

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

**Diplomová práce**

**2023**

**Barbora Jiříčková**

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

**„Neodevzdat moc“: Neasistovaný porod v České republice**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Barbora Jiříčková

Studijní program: Sociologie

Vedoucí práce: Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2023

## **Prohlášení**

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

V Praze dne 3.5.2023

Barbora Jiříčková v.r.

## **Bibliografický záznam**

JIŘIČKOVÁ, Barbora. „Neodevzdat moc“: Neasistovaný porod v České republice. Praha, 2023. 109 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce Mgr. Ema Hrešánová, Ph.D.

**Rozsah práce:** 224 819 znaků (včetně mezer)

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce se zabývá problematikou neasistovaného porodu z perspektivy medicínské antropologie, resp. antropologie porodu. Pozornost je věnována především tomu, proč se některé ženy pro tento porod rozhodují, s přihlédnutím ke společenskému a právním kontextu, v němž je tato volba činěna. Práce je založena na kvalitativním výzkumu, a vychází především z hloubkových rozhovorů s devíti ženami, které mají vlastní zkušenost alespoň s jedním porodem bez odborné zdravotnické asistence. Hlavní zjištění této práce potom vycházejí především z tematické analýzy dat a jejich interpretace, na základě níž bylo identifikováno pět tematických kategorií: vlastní konceptualizace porodu, následování vlastních potřeb, nedůvěra v lékaře a v bio-medicínský systém, autoritativní vědění a péče u porodu. Celkovým zastřešujícím tématem je potom snaha žen „neodevzdat svou moc“, která koresponduje s ustanovením aktérství (agency) rodičky v rámci těhotenství a porodního procesu. Práce kromě jednotlivých faktorů, které mají vliv na rozhodnutí rodiček, představuje také strukturální bariéry, které mohou volbu ovlivňovat, a které tvoří především nedostupnost komunitních asistentek, zapříčiněná do značné míry českou právní úpravou péče u domácích porodů. Kromě toho se však práce detailně věnuje tomu, jaké významy rodičky porodu připisují, jak tyto konceptualizace ovlivňují preferovanou podobu a podmínky porodu, či jaký je vztah rodiček k systému porodní péče.

## **Abstract**

This thesis addresses the issue of unassisted childbirth from the perspective of medical anthropology, or the anthropology of childbirth. Particular attention is paid to the question of why some women choose to give birth this way, taking into account the (Czech) social and legal context in which this choice is made. The work is based on qualitative research, and draws primarily on in-depth interviews with nine women who have had their own experience of at least one birth without professional medical assistance. The main findings of this thesis are primarily based on thematic data analysis and its interpretation, which identified five main thematic categories: own (emic) conceptualization of childbirth; following one's own needs; distrust of doctors and the bio-medical system; authoritative knowledge; and care during childbirth. The overall overarching theme is women's desire to

'not give away (surrender) their power', which corresponds with their effort to establish and maintain agency within the pregnancy and birth process. In addition to the particular factors that influence the decision of the mothers, the thesis also presents structural barriers that may influence their decision, which is mainly the unavailability of community (certified) midwives, caused to a large extent by the Czech legal regulation of care in home births. In addition, however, the thesis looks in detail at the meanings that birth mothers ascribe to childbirth, how this conceptualization influences the preferred form and conditions of childbirth, or how mothers relate to the maternity care system.

## **Klíčová slova**

neasistovaný porod, domácí porod, aktérství, autoritativní vědění, medicínská antropologie, antropologie porodu

## **Keywords**

freebirth, home birth, agency, authoritative knowledge, medical anthropology, anthropology of birth

## **Title**

“Not surrendering your power”: Freebirth in the Czech Republic

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí této práce Mgr. Emě Hrešanové, Ph.D. za její cenné rady a trpělivost. Také bych ráda poděkovala své rodině a svým blízkým za podporu při mém studiu. V neposlední řadě velmi děkuji informátorkám, které se na tomto výzkumu podílely, a jejichž příběhy umožnily této práci vzniknout.

