnice, věnovat větší pozornost otázkám komunikace a zajistit dostupnost psychologické pomoci jak pro rodičky, tak i pro pomáhající personál.“ (Text č. 28).*

#### **7.1.4 Výsledek analýzy**

Dle provedené analýzy lze odpovědět na otázku, kdo se účastnil diskurzu o bondingu následovně:

V prvním sledovaném období, kdy se v porodnicích na našem území zaváděl systém rooming-in, se diskurzu účastnili výhradně odborníci. V drtivé většině se jednalo o lékaře, kterých se přímo týká poskytování péče matce a novorozenci.

Druhé sledované období jsou roky 1998 – 2000, kdy porevoluční změny v českém porodnictví přinesly otevření Centra aktivního porodu. V dané době se nepodařilo nalézt žádná sdělení týkající se diskurzu o bondingu mezi odborníky a poskytovateli zdravotnické péče. Odborníci jako hlavní komunikátoři zůstávají, svá sdělení však směřují na potenciální příjemce péče. Konkrétně komunikují pediatři, objevují se též porodní asistentky. Informovat budoucí rodiče o kontaktu matky s dítětem mají potřebu i porodnice jako celky.

Analyzované texty ze současnosti ukázaly, že situace se opět částečně změnila. Zůstávají komunikátoři z řad porodnic jako celků, kteří inzerují potenciálním klientům nabídku podpory bondingu. K veřejnosti se dále obrací odborníci, konkrétně pediatři.

Do této kategorie nově přibyli odborníci, kterých se poskytování zdravotnické péče matkám a novorozencům přímo netýká, a to jsou psychologové.

V tomto období se debata vrací na odbornou půdu. Z řad komunikátorů jsou přítomni pediatři a opět nově se přidávají psychologové. V této době se tak poprvé odborný diskurz stává mezioborovým.

Není bez zajímavosti, že zástupkyněmi psychologické profese v posledních pěti letech jsou výhradně ženy, na rozdíl od lékařů, kde jsou stabilně zastoupena obě pohlaví. V analyzovaných materiálech ze současnosti vystupuje celkem šest autorek – psycholožek.

Následující analytické kroky se pokusily odhalit, co za těmito změnami spočívá a zasadit je do kontextu.

## **8. Analýza obsahu**

Dalším analytickým úkolem bylo provést analýzu obsahu sdělení.

### **8.1 Kódovací proces**

Základem pro analýzu obsahu je kódovací proces. Ke kódování byla využita metodologie zakotvené teorie autorů Juliet Corbinové a Anselma Strausse (1999). Zakotvená teorie (Grounded Theory) patří mezi kvalitativní výzkumné metody. Je induktivní a jejím cílem je vytvořit teorii. Nezačíná se teorií, která by se následně ověřovala, což je typické pro deduktivní, spíše kvantitativní metody výzkumu. Cílem výzkumníka za použití zakotvené teorie je pomocí přesně daných postupů rozklíčovat data a dobrat se toho, co je za nimi.

Analytickým nástrojem zakotvené teorie je několik typů kódování. První je otevřené kódování, které identifikuje významové jednotky. Corbinová a Strauss a jej

charakterizují jako „*proces rozebírání, prozkoumávání, poznávání, konceptualizace a kategorizace údajů*“ (Corbinová a Strauss 1999: 42). Bylo využito v této analýze.

Jednotlivé texty byly nejprve rozděleny na pasáže, které byly okomentovány z hlediska tématu. Většina článků se nezabývala výhradně kontaktem matky a novorozence, ale tato problematika byla zmiňována jako součást primárně širší problematiky. Několik textů je např. věnováno kojení, které je důležité pro zdraví dítěte a pro úspěch kojení je důležitý raný kontakt matky a novorozence. Jiné texty jsou zaměřené na potřeby novorozence, v nichž hraje přítomnost matky velkou roli. Další texty pojednávají o psychice rodiček, která je kontaktem s dítětem pozitivně ovlivňována.

Ve vybraných pasážích byla nejprve věnována pozornost hlavní myšlenke jednotlivých odstavců a použitému jazyku. Pak byly vyhledávány jevy pro analýzu a následně zakódovány. Toto se týkalo malých textových segmentů, které pak v dalším kroku byly seskupovány do širších kategorií.

Texty byly pročitány opakovaně, výběr údajů se s analýzou prolínal. Jak upozorňují Corbinová a Strauss (1999: 28 – 29), pro kvalitativní analýzu je důležitá teoretická citlivost výzkumníka, tj. schopnost rozlišovat detaily významné pro analýzu. Teoretická citlivost se prohlubuje při práci s údaji, jejich shromažďování, hledání odpovědí v údajích, jejich porovnávání a tvorbě dočasných teoretických rámců a vztahů mezi nimi. K udržení náhledu je třeba opakovaně ověřovat realitu konfrontací vytvořených kategorií s údaji.

Cílem těchto kroků bylo vytvořit seznam kódů, který umožní k sobě přiřazovat podobné kódy a slučovat je do logických tématických celků (kategorií) pro další práci.

Pro další analýzu se texty vždy dělily dle sledovaného období a typu komunikátora, což umožnilo jejich srovnání a zachycení změn v čase.

## **8.2. Identifikace a popis rámců**

K zachycení historických proměn v systému podpory bondingu posloužila rámcová analýza diskurzu. Jedním z cílů analýzy bylo popsat rámcování problematiky podpory bondingu. To znamenalo nejprve identifikovat všechny přítomné rámce a neomezovat výzkum vlastními předem danými domněnkami a předpoklady, což by mohlo znamenat zkreslení výsledků. Rámce poté byly sdruženy do hlavních celků.

Jak již bylo zmíněno výše, dle Entmana (1993) rámce definují problémy, což znamená, že určují, co je jejich příčinou a jak tato příčina působí, dále vytváří hodnocení a navrhuji řešení. To ovšem neznamená, že každý rámeček musí zahrnovat všechny funkce. Jedna věta v textu může mít více než tyto čtyři funkce. Naopak, mnoho vět k rámcování neslouží vůbec. Analytickým cílem je tedy zjistit, která slova a spojení jsou součástí rámce a která nikoliv.

Po identifikaci rámců tedy následovalo jejich uspořádání. Některé rámce byly součástí jiného rámce a tyto podkategorie byly označeny jako dimenze rámce. Příkladem může být rámeček „Zdravé dítě,“ v němž byla identifikována dimenze „kojení,“ která byla pro zdraví dítěte důležitá.

Byly identifikovány tyto hlavní rámce:

Odpovědnost zdravotníků

Citová vazba matky a dítěte

Zdravé dítě

Spokojené dítě

Zdravá matka

Spokojená matka

Možnost volby

Dále bylo třeba určit, které rámce jsou dominantní. Entman varuje před prostým sběrem sdělení, jejich rozdělení do kategorií a přiřkládání stejné váhy všem (Entman 1993: 57).

Použití teorie rámců k analýze obsahu textů by mělo pomoci vyhnout se tomuto problému a sloužit k vyhodnocení dominance a důležitosti rámců a určit vztahy mezi jednotlivými rámci. Bylo třeba všimnout si toho, kolik prostoru bylo vyčleněno danému rámci, jestli je zdůrazňován, nebo naopak minimalizován. K tomu posloužily číselné kódy, přiřazené rámcům:

Kód 0 = rámec není v textu přítomen;

Kód 1 = rámec je v textu přítomen jako dominantní;

Kód 2 = rámec je v textu přítomen jako sekundární.

Vznikla přehledová tabulka (viz Tabulka č. 1), která rozdělila rámce dle dominance a také umožnila sledovat proměnu rámců a jejich důležitosti dle sledovaného období a komunikátora:

**Tabulka č. 1: Přehled rámců dle dominance, období a komunikátora**

Období Rámec/komunikátor	1 Lékař	1 Psycholog	2 Lékař	2 Porodní asistentka	3 Lékař	3 Psycholog
Odpovědnost zdravotníků	1	0	0	2	2	2
Citová vazba	2	1	0	0	1	1
Zdravé dítě	2	2	1	0	0	2
Spokojené dítě	2	2	0	0	1	2
Zdravá matka	2	2	0	0	0	2
Spokojená matka	2	2	0	1	2	2
Možnost volby	0	0	2	1	1	2

Dále byly jednotlivé rámce zasazeny do kontextu a analyzovaly se vztahy mezi rámci. Kontextem se zde rozuměly podmínky, které použitý rámec ovlivňovaly, přičemž byly kladeny otázky např. proč byl zdůrazňován právě tento aspekt sdělení, jaké podmínky jsou jeho příčinou, co má být jeho výsledkem, jaké okolnosti toto usnadňují či naopak ztěžují, jací aktéři či prostředí hraje roli.

Lze očekávat, že takové podmínky a okolnosti se vyvíjí a mění v čase, proto se mohou



měnit i rámce. Z tohoto hlediska byly vzájemně porovnány texty ze všech tří sledovaných období. Na každého komunikátora sdělení mohou tyto podmínky a okolnosti působit jinak v závislosti na jeho postavení, hierarchii v organizaci, prostředí aj. Proto byly rámce porovnávány také dle jejich autorů.

### **8.2.1. Rámce v prvním sledovaném období (1983 - 1984):**

Rámec odpovědnosti zdravotníků byl velmi silně používán lékaři v prvním sledovaném období. Poukazuje na to, že oni mají rozhodovat a uskutečňovat změnu ohledně přechodu na systém rooming-in. Tento rámec je v textech z tohoto období zcela dominantní.

*„Zásadně vyžaduje zavádění rooming-in entusiasmus veškerého zdravotnického personálu pro tento systém“ (text č. 1).*

*„Mnozí zdravotníci váhají se zaváděním sy RI vzhledem k tomu, že není zakódován v novorozenecké koncepci. Již v úvodu jejího znění je možno vyčíst, že zavádění sy RI možné je. Dovoluji se citovat: „Péče o novorozence je společnou činností dětských a ženských lékařů, kteří ve spolupráci s dalšími odborníky zajišťují optimální podmínky pro vývoj zdravého plodu a novorozeného dítěte“ (text č. 11).*

V textech z prvního sledovaného období se dále vyskytoval sekundární rámec citové vazby. Tento rámec byl použit jako podpůrný, zdůvodňoval, proč jsou prováděny změny v poporodní péči směrem ke kontaktu matky a dítěte a co je k jejich uskutečnění potřeba:

*„Psychologické studie ukázaly, že vztah matka-dítě se rozvíjí a upevňuje již od začátku narození dítěte. V dnešní civilizované a kolektivizované společnosti je tento faktor zvláště významný“ (text č. 1).*

*„Ze strany matky to vyžaduje citové zaujetí“ (text č. 2).*

Na stejné úrovni jako rámec citové vazby, byl rámec zdraví dítěte. Rámec zdraví dítěte obsahoval dále dimenzi kojení, jelikož kojení je uznáváno jako nejlepší výživa pro dítě. Zdravé dítě bylo nejdůležitějším výsledkem zavádění systému rooming-in. Tento rámec se částečně překrývá s rámcem citová vazba, protože výsledkem dobře navázané citové vazby podporovanou kontaktem matky a dítěte je matka, která je víc ochotná kojit než matka, která je od dítěte separována.

*„Z uvedeného vyplývá, že podmínky zdárné rané výchovy a výživy dítěte lze dosáhnout jen trvalým kontaktem dítěte s matkou, a to porodem počínaje“ (text č. 3).*

*„Matky s raným kontaktem projevovaly větší něžnost vůči dětem, měly více porozumění pro jejich potřeby a jejich citové vztahy byly hlubší. Proto je bezprostředně po porodu nutný kontinuální kontakt mezi matkou a dítětem, aby se co nejdříve rozvinula jejich vzájemná interakce. Nejdokonalejší interakcí mezi matkou a dítětem je kojení“ (text č. 4).*

Dalším používaným rámcem byl rámec spokojeného dítěte. Obsahoval popisy projevů dítěte:

*„V důsledku zajištění výživy kojením podle potřeb a požadavků dítěte bylo zjištěno, že jsou-li novorozenci ošetřováni vlastními matkami, chovají se neklidněji. Méně křičí, lépe dosahují správného spánkového cyklu. Dostaví-li se matka k plačícímu dítěti okamžitě, rychle se uklidní“ (text č. 4).*

Rámec spokojenosti matek se v textech z prvního sledovaného období vyskytoval jen zřídka. Matky vyplňovaly dotazníky, jejichž výpovědní hodnota však někdy bývala zpochybňována.