## Obsah

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 1       | Úvod.....  | 11 |
| 2       | Teoretická část .....  | 17 |
| 2.1     | Teoretická východiska antropologie porodu .....                | 17 |
| 2.1.1   | Sociální konstrukce porodu .....                               | 17 |
| 2.1.2   | Modely porodu a porodní péče .....                             | 18 |
| 2.1.3   | Autoritativní vědění.....                                      | 20 |
| 2.2     | Neasistovaný porod v sociálně-vědním výzkumu .....             | 21 |
| 3       | Metodologie.....   | 24 |
| 3.1     | Výzkumný problém a výzkumné otázky .....                       | 24 |
| 3.2     | Metoda sběru dat .....   | 24 |
| 3.3     | Účastnice výzkumu .....  | 26 |
| 3.3.1   | Výběr účastnic výzkumu .....                                   | 26 |
| 3.3.2   | Charakteristika zkoumané skupiny .....                         | 26 |
| 3.4     | Analýza dat .....  | 28 |
| 3.5     | Etické aspekty výzkumu .....                                   | 29 |
| 4       | Empirická část .....   | 31 |
| 4.1     | Vlastní konceptualizace porodu .....                           | 32 |
| 4.1.1   | Přechodový rituál – porod jako transformativní zkušenost ..... | 32 |
| 4.1.1.1 | (Trans)formace jedince i společnosti .....                     | 33 |
| 4.1.2   | Porod jako přirozený proces .....                              | 34 |
| 4.1.3   | Role psychiky .....  | 35 |
| 4.1.4   | Živočišnost .....  | 36 |
| 4.1.5   | Porod jako součást sexuálního života.....                      | 37 |
| 4.1.6   | Smrt a smrtelnost.....   | 38 |
| 4.1.7   | Bezpečí, riziko a risk management .....                        | 39 |
| 4.1.7.1 | Risk management .....  | 41 |
| 4.2     | Následování vlastních potřeb .....                             | 44 |
| 4.2.1   | Přítomnost dalších osob u porodu .....                         | 45 |
| 4.2.1.1 | Přítomnost asistentky .....                                    | 46 |
| 4.2.2   | Nebýt rušena .....   | 47 |
| 4.2.3   | „Být sama“ .....   | 50 |
| 4.2.4   | Nemuset se ovládat.....  | 52 |
| 4.2.5   | Domácí prostředí .....   | 54 |
| 4.3     | Nedůvěra v lékaře a v biomedicínský systém .....               | 56 |



|         |  |    |
|---------|--|----|
| 4.3.1   | Kritika lékařů a medikalizace .....                          | 56 |
| 4.3.2   | (Negativní) zkušenost s předchozím porodem v nemocnici ..... | 62 |
| 4.3.3   | Odmítání kontrol v těhotenství .....                         | 65 |
| 4.4     | Autoritativní vědění .....                                   | 72 |
| 4.4.1   | „Expert on her own body“ – rodičí žena jako expert .....     | 72 |
| 4.4.1.1 | Vtělené vědění a intuice .....                               | 73 |
| 4.4.1.2 | Využití lékařského vědění a terminologie .....               | 76 |
| 4.4.2   | Vtělené vědění a autorita těla .....                         | 78 |
| 4.4.3   | Aktérství rodičího se dítěte .....                           | 79 |
| 4.4.4   | Vnější autorita .....  | 80 |
| 4.5     | Péče u porodu .....  | 82 |
| 4.5.1   | Porodní asistentky .....                                     | 82 |
| 4.5.2   | Osoby bez zdravotnického vzdělání .....                      | 87 |
| 4.5.2.1 | Porodní báby .....   | 89 |
| 4.5.3   | Partner .....  | 91 |
| 4.6     | I-poems/já-básně – experimentální metoda .....               | 93 |
| 5       | Závěr .....  | 96 |
| 6       | Literatura: .....  | 99 |

*„Já jsem si,  
když jsem zaklapla ten notebook,  
ty videa už jsem nedokoukala,  
tak jsem si říkala:  
Já jsem schopná porodit svoje dítě sama.  
Já nepotřebuju k tomu muže,  
nepotřebuju k tomu porodní asistentku.“*  
(Lucie, I-poem)



1

---

<sup>1</sup> **Obr. 1** – Znárodnění Pačamamy (Pachamama), incké bohyně plodnosti a „Matky Země“ (případně „matky všech“), jak ve dřepu a samostatně rodí dítě (zdroj obrázku: Visualizing Birth 2011).