*„... naprostá většina matek byla s tímto systémem spokojena. Je to důkazem, že naše mladé ženy jsou schopny rozvinout správné vztahy ke svému dítěti a i přes určité nepohodlí dávají přednost ustavičnému bytí s dítětem“ (text č. 5).*

Rámec zdravá žena obsahoval především psychologické aspekty a subjektivní pocity žen:

*„Matky si chválí, že při péči o dítě zapomenou na vlastní bolesti...“ (text č. 2).*

Rámecem možnosti volby se rozumí možnost volby pro rodičky rozhodnout se pro nějakou variantu z nabídky porodnice. V prvním sledovaném období se nevyskytoval. Volili pouze lékaři, v jakém rozsahu rooming-in umožní (zda jen na část dne, celý den, nebo i na noc), objevily se náznaky možnosti volby do budoucna, kdy matky vyplňovaly dotazníky ohledně rooming-in (zda by se příště pro systém rooming-in rozhodly), uskutečňována však zatím nebyla.

Psychologové ve své knize rámcují kontakt matky s dítětem zejména jako podporu vznikající citové vazby, která zajistí zdravé a spokojené dítě i matku. Rámce týkající se odpovědnosti zdravotníků a možnosti volby pro matky se v analyzovaném sdělení nevyskytují.

### **8.2.2. Rámce ve druhém sledovaném období (1998 – 2000):**

Ve druhém sledovaném období lékaři nejvíc zdůrazňovali rámec zdravého dítěte, který opět zahrnoval zejména kojení, k čemuž je kontakt matky a dítěte nezbytný:

*„Nástup laktace je usnadněn, pokud je matka s dítětem v podmínkách trvalého rooming-in (společný pobyt matky s dítětem)“ (text č. 19).*

Poprvé se zde od lékařů objevuje rámec možnost volby, který zahrnuje možnost vybrat si z péče v režimu rooming-in, nebo s dítětem separovaným na novorozeneckém pokoji.

*„Maminko, budete rodit v Nemocnici milosrdných bratří? Vyberte si způsob ošetřování vašeho dítěte v porodnici, buď v podmínkách rooming-in nebo na novorozeneckém*

*pokoji“ (text č. 23).*

V tomto období nebyla komunikována odpovědnost zdravotníků, ani citová vazba či zdraví a spokojenost matky.

Ve druhém sledovaném období zdůrazňují rámec možnosti volby nejvíc porodní asistentky, které na něm staví své služby:

*„... v CAP maminkám nabídnou především možnost volby. Vycházejí z toho, že každé ženě byla přírodou dána schopnost porodit a každé dítě od přírody „ví“, jak se má narodit. A pokud se přírodě nebrání, maminka sama cítí, co a která poloha je právě pro ni a její dítě ta pravá“ (text č. 16).*

Tento rámec doplňují rámcem spokojené ženy. Těmto dvěma rámcům je v textech většinou věnován stejný prostor:

*„Johanna vymotala dítě z pupeční šňůry a podsunula je pod břichem Nicoline (matka). Ta svým tělem celé to dítě zavinula. Její smích, radost a dojetí byly značné. Tatínek je objímal, mateřská sestra fotila a Johanna stála v koutku, nic nedělala, jen se usmívala“ (text č. 17).*

*„Spokojenost pacientů je nesmírně důležitá. Když jsou v pohodě, pomůže jim to při rychlém uzdravování, a vlastně to zdravotnickou péči zlevní“ (text č. 16).*

Odpovědnost zdravotníků byla ve sděleních porodních asistentek rámcována nikoli přímo jako odpovědnost jich samých, protože dle porodních asistentek se odpovědnost pojí s rámcem možnosti volby, tudíž byla zdůrazňována odpovědnost žen za provedenou volbu. Sekundárně se však vyskytuje rámec odpovědnosti lékařů, kteří porodní proces „jistí“ a přijdou ke slovu pouze pokud porod vyžaduje jejich zásah. V tu chvíli jim porodní asistentky odpovědnost za porod předávají:

*„Zásahy lékaře – pozorovatel“ (text č. 22).*

*„Lékař zasahuje jenom v nutných případech - většinou to nebývá potřeba. Kdyby však*

*přece jen nastaly komplikace, nachází se hned za dveřmi CAP klasický porodní sál s veškerou technikou“ (text č. 16).*

Rámec spokojeného ani zdravého dítěte se ve sdělení porodních asistentek nevyskytoval. Zdraví žen nerámcovaly jako související s podporou bondingu, ale jako podmínku pro možnost volby porodní péče.

### **8.2.3. Rámce v současnosti (2011 – 2016):**

V současném období lékaři zdůrazňují primárně rámec možnosti volby, který je sekundárně doplňován rámcem spokojené matky. Rámec možnosti volby je však pevně spjat s rámcem odpovědnosti zdravotníků, který je mu nadřazen:

*„Pokud má maminka zájem o bonding, tak dostane dítě hned po porodu na břicho. Otření a zabalení novorozence je možné provést na těle maminky. Záleží samozřejmě na ní, zda jí je to příjemné. Miminko u ní může zůstat třeba čtvrt hodiny, pak je ošetřeno na porodním boxu a zase je jí vráceno. Pokud to zdravotní stav dítěte a maminky umožní, může být miminko ponecháno s matkou i dvě hodiny“ (text č. 35).*

*„Po komplikovaném porodu musí stav miminka nejdříve zhodnotit lékař, pokud je dítě v pořádku, lze ho přiložit“ (text č. 35).*

Protože v reklamních sděleních porodnic je nabízena podpora bondingu jako možnost volby, vyskytují se v nich jako sekundární rámce citová vazba a spokojené dítě a matka. Jsou komunikovány jako důvod, proč je podpora bondingu nabízena a proč by ji matky měly využít:

*„Od dubna nabídne havířovská nemocnice svým rodičkám novou metodu porodu - bonding. Při této metodě dochází k posilování rané vazby mezi matkou a dítětem hned po narození (...) Čím více matku a dítě ve vzájemném kontaktu podpoříme, tím více jim ulehčíme start do života“ (text č. 37).*

Zdravá matka a dítě nejsou pojímány jako důsledek podpory bondingu, ale jako podmínka uskutečnění podpory bondingu a neseparování matky a novorozence, viz úryvky z textu č. 35 výše.

Pro psycholožky je primárním rámcem citová vazba. Citová vazba zajistí zdravé dítě a zdravou matku a projevuje se spokojenou matkou i dítětem:

*„Separované matky mají menší zájem o dítě, jsou více ohroženy posttraumatickou stresovou poruchou a depresí, méně vyhledávají oční kontakt se svým dítětem, a to ještě po roce od separovaného průběhu porodu. Je ztížený nástup laktace“ (text č. 27).*

Odpovědnost zdravotníků spočívá v tom podporu bondingu zajistit, čímž se jim zároveň uleví od odpovědnosti za zdraví a spokojenost:

*„Upřednostňování rutinních postupů, administrativních úkonů a hygienických neefektivních zlovyků před psychologickými vede ke stresu personálu, k upřednostňování separace novorozence a jeho matky se všemi škodlivými následky pro matku i dítě. Rizikem je pak nespokojená rodička, či přímo stížnosti na personál aj. I problematický nástup laktace a nesamostatnost matky, která si nevěří v péči o novorozence, nadále zatěžuje zdravotnický personál“ (text č. 27).*

Psycholožky dále používaly rámec možnosti volby, který se prolíná s rámcem spokojené matky. Pokud rodička nedostane uspokojivou péči, volí jinou možnost porodu:

*„Jedním z výsledků tohoto výzkumu je zjištění, že nedostatečná podpora bondingu je nejzásadnějším důvodem pro rozhodnutí rodičky porodit mimo zdravotnické zařízení“ (text č. 25).*

#### **8.2.4. Výsledek analýzy rámců:**

Cílem analýzy rámců bylo identifikovat, co bylo obsahem diskurzu o podpoře bondingu a jak byl uspořádán, a jak se tento obsah proměňuje v závislosti na komunikátorovi a času.

Diskurz o podpoře bondingu začíná rozhodnutím lékařů zavést v porodnicích systém rooming-in. Debata se točí zejména kolem odpovědnosti zdravotníků, proč tento systém zavádět a co mu z organizačního hlediska brání. Důvodem pro zavedení tohoto systému bylo zejména podpořit zdraví novorozence dítěte. Psychologové upozorňují na podporu bondingu jako důležitou pro rozvoj citové vazby mezi matkou a dítětem, která podporuje zdraví a spokojenost. Lékaři citovou vazbu popsanou psychologů využívají jako zdroj ve svých sděleních.

Ve druhém sledovaném období je systém rooming-in brán již jako zavedený, nadále podporovaný zejména hlavně kvůli podpoře kojení, které je velmi důležité pro zdraví novorozence. Je zde též vidět i oslovení matek, které mohou učinit svou volbu porodní a poporodní péče dle nabízeného systému rooming-in. Nejvíce zdůrazňují možnost volby porodní asistentky, které ji spojují se spokojeností žen, což je obsahem jejich pro-klientsky orientované nabídky péče.

Ve třetím sledovaném období stoupá důležitost možnosti volby pro lékaře, kteří se však nadále cítí za tuto nabídku odpovědní a dle toho ji regulují.

Psycholožky se snaží odpovědnost zdravotníků redefinovat, citová vazba je pro ně zastřešujícím rámcem, kterému se má přizpůsobit nabízená péče, protože nese dobré zdravotní výsledky a spokojenost všech zúčastněných.

Další analytické kroky se zaměřily na upřesňování těchto změn v souvislostech. Předmětem následné analýzy bylo identifikování a konstruování rolí účastníků diskurzu o podpoře bondingu a pokus o zmapování nositelů změn a mechanismu prosazování těchto změn.

### 8.3. Typy diskurzů o podpoře bondingu

Vzhledem k tomu, že předchozí analytické kroky identifikovaly různé typy komunikátorů a také různé skupiny zamýšlených příjemců sdělení, lze spatřit, že se liší též jazyk, který komunikátoři ve svém sdělení používají. Užívaný jazyk je odlišný nejen v závislosti na tvůrci sdělení, ale též dle příjemců.

První typ používaného diskurzu byl diskurz expertní. Expertní diskurz zmiňuje Michel Foucault (2002b) v souvislosti s rolí státu, který je nejvyšší mocenskou silou, kterou uplatňuje prostřednictvím veřejných institucí. V nich se moc státu přenáší na jedince, a to prostřednictvím expertního diskurzu. Expertní diskurz používají odborníci ve svém oboru a jsou považováni za kompetentní k tomu, aby definovali a opakovaně redefinovali svůj obor. Experti jsou reprezentanti a také nástroje státní moci. Dle svého oboru působí na občany.