# 1 Úvod

Porod v nemocničním prostředí představuje v České republice jedinou formu porodu, která je podporována ze strany systému zdravotní péče. V jiných státech se ovšem můžeme setkat s odlišnou praxí, kdy jsou i alternativní způsoby či místa porodu zahrnuty do systému porodní péče. Příkladem může být Nizozemí, kde až 20 % porodů probíhá v domácím prostředí a kde jsou domácí porody hrazeny z pojištění, nebo Spojené království, kde jsou porody doma dostupnou volbou, která je zároveň veřejnými institucemi považována v případě nekomplikovaných těhotenství za srovnatelně bezpečnou variantu jako porod v nemocnici (Zielinski, Ackerson, Low 2015). Alternativní formy (místa) porodu, ze kterých by ženy mohly volit, jako například porodní domy či porody v domácím prostředí s porodní asistentkou, nejsou v tuzemsku v současné době podporovány ze strany legislativy. Přestože porod v domácím prostředí není v České republice zahrnut do systému státem nabízené a podporované péče, část žen se pro toto místo porodu rozhoduje. Domácí porod představuje fenomén, který (nejen) v ČR volí některé ženy především proto, že nejsou spokojeny s péčí nabízenou v porodnicích a vymezují se tak proti biomedicínskému pojetí porodu (Durnová, Hejzlarová 2021).

Tematika *domácích porodů* představuje v české veřejné debatě poměrně kontroverzní téma. Biomedicínský diskurz, který podporuje normativitu porodu v nemocničním prostředí a zdůrazňuje rizikovost porodu, je ve veřejné diskusi podpořen především hlasem lékařů, kteří kritizují rodičky, které se pro domácí porod rozhodují, a prezentuje je převážně jako zbytečně riskující (Durnová, Hejzlarová 2021; Hejzlarová 2021). Na druhé straně však zaznívá také kritika dostupné porodní péče, a to ze strany nespokojených rodiček, zástupkyň komunitních porodních asistentek a v neposlední řadě lidskoprávních organizací, které se opírají také o doporučení WHO, a poukazují především na nerespektující přístup k rodičkám.

Porody, které plánovaně probíhají v domácím prostředí, se v rámci České republiky aktuálně zabývaly Durnová a Hejzlarová (2021). Výzkumnice analyzovaly zkušenosti 642 žen, které plánovaně podstoupily domácí porod mezi lety 2015 a 2020. Podle studie lze domácí porod v českém kontextu vysvětlit převážně jako reakci žen na nesouhlas se stavem péče poskytované v porodnicích, tuto volbu tak lze vnímat jako vzdor žen vůči medikalizovanému pojetí porodu v českých nemocnicích (Durnová, Hejzlarová 2021). Z výzkumu Durnové a Hejzlarové vyplývá, že ženám, které se rozhodly pro domácí porod, chybí v nemocnicích především respektující přístup, jelikož mnoho žen se zde setkalo ze strany personálu s manipulativním či neempatickým zacházením. Za problematické je rodičkami dále považováno to, že v porodnicích dochází ke znevažování jejich schopností, kritizují

míru medikalizace porodu (a zdravotnictví obecně), s tím, že dochází k rutinnímu provádění některých zákroků (jako je epiziotomie, podávání oxytocinu apod.), a že dané intervence jsou v některých případech realizovány bez udělení souhlasu ze strany rodičky (Durnová, Hejzlarová 2021).

Rodičky, které se rozhodly pro domácí porod, tvoří většinou ženy s vyšším vzděláním, žijící převážně ve větších městech. Tyto ženy jsou zvyklé se (o porodu) informovat a zároveň vnímají rizika pojící se s domácím porodem, na který se často dopředu aktivně připravují. Důležitým zjištěním je, že většina dotazovaných žen považuje volbu rodit doma za racionální, na základě zvážení všech možných pro a proti. Většina žen si dopředu promýšlí, do jaké porodnice by směřovaly, pokud by nastaly při porodu komplikace. Podstatné také je, že tyto rodičky většinou „*nejsou zcela mimo zdravotnický systém: ač příliš nekonzultují s lékaři zda rodit doma, absolvují část běžných vyšetření (zejména ultrazvuková vyšetření, odběry krve a moči a screening vývojových vad)*“ [Durnová, Hejzlarová 2021: 4]. Šedesát šest % z dotazovaných žen by nerodilo doma, pokud by si mohlo vybrat svou porodní asistentku (Durnová, Hejzlarová 2021).

Domácí porod s porodní asistentkou nemusí představovat jedinou možnou alternativu k lékařsky vedeným porodům v nemocničním prostředí – další alternativu mohou tvořit porodní domy. Porodní dům představuje zdravotnické zařízení, kde je poskytována porodní péče ženám s nízkorizikovým průběhem těhotenství. Jedná se o místo, kde péči ženám poskytují porodní asistentky (PA), a které se zároveň nachází v blízkosti nemocnice, aby v případě komplikací mohlo dojít k rychlému převozu a k lékařskému zásahu. Tento typ péče v tuzemsku dostupný není, přestože existují iniciativy, podporující její vznik a informující o jejích přínosech (viz např. iniciativu *Ať Stojí*). Výzkum Durnové a Hejzlarové (2021) přitom ukázal, že až 65 % žen, které v minulosti zvolily domácí porod, by se rozhodlo spíše pro porodní dům, pokud by tuto možnost volby měly.

V posledních několika letech začala být v České republice zřizována tzv. Centra porodní asistence (CPA). Toto Centrum má reprezentovat nikoliv budovu, ale koncept péče a způsob přístupu k rodičce. Ministerstvo zdravotnictví (2020b) uvádí, že v rámci snahy o poskytování respektujícího přístupu k rodičkám se snaží vyhovět představám a požadavkům žen na poskytovanou porodní péči, a zároveň zajistit bezpečnost a odbornost porodu (Ministerstvo zdravotnictví 2020b). Ministerstvo si je dle svých slov vědomo poptávky po možnosti volby v této oblasti, včetně posílení péče „*nelékařských profesí v přátelském prostředí*“ [Ministerstvo zdravotnictví 2020b], a realizací Center porodní asistence se snaží na tuto společenskou poptávku reagovat. Současně ministerstvo také vychází z doporučení WHO týkající se porodní péče. Cílem provozování CPA je zároveň snaha o

podporu porodních asistentek a jejich kompetencí (Ministerstvo 2020b), v čemž ministerstvo rovněž odpovídá do jisté míry na poptávku určitých společenských skupin (např. projekt *Ať můžou*, který podporuje komunitní porodní asistenci).

Přestože je očividné, že se ministerstvo (a potažmo stát) snaží reagovat na nespokojenost rodiček s nabízenou porodní péčí, některé rodičky mohou vnímat jako problematické, že Centra porodní asistence jsou vždy stále svázána s konkrétní nemocnicí – ministerstvo tedy na společenskou poptávku odpovídá jen částečně. Podle Hejzlarové (2021) nicméně chybí v České republice souhrnná data o porodech mimo zdravotnické zařízení, o tom, jaké ženy se pro ně rozhodují, ale také o tom, jak probíhá péče v konkrétních porodnických zařízeních. Upozorňuje na to, že posuzování stavu zdravotnické péče nemůžeme redukovat pouze na sledování ukazatelů, jako je perinatální úmrtnost, ale je potřeba se zaměřit i na to, které ženy (a proč) dostupnou péči přijímají, a které ji naopak odmítají, a z jakých důvodů (Hejzlarová 2021). Žádná přesná evidence domácích porodů v České republice přitom není dostupná, a čísla, se kterými se pracuje, představují jen odhady o počtu plánovaných domácích porodů. Data o místě porodu eviduje Český statistický úřad (ČSÚ) a Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), nicméně jejich údaje se rozcházejí. Biostatistička Pavlíková upozorňuje na možnost získání přesnějších dat spoluprací mezi těmito institucemi (Pavlíková 2017).

Kromě toho ÚZIS již několik let eviduje počty plánovaných porodů doma, nicméně tato data jsou pravděpodobně velmi podhodnocená. Pavlíková (2017) konstatuje, že komunitní porodní asistentky, které asistují u domácích porodů, pravděpodobně nehlásí pravdivě místo porodu, jelikož by mohly být na základě současné legislativy stíhány a pokutovány. Přestože se v ČR podle realističtějších odhadů narodí ročně několik set až jeden tisíc dětí plánovaně doma, podle Pavlíkové se úřadům, a především pak Ministerstvu zdravotnictví, může hodit prezentovat domácí porody jako okrajovou záležitost, která se týká pouze malé skupiny rodičů (Pavlíková 2017). Počet domácích porodů, které probíhají plánovaně bez zdravotnické asistence, se dostává již zcela mimo evidenci systému. Jak upozorňuje Hejzlarová, pokud nevíme, kolik domácích porodů v České republice skutečně probíhá, jaký je zdravotní stav rodiček, ani jakým způsobem porody probíhají, nemůžeme ani přesně posuzovat jejich výsledky, včetně komplikací a stavu novorozenců, ani spolehlivě hovořit o jejich rizikosti a srovnávat je s nemocničními porody (Hejzlarová 2021).