V této práci se jedná o expertní diskurz medicínský. Poskytovatelé péče jej používají ke komunikaci mezi sebou. Tímto typem diskurzu se neobrací na veřejnost, ani na potenciální příjemce péče. Tento diskurz se vyznačuje velkou mírou používání odborné terminologie. Jedná se nejvíce o analyzované články z prvního zkoumaného období, kdy se zaváděly změny v souvislosti se systémem rooming-in:

*„Dítě vnímá hned po narození vjemy dotykové a chuťové daleko více než se předpokládalo. Dalším důležitým poznatkem je co nejčastější přikládání dítěte k matčině prsu. Dotyk rtů dítěte je nezbytný k provokaci sekrece mléka, k provokaci tedy nestačí jen mechanické vyprazdňování mléka. Olizování bradavky dítětem má ještě další význam. Dítě totiž slízne z bradavky infekční agens, která jsou stejná jako v okolí a vůči nimž má matka vytvořené specifické protilátky, které se pak mateřským prostředím přenášejí na dítě“ (text č. 2).*

Tento diskurz používají však i experti z jiného, nemedicínského oboru, a to psychologové, kteří jsou převážně autory mediálních sdělení ze současného období. Používáním expertního medicínského diskurzu se snaží přiblížit problematiku podpory



bondingu poskytovatelům péče a zvolené jazykové prostředky slouží jako způsob, jak se účastnit procesu redefinování oboru zdravotní péče o matky a novorozence:

*„Medikace podávaná v průběhu porodu, včetně epidurální analgezie, situaci znesnadňuje. Blokuje sekreci betaendorfinů v průběhu porodu. Betaendorfiny posilují vnímání procesu porodu rodičkou, usnadňují vytvoření vazby mezi matkou a dítětem. V prvních dnech po porodu jsou přítomny v mateřském mléce. Výzkumníci konstatují, že jejich účelem je napomoci poporodní adaptaci novorozence. Vyšší hladiny betaendorfinů lze najít v mléce matek předčasně narozených dětí, naopak nejnižší po plánovaných sekcích. Stresující porod, lékařsky programovaný, s četnými intervencemi, tedy s velkou pravděpodobností vyústí v problémy s kojením a poporodní adaptací novorozence“ (text č. 26).*

Jako další se v analyzovaných textech objevuje diskurz veřejný, který byl nazván uživatelský, jelikož je to diskurz, který používají komunikátoři k oslovení uživatelů zdravotní péče, tedy neoborníkům, viz následující úryvek z rozhovoru s lékařkou, vydaný v krajském deníku Pardubického kraje:

*„A především si myslíme, že bonding má smysl pro dítě i maminku.*

### ***Jinak řečeno – na těle maminky vstupuje do života klidněji...***

*Určitě. Jak již bylo řečeno, dítě je po přiložení na břicho matky klidnější, méně pláče. Tělo maminky je pro novorozence mnohem příjemnější než vyhrátý inkubátor. Pozitivní je to i pro ženu, nosila v sobě dítě, těšila se na něj, nyní se narodilo a může ho mít hned u sebe. Buduje se tak vzájemný vztah mezi nimi“ (text č. 35).*

Tento diskurz používají jak lékaři, tak psychologové. Využívají ho též porodní asistentky, které se v rámci analyzovaných textů expertního diskurzu vůbec neúčastnily:

*„Johanna vymotala děťátko z pupeční šňůry a podsunula je pod břichem Nicoline. Ta svým tělem celé to děťátko zavinula. Její smích, radost a dojetí byly značné. Tatínek je*

*objímal, mateřská sestra fotila a Johanna stála v koutku, nic nedělala, jen se usmívala. Nikdo rodiče nerušil v seznamování s jejich novou holčičkou. Když se jí do sytosti naobjímali, lehli si oba vedle sebe. Holčičku si maminka položila na břicho. Vzali si telefon a volali dětem a ostatním blízkým, aby se s nimi podělili o krásný zážitek. Starší děti za chvíli přiběhly. Líbaly maminku, líbaly miminko a vzrušeně se mezi sebou bavily“ (text č. 17).*

Co se vztahů mezi oběma typy diskurzů týká, ze zkoumaných textů je vidět, že jsou striktně oddělené, vůbec se neseťkávají. V souvislosti s výzkumnou otázkou, která se ptá, kdo má podíl na rozhodování o podobě podpory bondingu, lze též s odvoláním na výše uvedené práce Michela Foucaulta (2002b) vyvodit souvislost s komunikátory a používaným typem diskurzu.

Jedná se tedy hlavně o expertní diskurz, v jehož prostředí se odehrává rozhodování. Používá se v prostředí porodnic, kde se porody odehrávají, a používají ho komunikátoři, kteří se na poskytování péče o matku a novorozence přímo podílejí, tedy gynekologové, porodníci a neonatologové. Porodní asistentky a příjemkyně péče používají uživatelský diskurz, který do prostředí porodnic, kde se odehrává většina porodů, vůbec nevstupuje.

V současnosti se medicínský diskurz stává mezioborovým, když do něj vstupují psychologové a usilují tak o podíl na rozhodování. Naopak do něj vůbec nevstupují další přímí poskytovatelé zdravotní péče o matku a dítě, a to zdravotní sestry a porodní asistentky. V prvním sledovaném období byl výstup z debaty o zavádění rooming-in pouze komunikován zdravotním sestram s instrukcemi, jak v novém systému postupovat a jaké jsou jeho výhody:

*„Další výhodou rooming-in je, že se matka naučí již během pobytu v porodnici porozumět projevům svého dítěte. Za pomoci odborných pracovníků své dítě nejen kojí, ale i ošetřuje, tj. přebaluje, koupe, utvrzuje se v hygienických návycích“ (text č. 14).*

Zdravotní sestry a porodní asistentky mají pouze omezené vědění. Porodní asistentky

mohou z definice své profese asistovat pouze u fyziologických porodů a při komplikacích musí volat lékaře. Mnohdy musí nejdřív lékař potvrdit, že se vůbec jedná o fyziologický porod a může být přenechán porodní asistentce (Vránová 2007). Výše zmiňovaná Brigitte Jordan ve své hierarchizaci autoritativního vědění představila jako dominantní vědění medicínské. Dominance vědění souvisí s přístupem k moci. V českém porodnictví mají tedy největší přístup k moci v rozhodování o podobě podpory bondingu lékaři, porodní asistentky nikoli.

Do medicínského diskurzu nevstupují vůbec ženy coby příjemkyně péče, a to v žádném sledovaném období. Z tohoto hlediska zde ke změně v průběhu času nedošlo. Pokud se ženy chtějí podílet na změně porodní a poporodní péče podle svých představ, je třeba nějakým způsobem do medicínského diskurzu vstoupit – jejich zájmy musí prosazovat odborníci, kteří se expertního diskurzu účastní.

Absence expertního medicínského diskurzu v druhém sledovaném období ukazuje, že změny v porodnicích v podpoře raného kontaktu matky a dítěte se podařilo uskutečnit dle představ těch, kteří o něm rozhodují, a není zde potřeba systém dále měnit.

Změnu je vidět až v posledním zkoumaném období – současnosti, kdy do medicínského diskursu vstoupili experti z jiného oboru – psychologičky. Již nejsou jen citovaným zdrojem mezi lékaři, ale aktivně se na medicínském diskursu podílejí. Téma podpory bondingu se tak na medicínské půdě znovu otevírá a diskutuje se o změnách. Již nejde jen o to, aby matka dostávala dítě častěji než na kojení, ale o to, aby od ní po porodu nebylo separováno vůbec, což považují psychologičky za nejlepší způsob porodní a poporodní péče k podpoře přirozených procesů, které ústí ve zdravé a spokojené děti i matky. Projevuje se to též na uživatelském diskursu, kde lékaři používají psychology jako svůj zdroj při oslovování potenciálních klientek a začínají se tak na ženy více zaměřovat.

Jak konkrétně se obsah medicínského i odborného diskurzu mění, ukazuje další analytický krok, který se zabývá pojmáním rolí účastníků podpory bondingu, jak vnímají své vlastní role, ale i role ostatních, jak je konstruují a jak je vztahují ke svým.

## 8.4. Konstruování rolí

Při analýze textů bylo zkoumáno, jaké role popisuje a jak je konstruuje daný komunikátor. Cílem analýzy bylo též srovnání, jak se konstruování jednotlivých rolí od sebe liší v závislosti na komunikátorovi, typu diskurzu, ve kterém daný komunikátor působí, a nakonec též, zda a jakým směrem se konstruování rolí vyvíjí v čase. Při čtení textů a kódovacím procesu byly identifikovány tyto role:

Role „žena“ - jedná se o roli ženy jako příjemkyně péče, kterou získává jako těhotná, rodička a čerstvá matka.

Role „lékař“ - touto rolí jsou myšleni lékaři, kteří se účastní poskytování péče ženě a jejímu dítěti. Jsou to gynekologové, porodníci a pediatři.

Role „Zdravotník – nelékař“ - mohou to být zdravotní sestry či porodní asistentky.

Role „dítě“ - představuje novorozené dítě v prvních hodinách a dnech po porodu, často s odkazem na jeho pozdější vývoj.

Pro zkoumání konstruování rolí dle komunikátora byly vytvořeny kategorie, do kterých byl autor sdělení zařazen.

Pro komunikátory byly vytvořeny tři kategorie:

1. kategorie „Lékař“ - do této skupiny spadají gynekologové, porodníci a pediatři, kteří se přímo podílí na poskytování porodní a poporodní péče o matku a novorozence.

2. kategorie „Psycholog/psycholožka“ - jedná se o odborníky, kteří nejsou přímí poskytovatelé porodní a poporodní péče, ale vstupují též do medicínského diskurzu. V posledních pěti letech se českého diskursu o podpoře bondingu účastní výhradně ženy – psycholožky.

3. „Porodní asistentka“ - zde jsou sdělení porodních asistentek, které používají pouze uživatelský diskurz.

#### 8.4.1. Role „Žena“

Jako první z rolí byla zkoumána role „žena“. Tato role byla chápána jako role rodící ženy – příjemkyně péče. Změny v podporování bondingu se fyzicky uskutečňují na půdě porodnic a jak je uvedeno výše, dominantní podíl na rozhodování mají uživatelé odborného diskurzu, tedy lékaři a nově též psychologové. Ženy jako komunikátorky do debaty vůbec nevstupují, přístup do medicínského diskurzu jim musí umožnit odborníci.

V prvním sledovaném období připisují odborníci - lékaři ženám roli pasivní. Nejsou brány jako partneři pro rozhodování, ženy jsou objekty poskytované péče, které se podrobují péči stanovené odborníky:

*„Zavedení systému rooming-in vyžaduje:*

*1. pochopení ze strany matek, což jak ukazují naše dosavadní zkušenosti, není závažným problémem“ (text č. 1).*

*„Matka sama o dítě pečuje, péče je pravidelně kontrolována dětskou sestrou“ (text č. 2).*

*„V několika praxech byly hodnoceny dotazníky, které vyplňovaly matky na šestinedělí anonymně před odchodem z oddělení; (...). Většina autorů též pokládá preventivně za vhodný až nutný trvalý dohled dětskou sestrou po celou noc, bez spoléhání na to, zda si matka všimne něčeho neobvyklého u dítěte a zavolá sestru. Dotazníkové akce mají ovšem do značné míry subjektivní charakter a hodnocení nově zaváděného systému je nemálo poplatné osvětové činnosti na oddělení i v poradnách a má leckdy spíš emotivní charakter než objektivní vypovídací hodnotu“ (text č. 6).*

Jsou vidět nedostatky v komunikaci s ženami ze strany lékařů, kteří mnohdy mylně

usuzují, co si ženy přejí a vyžadují:

*„Ve svém váhání při zavádění sy RI poukazují naši zdravotníci především na dnešní maminky, že se sy RI nebudou spokojené, že si neodpočinou po porodu, že se nevyspí, protože budou rušeny křikem nejen svého dítěte, ale i ostatních a mezi sebou navzájem. Tyto argumenty dosavadní zkušenosti vyvracejí“ (text č. 11).*

Ve druhém sledovaném období medicínský diskurz neprobíhal.