Přestože porod v domácím prostředí není v České republice na základě právní úpravy ilegální, současný legislativní rámec komplikuje přítomnost porodních asistentek u porodů, které probíhají mimo nemocniční prostředí (Macháček 2020). Podmínky poskytování zdravotních služeb v ČR

upravuje především zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dále jsou podstatné prováděcími předpisy k tomuto zákonu, které představuje vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, a dále vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče (Ministerstvo zdravotnictví 2020a). Na základě tohoto zákona jsou definovány podmínky zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí, a tím pádem upravují i podmínky poskytování péče při domácích porodech. Pro asistenci u porodu je důležitá především podmínka technického a věcného vybavení, vyplývající ze zákona o zdravotních službách a z vyhlášky č. 92/2012 Sb. (Macháček 2020).

Nejvyšší soud v roce 2016 shledal, že v sociálním prostředí pacienta je možné „*vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení*“ [Nejvyšší soud 2016]. Vyhláška č. 92/2012 Sb. zároveň stanovuje, že při porodu je povinností zajistit „*provedení porodu císařským řezem nebo operace směřující k ukončení porodu ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče nejdéle do 15 minut od zjištění komplikace porodu*“ [Vyhláška č. 92/2012 Sb.: odst. 2.11.2.]. Porodní asistentky jsou oprávněné asistovat u fyziologického porodu jen v případě, že jsou zajištěné tyto požadavky pro řešení případných neočekávaných komplikací při porodu (Ministerstvo zdravotnictví 2020a). Jelikož komunitní asistentky nedisponují vybavením, které je k dispozici v nemocničním prostředí, tato vyhláška asistentkám znemožňuje vést plánovaný domácí porod. Jak uvádí Nejvyšší soud (2016), „*v České republice nemůže porodní asistentka získat oprávnění k samostatnému vedení fyziologického porodu v domácím prostředí*“ [Nejvyšší soud 2016]. Na základě zákona č. 372/2011 Sb., mohou být porodní asistentky, které domácí porody bez oprávnění vedou, pokutovány až do výše 1 milionu Kč (Zákon č. 372/2011 Sb.). Příkladem uplatnění nového znění zákona může být kauza, kdy byla v roce 2018 porodní asistentce Johance Kubaňové Krajským úřadem Středočeského kraje udělena pokuta za asistenci u domácího porodu, a to ve výši 120 tisíc Kč (Válová 2021).

Jako přelomový lze vnímat nedávný rozsudek Krajského soudu v Plzni (Rozsudek Krajského soudu v Plzni 2022), který se zastal porodní asistentky Lucie Kašové, které ministerstvo zdravotnictví v roce 2020 udělilo pokutu ve výši 100 tisíc Kč za vedení pěti domácích porodů. Podle rozsudku soudu *byla porodní asistentka oprávněna k vedení porodu v domácím prostředí „do té doby, než by u toho kterého porodu vyvstala potřeba provést výkon, jehož poskytnutí bylo podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jeho provedení ve zdravotnickém zařízení*“ [Krajský soud v Plzni 2022: odst. 91]. Kromě toho soud odkázal také na rozsudek Velkého senátu Evropského soudu pro lidská práva (ve Štrasburku) v jiném soudním sporu týkajícím se domácích porodů v ČR (*případ Dubská,*

*Krejzová vs. ČR*). Soud tehdy upozornil, že česká právní úprava týkající se domácích porodů je problematická především tím, že nenabízí ženám možnost volby místa porodu, a v demokratické společnosti není opodstatněná (European Court of Human Rights 2016).