Zbývá současný expertní diskurz. Zde bylo jeho zkoumání rozděleno dle rolí lékař a psycholožka. Nejprve byla analyzována sdělení lékařů. V užívaném jazyce můžeme vidět změnu oproti osmdesátým létům. Tehdy dominoval direktivní tón při psaní o matkách – „matka pečuje,“ „matka je kontrolována“ - viz výše. Nyní se tento přístup změnil:

*„Zdravotníci by měli matky v kojení podporovat, pozorovat je, učit je základním technikám a pomáhat jim“ (text č. 40).*

Dokonce se doporučuje brát na ženy ohled:

*„Přání ženy ohledně výživy dítěte zaznamenat do zdravotnické dokumentace“ (text č. 40).*

Psycholožky nutnost brát na ženy ohled zdůrazňují a nařizují:

*„Posttrauma, které může být způsobeno i necitlivým přístupem nemocničního personálu nerespektujícím přání a potřeby rodičky, bude možné jako motiv k porodu mimo zdravotnické zařízení (tzv. „negativní volbu“) vyloučit jedině zkvalitněním služeb a rozšířením nabídky služeb v porodnictví“ (text č. 25).*

Obracejí pozornost pečujících zdravotníků k potřebám žen:

*„Okamžitě po narození dítěte potřebují ženy, aby o ně a jejich děti pečovali zdravotníci společně. Společná péče a zdůraznění rodičovské kompetence novopečené matky efektivně podpoří i její rodičovské sebevědomí“ (text č. 42).*

O roli žen jde v expertním diskurzu mezi zdravotníky a psychology především. Psycholožky neváhají prosazovat svoji autoritu a podíl v rozhodování v rámci medicínského diskurzu. Lékařům zdůrazňují, že pro ně ženy nejsou při poskytování péče partnerem:

*„S přijetím se zcela nesetkal ani návrh doc. Šimka vypracovat s každou ženou před porodem porodní plán, který „není o tom, co bude, ale o tom, co si žena přeje“. Porodní plán prý nefunguje, protože žena si pak při porodu stejně rozmyslí, že nechtěla anestezii, popřípadě se porodník rozhodne plán nerespektovat, protože neodpovídá jeho zkušenostem s vedením porodu“ (text č. 42).*

Konstruování role ženy v očích expertů se tedy v průběhu času proměnilo. Od pasivního objektu péče, který se řídí instrukcemi odborníků se žena stala někým, na koho je třeba brát ohled. Jeho míra je ovšem rozdílná. Zatímco lékaři uznávají, že žena může mít i nějaká přání, psycholožky ji vidí jako rovnocenného partnera pro lékaře. To je nejdůležitějším předmětem diskurzu psycholožek, se kterým do medicínského diskurzu vstupují.

Toto pojetí role žen se odráží též v diskurzu uživatelském. K prvnímu sledovanému období nebyla literatura, která byla určena laikům a obsahovala raný kontakt, dostupná, až na populárně naučnou publikaci Počátky našeho duševního života. Tato kniha vyšla až v roce 1986, popisuje vědecké studie a také shrnuje tehdejší dosavadní výsledky zavedení systému rooming-in v Československu. Autor (psycholog) se zaměřuje na ženy více, než lékaři. Příkladá jejich vyjádření stejnou důležitost jako vědeckým studiím:

*„Objektivní nálezy i vyjádření subjektivních pocitů matek svědčilo o tom, že žádná matka nebyla systémem matek s dětmi zdravotně poškozena. Mnohé matky v dotazníku*

*uváděly, že byly nuceny vstát dříve než za dvanáct hodin po porodu (...). Naopak, matky při pozdější šetrnosti uváděly mezi výhodami tohoto systému právě „rychlejší zotavení“ (text č. 15).*

Pasivní role žen v systému lékařské péče však zůstává. Je vyjádřeno slovními obraty jako: *„matky dostaly dítě“*, či *„matky je třeba vést“* (text č. 15).

V letech 1998 – 2000 používali lékaři v uživatelském diskurzu též jazyk orientovanější na ženu, není již tak direktivní a naznačuje možnost spolupráce:

*„Před rozhodnutím nekojit nebo doporučení předčasného odstavení by měl každý lékař i matka zvážit výhody kojení oproti rizikům, která přináší výživa bez mateřského mléka“ (text č. 19).*

Lékaři zde připisují ženám více aktivity a možnost podílu na rozhodování:

*„Na celém oddělení je zařízen systém rooming-in, tzn. že je novorozenec po celou dobu na jednom pokoji s matkou. Matka zde za pomoci zkušených dětských sester pečuje o své dítě, sama ho přebaluje, koupe, kojí dle jeho potřeby (...) Pokud se matka cítí unavena, může si odpočinout a vyspat se, o její dítě zatím pečuje dětská sestra na odděleném pokoji“ (text č. 24).*

Porodní asistentky jsou v uživatelském diskurzu výrazně orientovány na ženu. Staví ženy do aktivní pozice těch, které rozhodují a sebe jako jejich poradkyně a podporovatelky, jak už vypovídá název textu č. 16: *„Maminky by měly mít možnost volby“*. V tomto textu je aktivita žen dále zdůrazňována slovy jako *„maminkám nabídneme,“* *„maminky jsou režisérky vlastního porodu“*, *„vyptáváme se jich, jaké oslovení je jim příjemné.“*

V současném uživatelském diskurzu komunikátoři z řad lékařů konstruují roli ženy jako někoho, koho je třeba dnes brát do úvahy a oslovovat jej s nabídkami, které jej mohou zaujmout. Je zde patrný vliv výše popsaného konzumerismu a tržní ekonomiky



(Hřešanová, Hasmanová Marhánková 2007):

*„Maminky 21. století stále častěji sledují nejrůznější trendy, které pak také vyžadují ve své porodnici. Jednou z posledních novinek je tzv. bonding, který začala poskytovat také Nemocnice Valašské Meziříčí, člen skupiny AGEL“ (text č. 34).*

Bonding však nebývá chápán jako proces, který byl popsán ve vědeckých studiích, které byly popsány v teoretické části této práce, a na které se odkazují sami lékaři ve všech třech sledovaných obdobích, ale často nesprávně jako „metoda bondingu“ či postup, přičemž veškeré kroky personálu mohou v realitě pouze podpořit proces bondingu, který nastane mezi matkou a dítětem vždy, i při nutnosti jejich dočasné separace.

V souladu s tímto nepřesným chápáním je brán jako nabídka porodnice, či služba:

*„Říkáme jim o bondingu i při nástupu do porodnice, ale pochopitelně se mohou rozhodnout až po porodu. Zdravotní sestry se jich zeptají, zda mají zájem o bonding, pokud je dítě v dobrém stavu a bonding je možný“ (text č. 35).*

Tato nabídka je však omezená, většinou není automatická a vyžaduje aktivitu žen. Pokud ji chce žena využít, musí být ona ta aktivní a službu vyžadovat:

*„Pokud mají rodiče o bonding zájem, je vhodné s předstihem kontaktovat staniční sestru novorozeneckého oddělení či porodních sálů, eventuálně přímo prim. MUDr. Slováčka, kteří jsou schopni zodpovědět veškeré otázky, týkající se této problematiky“ (text č. 34).*

Teorii konzumerismu podporuje i fakt, že v době shromažďování materiálů pro tuto práci nenabízela na svých internetových stránkách ani v jiných médiích podporu bondingu žádná z pražských porodnic. Pražské porodnice jsou vesměs velké a dobře vybavené ústavy, které mají dlouhodobě velkou poptávku ze strany žen a zavedly i opatření tzv. registrací k porodu, kdy si žena musí „zarezervovat“ místo pro porod

dostatečně včas, již v první polovině těhotenství, jinak se dle porodnic vystavuje riziku, že nebude k porodu přijata. Nemusí tedy soupeřit o klientky a snažit se jim činit atraktivní nabídky. Naopak podporu bondingu na svých stránkách zdůrazňuje hned několik menších porodnic z okolí Prahy, které se zřejmě s konkurencí pražských porodnic potýkají.

Psycholožky v současném uživatelském diskurzu též přiřazují matce aktivní roli. Ona je tou, která zajišťuje raný kontakt pro sebe a pro své dítě:

*„Jako příprava na porod je dobré, aby si budoucí maminka povídala s ženami, které po příchodu miminka na svět zažily podporu raného kontaktu a byly ihned v kontaktu se svým dítětem a pečovaly o něj (...) Takovéto rozhovory těhotnou uklidní a ona si může udělat jasnou představu o tom, co je důležité a že nejdůležitější pro zdravou adaptaci děťátka je kontakt s jeho maminkou. A raný kontakt příroda zajistila právě pro léčbu bolesti a zátěžových faktorů u porodu“ (text č. 33).*

Zdůrazňují, že žena má také psychické a emoční potřeby, které bývají v porodní a poporodní péči nedostatečně uspokojovány:

*„Podpora kojení poskytovaná rodičkám v rámci perinatální péče by se proto měla zaměřit nejen na dodržování deseti kroků k úspěšnému kojení, které je podmínkou pro udělení statutu Baby Friendly Hospital, nýbrž i na psychologické potřeby rodičky v době po porodu“ (text č. 31).*

Z pohledu psycholožek jsou zdravotníci ti, kteří na proměňující se roli žen nezvládají reagovat. Hovoří se o „úzkosti zdravotníků v porodní situaci“ či „velké míře stresu pro personál“. Činí tak však bez otevřeného obviňování zdravotníků:

*„Rodící žena se díky utlumení činnosti neokortexu chová velmi instinktivně a „nekulturně“ - hlasitě se projevuje a její reakce jsou často iracionální. Zdravotníci, vědomi si vlastní odpovědnosti za výsledek porodu a vedení snahou ulehčit ženino „trápení“, volí různé strategie. Často nabízejí analgezii, urychlení porodu či jiné*

*intervence, kterými se snaží porod dovést k rychlému a zdárnému konci. Žena v tu chvíli potřebuje mnohem více emoční přijetí, hyperprotektivní podporu a ubezpečení, že si vede dobře. Vzniká tak paradoxní situace, ve které každý mluví jiným jazykem, rodička instinkty a personál racionálně. Zdravotníci, kteří se cítí ženiným chováním frustrováni ve svém úsilí jí pomoci, označují rodičí ženu za nespolupracující a mohou na rodičku reagovat až agresivně, a často tak bohužel (spíše nevědomě) reagují“ (text č. 26).*

Řešení psycholožky nabízí v dalším vzdělávání a péči o zdravotníky:

*„... je třeba zvážit jednak prevenci a terapii syndromu vyhoření u zdravotníků, kteří dlouhodobě pracují s klientkami v takto náročné životní situaci, a jednak plošné zavedení průběžných evaluací poskytované péče, které by zdravotníkům poskytovaly zpětnou vazbu“ (text č. 30).*

Konstruování role ženy se tedy proměňuje v závislosti na čase i na daném komunikátorovi. Od pasivního pojetí této role, která nemá podíl na tom, co se děje s ní jako s ženou, ani s jejím dítětem za socialismu, přes někoho, jehož názor je důležité brát v potaz, až po její transformaci v „zákazníka“, někoho, kdo si volí službu, kterou využije pro porodní a poporodní péči.

Nejméně aktivity a partnerství připisují ženám lékaři; porodnice a lékařské služby mají dlouhou tradici a na tomto území jsou zvyklí rozhodovat oni. Na rozdíl od porodních asistentek, které se staví do role poskytovatelů služeb a přání ženy jsou pro ně důležitá, aby se pro jejich služby ženy rozhodly. Ve srovnání s porodnicemi nemají konkurenční výhodu zavedenosti systému, proto se snaží po svém znovuoústavení prosadit vůči systému. Může zde hrát roli i genderové pojetí rolí lékař a porodní asistentka. Ač dnes existuje též velké procento lékařek – žen, je lékařská profese doménou převážně mužskou, na rozdíl od čistě ženské profese porodních asistentek. Lékaři - muži převzali porodní vědění od porodních bab – žen (viz Tinková 2010) a ty jej dnes chtějí dostat nazpět jako ženskou záležitost a více se ženami komunikují a zaměřují se na ně.

Nejvíce aktivní roli připisují ženám psychologové. Již v prvním sledovaném období na

rozdíl od lékařů brali hlas žen v potaz jako něco, čemu je třeba přikládat váhu, až po současnost, kdy ženám dávají na odpovědnost zařízení péče o ně a jejich děti.

V závislosti na typu diskurzu se pojetí role ženy nemění.

#### **8.4.2. Role „Lékař“**

Další identifikovanou rolí byla role „lékař“. Její konstruování souvisí s konstruováním role ženy, protože tyto role jsou ve vzájemné interakci. V rámci odborného diskurzu v prvním sledovaném období byla role lékaře nahlížena jako nositel změn:

*„Potíže se zavedením rooming in ze strany zdravotnického personálu jsou nejzávažnější, neboť právě zdravotnický personál by měl být největším propagátorem této metody“ (text č. 1).*

Ze všeho zdravotnického personálu jde právě v rámci změn především o lékaře, kteří jsou nejdůležitější a jako takoví za něm mají také největší odpovědnost:

*„Proč otálejí lékaři v zavádění rooming in. Jednak berou ohledy na bránící se SZP (střední zdravotnický personál, tj. zejména zdravotní sestry, pozn. aut.), avšak hlavním argumentem lékařů jak pediatra, tak porodníka je námitka, že systém rooming in není zakotven v koncepci a že lékař není při jeho zavedení právně ochráněn“ (text č. 1).*

V uživatelském diskurzu o roli lékařů zmínka nebyla. Ve druhém sledovaném období expertní diskurz neprobíhal. V uživatelském diskurzu mezi lety 1998 - 2000 je též vedoucí role lékaře u porodního procesu reflektována:

*„Dějiny péče v mateřství jsou ve Střední Evropě v tomto století charakterizovány tím, že péči převzal do rukou oficiální zdravotnický systém a v tomto systému lékaři. Porod se změnil z intimní, soukromé, ženské záležitosti, která probíhala doma, na věc veřejnou, kde hlavní úlohu hraje lékař a kterou je možno postavit na roveň chirurgickému zákroku“*

*v nemocnici. Porod byl medikalizován a dehumanizován a o těhotenství se začalo mluvit jako o záležitosti velice rizikové. O porodu se začalo tvrdit, že je nemožný nebo alespoň ne zcela bezpečný bez lékařské pomoci. (...) Současná péče v mateřství ve Střední Evropě používá přísně lékařský model, který nazírá na těhotenství a porod jako na rizikové události, jeho základem je lékařská péče a lékařské vedení. Péče je organizována "od shora dolů" (text č. 18).*

Porodní asistentky se proti lékařům vymezovaly:

*„U nás by maminky marně očekávaly, že dostanou injekci, aby to šlo rychleji, epidurální anestezii, aby to nebolelo, nebo cokoli, co by pozměnilo a urychlilo přirozený běh porodu“ (text č. 16).*

Nicméně i ony si jsou vedoucí role lékařů vědomy a uznávají ji:

*„Může se také stát, že ne každá maminka, která chce porodit v CAP a absolvovala povinný předporodní kurs, tam skutečně porodí - v 36. týdnu totiž každou rodičku prohlédne lékař a zváží, zda porod v CAP je možný. Pokud doporučí „klasickou porodnici“ není třeba podléhat panice, ale je dobré mít vybránu ještě jednu porodnici pro tento případ“ (text č. 16).*

V současnosti lékaři vidí svou roli stále dominantně a zůstávají těmi, kteří rozhodují, na což upozorňují i své potenciální klienty. Kompetence matek v tuto chvíli nejsou dostatečné:

*„(...) vysvětluje, za jakých podmínek může být bonding uskutečněn, primář novorozeneckého oddělení Nemocnice VM a. s., MUDr. Libor Slováček s tím, že u maminky musí být na porodním boxu vždy přítomen také plnoletý doprovod, který je také náležitě poučen“ (text č. 34).*

Převaha lékařů je dále komunikována klientkám:

*„Svou představu o porodu a podporu bondingu je možné a rovněž i vhodné probrat třeba na předporodních kurzech, které porodnice pořádají, nebo na individuálně sjednané schůzce,“ doplňuje MUDr. Marcela Peremská, pediatřka. „V případě, že se představy příliš rozcházejí, je rozhodně lepší vybrat jinou porodnici. Porodnice není bojiště, porod na bojišti nebude probíhat dobře a ani raný kontakt ne, dodává. (...)*

*Až dosud byla řeč převážně o matce a dítěti. Dalším nezanedbatelným účastníkem porodu a následujících chvil je personál porodnice. Autorita, která asistuje u porodu, pro mnoho žen prostě a jednoduše ti, kteří vědí a které musíme poslouchat, aby bylo děťátko v pořádku" Ano, jsou to odborníci“ (text č. 33).*

Pohled na současnou roli lékaře „zvenčí“ poskytují psychologové. V souladu s jejich velkým zaměřením na ženu, které bylo identifikováno v předchozím analytickém kroku, upozorňují lékaře na jejich nadřazenost a na to, že asymetrie vztahu porodník – rodička není vždy ženami dobře přijímána:

*„Přístup a chování zdravotníků, zejména schopnost empatie a poskytování psychické podpory, představují nejdůležitější kritérium spokojenosti rodiček s péčí (...) Mezi nevhodné formy komunikace patří dvojznačnost, komunikace o rodičce nebo před rodičkou ve třetí osobě, ironie, zpochybňování mateřských kompetencí a veškeré komunikační styly, které jsou direktivní a přisuzují rodičce inferiorní roli“ (text č. 28).*

Psychologové též sesazují z piedestalu nedotknutelnost lékaře jako dominantní autority při porodní péči:

*„Zajímavý byl rozpor závěru přednášky dr. Čepického o tom, že je nutno se chovat k rodičkám slušně, s jeho chováním v jednom okamžiku diskuse. To nejenže překračovalo rámeček společenské konvence v primárních formálních očekáváních, ale i narušovalo fyzickou autonomii spolupřednášející, již se opakovaně snažil vytrhnout mikrofon z rukou“ (text. č. 42).*

*„Překvapivější je ale zmíněná snaha bagatelizovat prožitek a názory rodiček a svádět zodpovědnost za nepříznivou atmosféru na porodním sále na rušivé elementy (tedy dully*

*a doprovod ženy), respektive přímo na rodičku samotnou. Domníváme se, že tyto postoje jsou svědectvím hluboké vnitřní krize, totalitních způsobů kterým dochází dech a které již nejsou adekvátním způsobem reagování“ (text č. 42).*

Je vidět též tlak na změnu a sebereflexi lékařů:

*„Podpora raného kontaktu vyžaduje sebevědomí zdravotníků a jejich sebedůvěru, pokud jde o vlastní kompetence pečovat o rodinu jako jednu jednotku“ (text č. 27).*

Analýza tedy ukázala, že role lékaře je porodními asistentkami, psychology i jinými samými konstruována a reflektována jako dominantní v porodní a poporodní péči. Toto vnímání se v základu neproměňuje v čase ani v závislosti na typu diskurzu. Psycholožky se však v současnosti snaží tuto vedoucí roli lékařů zpochybnit, změnit a postavit je na roveň ženám, se kterými by měli mít partnerský vztah.

#### **8.4.3. Role „Zdravotník - nelékař“**

Role zdravotních sester a porodních asistentek je lékaři v prvním sledovaném období vnímána jako role lékařům podřízená, prakticky odpovědná za výkon lékařských rozhodnutí. Jako takoví často projevují nesouhlas s rozhodnutími lékařů. Lékaři nepopisovali odpovědnost za ženy, ale za zdravotní sestry ano:

*„Nejideálnější je situace, kdy oba vedoucí pracovníci (porodník a pediatr) jsou o jeho výhodách sami přesvědčeni a dovedou pro jeho zavedení získat především středně zdravotnický personál. Ten se většinou brání společnému umístění matky s dítětem proto, že jde o změnu jeho rutinní práce“ (text č. 11).*

*„Dětské sestry značně změnilly náplň své činnosti: převedly sice určitou část své práce, spojené s přímou péčí o novorozence, do rukou matky, jsou však trvale a v daleko větší míře vytíženy jako poradci, zejména pro prvorodičky. Předávají tedy pouze část své práce, nikoli odpovědnosti, a přibývá jim daleko větší díl osobní expozice v práci s*

*matkami, což je časově i psychicky značně zatěžující“ (text č. 7).*

Kontakt zdravotnického personálu s ženou – matkou dítěte, je pro personál vnímán jako zatěžující a náročný:

*„V systému rooming in musí taktně a cílevědomě kontaktovat většinou s nervově labilní matkou – šestinedělkou“ (text č. 1).*

Zajímavé je, že zatímco lékaři svoji roli od role zdravotníků-nelékařů oddělovali, psycholožky je v současnosti víceméně neodlišují a adresují všechny poskytovatele porodní a poporodní péče bez rozdílů, nejčastěji je označují jako „zdravotníci“ či „personál“.

*„Výhodou podpory raného kontaktu je i psychická pohoda personálu. Pokud personál ihned po porodu přejímá novorozence do svých rukou a snaží se během krátké doby provést veškeré úkony ošetrovatelské a administrativní péče, může se dostat do stresových situací“ (text č 27).*

Z výše uvedeného úryvku je patrné, že zahrnuje jak lékaře (provádí první ošetření novorozence), tak zdravotní sestry (administrativní úkony). Upřesňují pouze v případě potřeby:

*„Mezi hlavní kritické momenty, s nimiž se respondentky během svého pobytu v porodnici setkávaly, patří neochotné a nadřazené chování zdravotníků (nejčastěji zdravotních sester na oddělení šestinedělí)...“ (text č. 30).*

Role nelékařského zdravotního personálu byla nejjasněji definována v prvním sledovaném časovém období, kdy lékaři vymezovali rozhodovací pravomoc svoji a praktickou odpovědnost zdravotních sester. V letech 1998 – 2000 nejsou role zdravotních sester ani porodních asistentek diskutovány. V současnosti psycholožky upozorňují na to, že pro ženy jako příjemkyně péče toto rozdělení není důležité, v porodnici jako celku vnímají strany „my,“ tj. příjemkyně péče, a „oni,“ tj. zdravotníky,



aniž by rozlišovaly mezi profesemi.

#### 8.4.4. Role „Dítě“

Poslední rolí zmiňovanou v textech je role novorozeného dítěte. Novorozenec nemůže o svém osudu nijak rozhodovat, je tedy třeba rozhodovat za něj v jeho prospěch. V prvním sledovaném období lékaři jednoznačně vnímají kontakt matky a novorozence jako přínosný pro novorozence:

*„Tento systém dovoluje individuální krmení a spánek podle potřeb a požadavků dítěte“* (text č. 1).

*„Podmínky zdárné rané výchovy a výživy dítěte lze dosáhnout jen trvalým kontaktem dítěte s matkou, a to porodem počínaje“* (text č. 3).

Hierarchii vnímaných rolí lze dobře ilustrovat na tomto úryvku:

*„(...) ale postupně po dobrých zkušenostech jsme tento systém zavedli na celém oddělení ke spokojenosti nás lékařů, matek a ve prospěch toho nejcennějšího co máme, našich dětí“* (text č. 2).

Lékaři vnímají sami sebe jako ty, kteří mají odpovědnost a moc o dítěti rozhodovat při zavádění systému rooming-in. Zdravotníci jsou k péči o dítě kompetentní a kvalifikovaní, na rozdíl od matky, kterou to musí nejprve naučit právě zdravotníci a o jejích kompetencích rozhodnout:

*„Mladé matky nejsou dostatečně připraveny na mateřství a péči o novorozence. Při rooming-in si osvojí potřebné znalosti a zkušenosti v koupání a ošetřování novorozenců“* (text č. 12).

Lékaři jsou ti, kteří „svěřují“ dítě do péče matky:

*„Jde o renesanci nikoliv nové myšlenky umístit novorozence po porodu na pokoj nedělký a svěřit jej – alespoň zčásti – do ošetření matky“ (text č. 6).*

V podobném duchu se neslo více textů z dané doby. Jak ukazuje výše uvedený úryvek, v dalším sledovaném období je tato problematika vnímána stejně, jak je vidět z použitého jazyka v uživatelském diskurzu:

*„Po porodu dostane maminka své novorozené miminko na hrudník“ (text č. 24).*

*„ Dali nám miminko, které neplakalo... “ (text č. 22).*

Lékaři o dětech rozhodují i v současnosti:

*„Miminko u ní může zůstat třeba čtvrt hodiny, pak je ošetřeno na porodním boxu a zase je jí vráceno“ (text č. 35).*

*„Porod musí probíhat fyziologicky, tedy spontánně bez pomoci kleští nebo vakuumextraktoru. Po komplikovaném porodu musí stav miminka nejdříve zhodnotit lékař, pokud je dítě v pořádku, lze ho přiložit“ (text č. 35).*

V současnosti jsou to psycholožky, pro které je nejdůležitější osobou pro uspokojování potřeb a požadavků dítěte matka, nikoli zdravotníci, jejichž úkol je matce její roli umožnit:

*„Výzkumníci konstatovali, že ještě rok po porodu existovaly rozdíly mezi chováním matek separovaných po porodu. Neseparované matky byly trpělivější a více vyhledávaly kontakt s dítětem. Rutinní postupy tak často berou matkám podporu hormonů a instinktivního chování, které by jim umožnily jednodušeji zvládat novou a náročnou situaci péče o dítě“ (text č. 26).*

*„Po fyziologickém porodu nestojí nepřerušovanému kontaktu matky s novorozencem*

*nic, krom rutinních postupů zdravotníků. Strach o novorozené dítě vede rutinně personál k ošetřování novorozence a zajišťování jeho základních fyziologických potřeb (např. tepelné pohody) technickými postupy (vyhřívání podložky), namísto využití tepla z matčina těla a podporování vzájemné vazby matky a dítěte“ (text č. 26).*

Matku není podle psychologek potřeba nic učit, stačí jí vytvořit správné podmínky:

*„Vtisknutí obrazu matky v prvních několika minutách po porodu je pravděpodobně jedním z významných procesů v rámci obecné interakce matky a mláděte. Rozpoznat bezpečně matku znamená zvýšit pravděpodobnost přežití. Předpoklady pro plynulé pokračování komunikace mezi matkou a dítětem po porodu jsou dány oboustranně. Předpoklady pro schopnost synchronní interakce s dítětem na straně matky jsou na biochemických základech, projevují se zvýšenou empatií pro potřeby novorozence, intuitivním instinktivním chováním matky. Mnohé procesy vycházejí jednoznačně z biologických daností“ (text č. 41).*

## **8.5. Výsledky analýzy**

Jaké je tedy hierarchické rozdělení rolí v porodní a poporodní péči a proběhly zde od roku 1982 nějaké změny? Na tuto otázku lze dle provedené analýzy odpovědět následovně:

Dominantní postavení mají lékaři. Lékaři si osobují rozhodovací pravomoci na „svém“ území, tj. v porodnici. Pod nimi stojí zdravotní sestry a porodní asistentky. Role ženy - matky byla na počátku zkoumaného období zcela pasivní, nebyly jí připisovány kompetence a kvalifikace potřebné k péči o vlastní novorozené dítě.

Dítě je vnímáno jako nejdůležitější objekt porodní a poporodní péče, v jehož zájmu se všechny změny uskutečňují. Aby byla zajištěna nejlepší možná péče o dítě, je třeba využít rozhodovací pravomoci lékařů a praktických dovedností zdravotních sester, které je v zájmu péče o dítě předávají matkám.

Postupem času se proměňuje vztah lékařů k ženám, který velmi pravděpodobně souvisí s proměnami zdravotnictví po roce 1989 a tržní ekonomikou. Lékaři se snaží svou nabídkou ženy oslovit, ovšem pouze „na povrchu.“ Snaží se přitáhnout klientky pro danou porodnici, ale rozhodovací pravomoc o porodní a poporodní péči a zejména o novorozence si chtějí ponechat. Mění vnější podmínky jako je možnost doprovodu rodičky, či podpory bondingu, svůj přístup ovšem téměř nemění. Mnohdy ani neumějí podporu bondingu přesně definovat a klientkám vysvětlit. Nabízí se vysvětlení, že přesně nerozumí psychologům, nebo je jejich sdělení limitováno formátem reklamy, kdy je důležité prostě „moderní“ slovo bonding zmínit, protože na něj klientky zareagují. Velké a plně vytižené porodnice ani takové nabídky nemají potřebu inzerovat.

Naopak znovuustavené porodní asistentky se snaží svou péči nabízet právě prostřednictvím zaměření se na ženy, což jim v lékařsky vedené péči chybí. Vůči ženám zauímají pozici podpory a poradenství, kdy jsou připravené plnit jejich přání ohledně porodu i novorozence. Na rozdíl od lékařů se nezajímají primárně o narozené dítě a odpovědnost přenechávají ženám nebo lékařům.

Nepřítomnost expertního diskurzu v druhém sledovaném období ovšem svědčí o tom, že lékaři nepocítovali potřebu změn v kontextu porodní a poporodní péče na svých pracovištích a porodní asistentky se neprosadily coby spoluautorky změn v systému porodní a poporodní péče. Nabízí se souvislost s odpovědností; pokud se za výsledek porodního procesu cítí odpovědní lékaři, nemusí mít odpovědnost porodní asistentky a tudíž se ani nemusí expertního diskurzu účastnit.

Další prosazování změn přichází možná překvapivě od expertů z nelékařské profese, kteří se přímé péče o matku a novorozence při a po porodu neúčastní, a to od psychologek, které vstupují do expertního medicínského diskurzu. Buď samostatně nebo ve spolupráci s neonatologem obrací pozornost zdravotníků k ženám. Na rozdíl od lékařů nejsou přesvědčené o tom, že nejlepší způsob péče od dítě je v linii lékař – novorozenec, ale v přímce matka – novorozenec. Lékařům a ostatnímu zdravotnímu personálu připisují roli nikoli dominantní, ale „podpůrnou“. Mají matce umožnit, aby mohla dát svému dítěti tu nejlepší péči. Role zdravotníků není ženu učit, protože ona

sama je k péči a odpovědnosti za dítě kompetentní. Psycholožky pracují s odpovědností zdravotníků, kterou ovšem pojmají jako odpovědnost za podporu svých klientek, která má dopad na psychické i fyzické zdraví, a to i dlouhodobě. To je rozdíl oproti vnímání odpovědnosti lékařů jimi samými, kteří vnímají svoji odpovědnost zejména jako odpovědnost za okamžitý měřitelný zdravotní stav dítěte i matky.

Ženy do debaty o podpoře bondingu nezasahují. I když porevoluční zdravotnictví prošlo mnohými změnami, nastavení systému péče se rozhoduje bez jejich přímé účasti.

Jaké vlastně proběhly změny v podpoře bondingu? Systém rooming-in byl na našem území zaváděn začátkem osmdesátých let dvacátého století. Související probíhající diskurz probíhal na půdě porodnic v expertním duchu. V té době šlo o to, aby matka vůbec mohla o své novorozené dítě na půdě porodnice pečovat a nebyla od něj oddělena. Diskutovalo se, zda je k tomuto kompetentní a schopná, přičemž když se za ní zavřely brány porodnice, očekávalo se, že o dítě začne plně pečovat bez nepřetržitého dozoru personálu.

O téměř dvacet let později se na půdě porodní péče snaží prosadit znovuoustavené porodní asistentky, které slibují ženám služby, které mohou v tehdejším nastavení postrádat. Z analyzovaných textů vyplývá, že se na ně obracejí hlavně ženy nespokojené s lékařským modelem péče. Na půdu odborných médií se však problematika podpory bondingu nedostává. Dostačující je zavedený systém rooming-in z osmdesátých let. Tehdejší situace je výsledkem předcházející debaty a situaci není nutné měnit.

Odborný diskurz se bondingem zabývá až v současné době, kdy je výsledkem zapojení psycholožek do debaty a kontakt matky s dítětem posunují na dobu bezprostředně po porodu, nikoli až po ošetření dítěte, po několika hodinách po porodu, či jenom přes den. Nejde jen o měřitelné ukazatele fyzického zdraví, ale též o biologické a emocionální procesy a neoddělitelnosti matky od jejího dítěte.

Lze očekávat od tohoto diskurzu další změny v porodní a poporodní péči? Klíčové je, jak se zachovají dominantní představitelé moci rozhodovat, uživatelé expertního

diskurzu, tedy lékaři. Druhou možností by mohlo být zapojení porodních asistentek do odborného diskurzu, nebo organizací, které prosazují zájmy žen, jako je např. v českém prostředí již zmiňované Hnutí za aktivní mateřství či Aperio. Období je dalším změnám otevřené, aktuální vnímání situace lékaři lze ilustrovat následujícím úryvkem z analyzovaného textu:

*„V Lékařských listech vyšel v květnu článek podepsaný soukromým gynekologem a porodníkem, který si přál zůstat v anonymitě. Autor článku mimo jiné popisuje „katastrofální zhoršení vztahů“ mezi porodníky a rodičkami slovy: „rodička nevěří porodníkovi“ a „porodník nevěří rodičce“ (text č. 26).*

Taková vyjádření ukazují, že i sami lékaři pocítují potřebu změny stávající situace.

## 9. Závěr a diskuse

České porodnictví se od dob socialismu výrazně proměnilo. Od velké změny zavádění systému rooming-in, přes umožnění otcům, aby byli u porodu, následována možností výběru porodnice a určitých služeb, jako jsou nadstandardní pokoje, porod v jiné než obvyklé poloze, jako například porod do vody nebo třeba na porodní stoličce. Ženám se již nezakazuje během porodu jíst a pít a pokud chtějí ulevit od bolesti, mohou jít do sprchy (voda může mít určité analgetické účinky), nebo si zaplatit epidurál. Rodička si může k porodu přivést jako oporu i někoho jiného, než otce dítěte, např. dula<sup>5</sup>. Později se rozhořela debata o alternativních porodech, přičemž alternativní se rozumělo jiný než

---

<sup>5</sup> Dula je žena, která prošla výcvikem a lze si ji objednat k doprovázení ženy během porodu, kdy jí poskytuje psychickou i fyzickou podporu. Snaží se přispívat k dobré tělesné i duševní pohodě matky i dítěte, usnadňuje komunikaci se zdravotníky. Neposkytuje zdravotnické služby a nenahrazuje porodní asistentku či lékaře. Má však svou přítomností vliv na pozitivnější zážitek porodu pro ženy, dokonce její přítomnost snižuje procento císařských řezů, používání léků proti bolestem a léků na podporu porodu (Klaus, Kennel, Klaus, 1993). Dula může ženě pomáhat již v těhotenství a též po porodu např. s kojením. Záleží na jejích znalostech a domluvě spolupráce se ženou. V českém prostředí jsou sdruženy do České asociace dul ([www.duly.cz](http://www.duly.cz)) a občanského sdružení Česká dula ([www.mojedula.cz](http://www.mojedula.cz)).

zavedený způsob vedení porodu v našich porodnicích. Dokonce bylo pro příznivce přirozeného porodu experimentálně zavedeno Centrum aktivního porodu při pražské nemocnici na Bulovce, jako primárně nelékařský model porodu, kde u porodu asistovaly porodní asistentky. Situace vyvrcholila obratem pozornosti k domácím porodům a možnosti volby pro ženy. V některých porodnicích se opět snaží provést změny, které by k nim přivedly rodičky a tyto se nerozhodovaly pro porod doma – viz projekt Přirozený porod v porodnici, který přinesl MUDr. Aleš Roztočil z jihlavské porodnice<sup>6</sup>. Problémy, kdy se nabídka ne vždy setká s poptávkou, ovšem přetrvávají.

Překvapivé je, že v těchto debatách je podpora raného kontaktu matky a novorozence „Popelkou,“ pouze okrajovou částí, často zmiňovanou jen jako prostředek (např. pro úspěšné kojení), nikoli cíl. Ženy přitom o kontakt se svým dítětem zájem mají, čehož si poskytovatelé péče všimli hned v počátečním období výzkumu této práce.

Pokud se vrátíme k výzkumu, který byl proveden v rámci bakalářské práce, která byla základem pro tuto diplomovou práci, tak ženy v současné chvíli řeší nejistotu ohledně respektování jejich přání a rozhodnutí volbou porodu mimo zdravotnické zařízení. Výzkum ukázal, že pro matku je kontakt se svým čerstvě narozeným dítětem silný a pozitivní emoční zážitek, který si ženy pamatují a vyhledávají i u dalších porodů. Snaží se si ho zajistit v porodnici pečlivým výběrem porodnice, prostřednictvím porodních plánů či poučeného doprovodu. Naopak velmi silným negativním zážitkem pro ženu je separace od jejího dítěte. Pokud žena není přinucena okolnostmi, své dítě z náručí neodkládá ani několik hodin po porodu.

Matky nepotřebují lákavé reklamy na porodnici, ale jistotu, že jejím přáním bude vyhověno. Jak uvedly některé ženy v rozhovorech k bakalářské práci, bylo jim slíbeno, že s nimi dítě být může, přesto však od něj byly odděleny, aniž by jim byl srozumitelně sdělen důvod, který separaci vyžaduje. Žena krátce po porodu není emočně naladěna na vyjednávání s nemocničním personálem, ale na své dítě (Slezáková 2013).

Jak je možné, že tato přání žen se v praxi nedostatečně odrážejí? Proč se při zavádění

---

6 <https://www.nemji.cz/prirozeny-porod-v-porodnici/d-4869/p1=4095> (cit. 21. 5. 2016)

systému rooming-in vyplňovaly s ženami dotazníky, aby byly zlehčovány jako neobjektivní? Proč zdravotníci necítí potřebu změnit celkově svůj přístup při poskytování porodní a poporodní péče?

Je mnoho studií zkoumajících různé modely porodní a poporodní péče. Analyzují různé měřitelné aspekty zdraví. V českém prostředí však existuje velmi málo studií, které by zkoumaly, co si přejí ženy. Všechny aktuálně dostupné jsou uvedeny v teoretické části této práce. Vesměs se shodují v tom, že matky chtějí mít své dítě po porodu u sebe a chtějí se o ně starat. Pro změnu v poskytované péči to ale nestačí. Tyto emoční potřeby žen jsou velmi vzdálené expertnímu diskurzu, který se zaměřuje na měřitelné parametry a výsledky poskytované péče. Je třeba, aby se takové studie stávaly součástí expertního medicínského diskurzu, nebo aby se přání žen komunikovala poskytovatelům porodní a poporodní péče jiným způsobem.

Ke změně by mohlo výrazně přispět odstranění asymetrie vztahu mezi rodičkami a zdravotníky, aby rodičky věděly, že jejich přání a rozhodnutí budou respektována a poskytovatelé péče nebyli ve stresu z proměňujících se vzájemných vztahů. Redefinování rolí zdravotníka a rodičí ženy by bylo velmi prospěšné. Nejvíce této proměně brání současné rámcování role lékaře jako dominantní a to, že lékaři ženám přisuzují roli s malým podílem na rozhodování o porodní a poporodní péči, zatímco jejich role nese největší díl odpovědnosti.

Určitou naději v tomto procesu představují psycholožky, které na tyto aspekty upozorňují a nabízejí řešení v podobě redefinice role zdravotníků, do jejichž odpovědnosti navrhují zahrnout více odpovědnosti za podporu matky, čímž jim bude umožněno přenést část jejich odpovědnosti za dítě na samotnou matku, ve zkratce pečovat o matku a dítě jako jednu jednotku a matku brát jako partnera v péči o dítě. Výsledkem by dle psycholožek byla spokojená matka i novorozenec, bez ohrožení jejich zdravotního stavu. Bohužel však psychologická stránka věci není nejdůležitějším aspektem porodní a poporodní péče a ukazuje se jako velice obtížné ji zařadit do



celkového konceptu poskytované péče.

Vědomí potřebnosti změn tu však je; byla ustavena Pracovní skupina pro porodnictví při Radě vlády pro rovné příležitosti žen a mužů<sup>7</sup>. Tato skupina zahájila svou činnost začátkem roku 2015 a má za cíl řešit otázky místa, způsobu a okolností předporodní, porodní a poporodní péče. Mimo jiné bere v úvahu i profesi porodních asistentek. Organizátoři si uvědomují komplexnost porodnické problematiky, z hlediska odborného i lidského, a tak za členy byli ustaveni zástupci různých profesí. Členkou je v této práci zmiňovaná pediatrička Marcela Peremská a klinická psycholožka Michaela Mrowetz. Další členové jsou zástupci porodních asistentek, zdravotních pojišťoven, právníci, Ligy lidských práv, politici, ale i sociologové (Ema Hrešanová, Iva Šmídová)<sup>8</sup>. Toto pestré složení dává naději na komplexní uchopení této problematiky. Bohužel se lékaři této přílišné otevřenosti brání a jsou zde též tendence o pojetí problematiky v protipólech porod v porodnici versus porod v domácnosti<sup>9</sup>.

Příjemce sdělení a typ diskurzu nehraje roli pro obsah sdělení. Neprokázano se, že by působil na změny obsahu. Což bylo ale možná též proto, že ne v každém sledovaném období byla skupina komunikátorů, příjemců sdělení a typu diskurzu zastoupená.

Dalším limitujícím faktorem této práce je skutečnost, že podpora bondingu je jen okrajovým tématem v diskurzu o českém porodnictví, přičemž k porodnímu procesu a péči neodvratně patří. Nevyvolává však takové emoce jako například porody doma, a tak není takový výběr materiálů k analýze. Na druhou stranu právě proto může být komunikace této problematiky důležitá.

---

7 <http://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/pri-uradu-vlady/jiri-dienstbier/aktualne/pracovni-skupina-pro-porodnictvi-pri-rade-vlady-pro-rovne-prilezitosti-zen-a-muzu-zahajila-svou-cinnost--126175/> (cit. 21. 5. 2016)

8 [http://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Pracovni\\_skupina\\_k\\_porodnictvi/PS\\_porodnictvi\\_seznam.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Pracovni_skupina_k_porodnictvi/PS_porodnictvi_seznam.pdf) (cit. 1. 6. 2016)

9 <http://www.tribune.cz/clanek/36211-neonatologove-kritizuji-slozeni-pracovni-skupiny-o-porodnictvi> (cit. 1. 6. 2016)

<http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/09/pracovni-skupina-pro-porodnictvi-ma-byt-na-ministerstvu-zdravnictvi-shodli-se-poslanci/> (cit. 1. 6. 2016)

## **Použitá literatura:**

Anderson, G. C., Radjenovic, D. Chiu, S. H, Conlon, M. Lane, A. E. 2004. „Development of an observational instrument to measure mother-infant separation post birth.“ *Journal of Nursing Measurement* 2004 Winter; 12(3): 215-34.

Barash, P. G., Cullen, B. F., Stoelting, R. K., Calahan, M., Stock, M. C. 2009. *Clinical Anesthesia*. Sixth edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Benford, R. D., Snow, D. A. 2009. „Framing Processes and Social Movements: An Overviews and Assessment.“ *Annual Reviews of Sociology*. 26:611–39.

Bowlby, J. 2010. *Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Překlad Ivo Müller. Praha: Portál.

Cahill, H. A. 2001. „Male Appropriation and Medicalization of Childbirth: A Historical Analysis“. *Journal of Advanced Nursing*. 33(3): 334 – 342.

Conrad, P. 1992. „Medicalization and Social Control.“ *Annual Reviews of Sociology*. 18: 209-232.

Corbinová, J. – Strauss, A. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.

Doležal, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum.

Donnison, J. 1977. *Midwives and Medical Men. A History of Inter-Professional Rivalries and Women's Rights*. London: Heinemann Education.

Ene, S. 2009. Biosocial Citizenship: Community Participation in Public Health. (Online). November 30, 2009. (cit. 28. 2. 2016). Dostupné z: <[http://www.case.edu/med/epidbio/mphp439/Biosocial\\_Comm.pdf](http://www.case.edu/med/epidbio/mphp439/Biosocial_Comm.pdf)>.

Entman, R. M. 1991. „Symposium Framing U.S. Coverage of International News: Contrasts in Narratives of the KAL and Iran Air Incidents.“ *Journal of Communication*, 41: 6–27.

Entman, R. M. 1993. „Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm.“ *Journal of Communication*. Vol. 43, no. 4, s. 51-58.

Epstein, S. 2008. „Patient Groups and Health Movements.“ Pp. 499–540 in E. J. Hackett, O. Amsterdamska, M. Lynch, J. Wajcman (eds.). *The Handbook of Science and Technology Studies*. Cambridge, MA: MIT Press.

Fendrychová, J., et al. 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej péče v pediatrii : 2. časť - péče o novorozence*. Brno: NCONZO.

Fisher, K. 1997. „Locating Frames in the Discursive Universe“ *Sociological Research Online*, vol. 2, no. 3, <<http://www.socresonline.org.uk/2/3/4.html>>.

Foucault, M. 1980. „The politics of health in the eighteenth century.“ Pp. 166-183. In: *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings by Michel Foucault, 1972-1977*, ed. by C. Gordon. New York: Pantheon.

Foucault, M. 1991. „Governmentality“. In: Burchell, G., C. Gordon, P. Miller (ed.). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, s. 87–104.

Foucault, M. 1994. „Řád diskurzu.“ Pp. 7–39. In: Foucault, M. *Diskurz, autor, genealogie*. Praha: Nakladatelství Svoboda.

Foucault, M. 1999. *Dějiny sexuality I. Vůle k vědění*. Praha: Hermann & synové.

Foucault, M. 2000. „The Birth of Social Medicine“. In: Foucault, M. *Essential Works III: Power*. New York: The New Press.

- Foucault, M. 2002a. *Archeologie vědění*. Praha: Herrmann & synové.
- Foucault, M. 2002B: „*Power: Essential works of Foucault 1954-1984*.“ Pinguin, London.
- Foucault, M. 2003. „Subjekt a moc.“ In *Myšlení vnějšku*. Praha: Herrmann & synové.
- Gamson, W. A. 1995. „Constructing Social Protest“. In: Hank Johnston and Bert Klandermans (editors) *Social Movements and Culture*. London: UCL Press.
- Goffman, E. 1974. *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. London: Harper and Row.
- Hašková, H. 2001a. *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: SOÚ AV ČR.
- Hašková, H. 2001b. *Sociální aspekty porodu: zpráva z výzkumu*. Praha: Aperio.
- Heitlinger, A. 1987. *Reproduction, Medicine and the Socialist State*. New York: St. Martin's Press.
- Hendl, J. 2005. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál.
- Hrešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita.
- Hrešanová E., Hasmanová Marhánková J. 2008. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2008, vol. 44, No. 1: 87 – 111.
- Hořejší, A. 2012. Analýza současného stavu v porodnictví s ohledem na právní postavení porodních asistentek a možnosti svobodné volby žen. *Normální porod* (online) 12. 5. 2012 (cit. 28. 2. 2016). Dostupný z WWW < <http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/09/Pravni-analyza-postaveni-PA.pdf>>.

Chateau, P., Wiberg, B. 1977. „Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I. First observations at 36 hours.“ *Acta Paediatrica*. Sv. 66, č. 2, str. 137–143.

Illich, I. 1976. *Limits to Medicine – Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Pantheon.

Jordan, Brigitte. 1992. „Authoritative Knowledge and Its Construction.“ Introductory Remarks to *Symposium on Birth in Twelve Cultures: Papers in Honor of Brigitte Jordan*. *Annual Meetings of the American Anthropological Association*. San Francisco, 3. 12. 1992.

Kagan, J. 2010. *Three seductive ideas*. Cambridge, MA, Harvard University Press. In: Mooney, C. G., *Theories of Attachment: an Introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennel and Klaus*. USA: Redleaf Press.

Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H. 1995. *Bonding: Building the Foundations of Secure Attachment and Independence*. USA: Addison-Wesley Publishing Company.

Klímová-Fügnerová, M. 1964. *Naše dítě: před narozením, první rok dítěte, dítě po prvním roce*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

Kodyšová, E., Mrowetz, M. 2010. „Psychologie porodu – chiméra, nebo realita?“ *Psychosom.* Č. 8, str. 37–44.

Křížová, E. 2004. „Současné proměny lékařské role a vědění jako nástroj moci v demokratizující se společnosti.“ Pp. 147–164 in Hana Mášová, Eva Křížová, Petr Svobodný (eds.). *České zdravotnictví. Vize a skutečnost složité peripetie od plánů k realizaci*. Praha: Karolinum.

Langmeier, J., Matějček, Z. 1986. *Počátky našeho duševního života*. Praha : Panorama.

Leboyer, F. 1995. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos.

Mahmud, N., Masuzaki, H., Yasunaga, M., et al. 1991. „Behavioral pattern of the newborn. Earliest timing for initiating attachment behavior in the infants.“ *Acta medica Nagasakiensia*, Sv. 36, č.1–4, str. 94–97.

Marek, V. 2002. *Nová doba porodní*. Praha: Nakladatelství Emitent.

Mooney, C. G. 2010. *Theories of Attachment: an Introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennel and Klaus*. USA: Redleaf Press.

Mercer, J. 2006. *Understanding Attachment*. Westport, CT: Praeger Publishers, In: Mooney, C. G. 2010. *Theories of Attachment: an Introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennel and Klaus*. USA: Redleaf Press.

Mrowetz, M., Chrastilová, G., Antalová, I. 2011. *Bonding – porodní radost*. Praha: DharmaGaia.

Mrowetz, M. Peremská, M. „Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti?“ *Pediatric pro praxi*; 14 (3): 201 – 204.

Mrowetz, M. 2011. „Motivy k plánovanému porodu mimo zdravotnické zařízení.“ *Zdravotnické noviny* (online) 21. 1. 2011. (cit. 28. 2. 2016). Dostupný z WWW <<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/motivy-k-planovanemu-porodu-mimo-zdravotnicke-zarizeni-457509>>.

Nissen, E., Lilja, G., Widström, A. M., Uvnäs-Moberg, K. 1995. „Elevation of oxytocin levels early post partum in women.“ *Acta Obstet Gynecol Scand*. Sv. 74, č. 7, str. 530–533.

Odent, M. 1995. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Praha: Argo.

- Pařízek, A. 2005. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vyd. Praha: Galén.
- Reiger, K. 2008. „Domination or Mutual Recognition? Professional Subjectivity in Midwifery and Obstetrics.“ *Social Theory and Health* 6 (2): 132-147.
- Rose, N., Novas, C. 2003. “Biological citizenship”. In Ong, A.(ed.), S. Collier. *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. London: Blackwell, s. 439–463.
- Schmidt, V. A. 2010. „Taking ideas and discourse seriously: explaining change through discursive institutionalism as the fourth ‘new institutionalism’.“ *European Political Science Review*, No. 2, pp. 1-25. (online, citováno 14. 5.2016). Dostupný z WWW <<http://dx.doi.org/10.1017/S175577390999021X>>.
- Slepičková, L., Šlesingerová, E., Šmídová, I. 2012. „Biomoc a reprodukční medicína: konceptuální inspirace pro český kontext.“ *Sociologický časopis* 48 (1): 85-10.
- Slezáková, Z. 2013. *Bonding matky a novorozence: Narativní studie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta Humanitních studií. Vedoucí bakalářské práce Gabriela Seidlová-Málková.
- Tinková, D. 2010. *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo.
- Vránová, V. 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Winnicott, D. W. 1987. *Babies and Their Mothers*. Reading, Mass: Addison-Wesley. In: Mrowetz, M., Chrástilová, G., Antalová, I. 2011. *Bonding – porodní radost*. Praha: DharmaGaia.
- Takács, L., Kodyšová, E, Kejřová, K., Bartošová, M. 2011. „Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky.“ *Psychologie pro Praxi*. Č. 3-4 2011, str. 9 – 23.

World Health Organization (WHO) 1998. *Evidence for the 10 Steps to Successful Breastfeeding* (rev. Ed., WHO/CHD/98.9). Geneva.

Temkin, E. 2002. „Rooming-in: redesigning hospitals and motherhood in cold war America.“ *Bulletin of the history of medicine*. Summer;76(2):271-98.

Varney, H., Kriebs, J. M., Gregor, C. L. 2004. *Varney's midwifery*. 4. vyd. London: Jones and Bartlett Publishers.



## **Analyzované materiály:**

### **Období č. 1 (1982 - 1984):**

1. Šráčková, D. 1982. Potíže při zavádění systému rooming-in. *Československá gynekologie* 47 (8): 584 – 585.
2. Kejřová, Z. 1983. Rooming-in systém z pohledu pediatra. *Československá gynekologie* 48 (1): 119.
3. Petrák, T. 1983. První zkušenosti s rooming-in v prostředí porodnického oddělení nemocnice I. typu. *Československá gynekologie* 48 (3): 202 - 206.
4. Šráčková, D. 1983. Společné umístění matky s novorozencem. I. sdělení. *Československá gynekologie* 48 (4): 268 – 271.
5. Šráčková, D., Šráček, J. 1983. Společné umístění matky s novorozencem. II. sdělení. *Československá gynekologie* 48 (4): 271 – 274.
6. Štěpán, V. 1983. Naše zkušenosti s částečným rooming-in systémem. *Československá gynekologie* 48 (4): 274 – 277.
7. Pižlová, J. 1983. Některé poznatky z parciálního rooming-in systému z hlediska pediatra. *Československá gynekologie* 48 (4): 277 – 280.
8. Vaščešen, Z., Šula, F., Šilhan, J. 1983. Ohlasy našich rodiček na systém rooming-in. *Československá gynekologie* 48 (8): 442 – 443.
9. Procházková, E., Janovský, M., Melichar, V. 1983. Péče o novorozence společně s matkou (rooming-in) v ÚPMD. *Československá gynekologie* 48 (7): 484 – 487.
10. Sobotková, D., Kravka, A. 1983. Postoje matek k novému způsobu péče o matky a

novorozence. *Československá gynekologie* 48 (7): 488 – 491.

11. Šráčková, D. 1983. Rooming-in – problematika zdravotníků? *Československá gynekologie* 48 (9): 678 – 679.

12. Zoubek, J., Zajíček, M., Mohapl, M. 1983. Přednosti systému rooming-in. *Československá gynekologie* 48 (9): 680 – 682.

13. Pulchmetr, V., Pulchmetr ml. 1984. Využití novorozeneckého oddělení při přechodu na rooming-in systém. *Československá gynekologie* 49 (10): 728 – 729.

14. Šráčková, D. Kojení v systému rooming-in. *Zdravotnická pracovnice* 32 (2): 662 – 665.

15. Langmeier, J., Matějček, Z. 1986. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, s. 167 – 181.

## **Období č. 2 (1998 – 2000):**

16. Chvátalová, H. Maminky by měly mít možnost volby. *Rodina.cz* (online) 26. 4. 1999 (cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.rodina.cz/clanek20.htm>>.

17. Vnoučková, M. Jak se rodí v Holandsku. *Rodina.cz* (online) 20. 9. 2000 (cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.rodina.cz/clanek925.htm>>.

18. (Autor neuveden) Moje vize: porod pro příští tisíciletí ve Střední Evropě. *Rodina.cz* (online) 5. 10. 2000 (cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.rodina.cz/clanek958.htm>>.

19. Mydlilová, A. Zásady úspěšného kojení. *Rodina.cz* (online) 18. 5. 1999 (cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.rodina.cz/clanek185.htm>>.

20. Mydlilová, A. Jak úspěšně kojit. *Rodina.cz* (online) 10. 6. 1999 (cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.rodina.cz/clanek162.htm>>.

21. Mydlilová, A. Když kojení bolí. *Rodina.cz* (online) 23. 8. 1999 (cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.rodina.cz/clanek300.htm>>.

22. (Autor neuveden) Jaký byl náš porod? *Rodina.cz* (online) 6. 3. 1999 (cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.rodina.cz/clanek22.htm>>.

23. (Autor neuveden) Brno – Polní – rooming-in. *Rodina.cz* (online) 28. 1. 2000 (cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.rodina.cz/clanek958.htm>>.

24. (Autor neuveden) Vrchlabí – o porodnici. *Rodina.cz* (online) 28. 1. 2000 (cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.rodina.cz/clanek958.htm>>.

### **Období č. 3 (2011 - 2016):**

25. Mrowetz, M. 2011. Motivy k plánovanému porodu mimo zdravotnické zařízení. *Zdravotnické noviny* (online) 21. 1. 2011. (cit. 28. 2. 2016). Dostupný z WWW <<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/motivy-k-planovanemu-porodu-mimo-zdravotnicke-zarizeni-457509>>.

26. Kodyšová, E., Mrowetz, M. 2010. Psychologie porodu – chiméra, nebo realita? *Psychosom.* 8(1) 8: 37–44.

27. Mrowetz, M. Peremská, M. 2011. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi*; 14 (3): 201 – 204.

28. Takács, L., Kodyšová, E. 2011. Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie*; 76 (3): 199 – 204.

29. Takács, L., Kodyšová, E. 2012. Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká gynekologie*; 77 (1): 15 – 21.
30. Takács, L., Kodyšová, E, Kejřová, K., Bartošová, M. 2011. Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky. *Psychologie pro Praxi*. č. 3-4 2011: 9 – 23.
31. Takács, L., Kodyšová, E, Kejřová, K., Bartošová, M. 2011. Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *E-psychologie*; 5 (1): 16 – 32.
32. Hodálíková, T., Neckářová, M. Mateřskou lásku máme v mozku! *Blesk*; 23 (5): 16 – 17.
33. Víchová, T. Bonding: První spojení, které má zásadní vliv na kojení a vývoj. *Maminka* (online) 12. 7. 2013. (cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.maminka.cz/clanek/bonding-prvni-spojzeni-ktere-ma-zasadni-vliv-na-kojeni-a-vyvoj>>.
34. (Autor neuveden). Bonding po porodu mohou rodiče využít již také v meziříčské nemocnici. *Obelisk*; březen 2016: 11.
35. (Autor neuveden) Pardubická porodnice podporuje bonding. Je důležitý pro dítě i maminku. (online) 6. 3. 2014. (cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<https://www.pardubickykraj.cz/aktuality/77420/pardubicka-porodnice-podporuje-bonding-je-dulezity-pro-dite-i-maminku-rika-pediatricka?previev=archiv>>.
36. Fakultní nemocnice Ostrava (Autor neuveden) Bonding (online, cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.fno.cz/oddeleni-neonatologie/bonding>>.
37. Haluška, M. V havířovské nemocnici podporují novou metodu porodu (online, cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.novinky.cz/vase-zpravy/moravskoslezsky-kraj/karvina/2214-16575-v-havirovske-nemocnici-podporuji>>.

novou-metodu-porodu.html>.

38. Nemocnice Mělník (Autor neuveden) Bonding (online, cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.fno.cz/oddeleni-neonatologie/bonding>>.

39. Nemocnice Neratovice (Autor neuveden) Porody (online, cit. 21. 5. 2016). Dostupný z WWW <<http://www.emslife.cz/1-pilir/gynekologie-a-porodnictvi/porody>>.

40. Mydlilová, A. 2013. Kojení donošených novorozenců. *Česká gynekologie*; 78 (Supplementum): 95 – 97.

41. Šulová, L., Fait, T. 2015. Chování novorozence a jeho psychosociální potřeby. *Praktická gynekologie*; 19 (2): 131 – 135.

42. Kodyšová, E., Mrowetz, M. 2013. Co se děje v českém porodnictví – mezi dítětem, matkou a porodníky? *Psychosom*; 11 (3): 196 – 201.