Na základě současné právní úpravy porodů mimo zdravotnická zařízení se plánované domácí porody nacházejí v určité šedé zóně, která může být pro ženy riziková. Rodičky sice legálně mohou zvolit domácí porod, ale aktuální legislativní úprava *znemožňuje porod vedený zdravotnický vzdělanou osobou* (tedy porodní asistentkou). Současná legislativa tak nejen znemožňuje svobodnou volbu alternativy, ale také v praxi vede k tomu, že služby porodních asistentek jsou z důvodu hrozby pokuty omezené a některé ženy rodí doma bez jakékoliv odborné asistence, přestože o služby asistentky zájem mají (Hejzlarová 2021). Toto potvrzují například výpovědi klientek zmiňované pokutované asistentky Kubaňové. Podle jedné z nich ji stát *de facto nutí rodit neasistovaně*, jelikož omezením výkonu práce porodní asistentky ženě znemožňuje svobodnou volbu místa porodu, čímž ohrožuje bezpečnost rodičky a jejího dítěte (Válová 2021).

Domácí porod s porodní asistentkou, jako alternativa k nemocničnímu porodu, je tedy poměrně prozkoumaným tématem. Nicméně kromě toho existuje malý (Durnová, Hejzlarová 2021) počet žen, který dobrovolně podstupuje porod v domácím prostředí zcela bez jakékoliv zdravotnické asistence (tzv. *neasistovaný porod* nebo *svobodný porod*; *angl. unassisted childbirth* nebo *freebirth*), který je z pohledu biomedicínského diskurzu považován za více rizikovou volbu (Jackson, Dahlen, Schmied 2012). V této práci se pojmem *neasistovaný porod* rozumí takový (domácí) porod, u něž rodičí ženě neposkytuje péči osoba se zdravotnickým vzděláním (porodní asistentka), ale často se jej účastní další osoby (nejčastěji partner, dula, porodní bába, či jejich kombinace). Jedná se o formu porodu „mimo systém“ (Jackson, Dahlen, Schmied 2012; Jackson, Dahlen, Schmied 2020), ke kterému ženy vedou různé motivace – zmiňovaná kritika porodů v lékařském prostředí, snaha o větší autonomii nebo například snaha o prožití větší intimity při porodu (Holten, de Miranda 2016). Důvěra rodičky v porod jakožto přirozený proces, vedoucí ke schopnosti samostatně porodit, představuje další častou motivaci pro volbu neasistovaného porodu (Henriksen et al. 2020). Některé studie ovšem upozorňují, že neasistované porody mohou probíhat i z důvodů nízké dostupnosti jiných alternativ, a v takovém případě je rozhodovací proces rodiček ohledně místa (a pojetí) porodu ovlivněn také strukturálními bariérami v konkrétním právním kontextu (Diamond-Brown 2019).

Otázkou, zda neasistovaný porod můžeme vnímat jako výsledek „selhávajícího“ systému zdravotní péče, který ženám nenabízí dostatek alternativ, se zabývá již několik zahraničních studií. Dahlen,

Jackson a Stevens (2011) například sledují situaci australských žen, kde je přítomnost porodních asistentek u domácích porodů rovněž problematická. Studie prokázala, že některé z nich zvolily neasistovaný porod také proto, že péče porodní asistentky pro ně nebyla dostupná, a neasistovaný porod je tak vnímán jako důsledek neschopnosti nabídnout rodičkám alternativní porodní péči (Dahlen, Jackson, Stevens 2011). O'Boyle (2016) ve své studii uvádí, že ženy, které rodí neasistovaně v Irsku, zvolily tuto formu porodu převážně kvůli nedostupnosti volby jiné péče než porodu v nemocnici a nedostupnosti porodních asistentek u domácích porodů. K podobným závěrům dochází i Baranowska (2021) v kontextu Polska.

Cílem této práce je zaměřit se na fenomén neasistovaného porodu z perspektivy samotných rodiček, které se pro něj rozhodly, a na základě jejich příběhů se pokusit lépe porozumět jejich motivacím a prožitkům. Ačkoliv byl domácí porod a motivace pro něj již zkoumány, v České republice zatím chybí studie, která by se zaměřila na zkušenost žen, které plánovaně zvolily domácí porod bez zdravotnické asistence. Jak uvádějí Lou et al. (2022), lidé, kteří se nepodřizují dominantním medicínským praktikám, představují cenný zdroj poznatků, který může pomoci odhalit nedostatky mainstreamové zdravotní péče (Lou et al. 2022). Sledování fenoménu neasistovaného porodu v kontextu dostupnosti (alternativní) porodní péče v rámci konkrétního státu může tedy představovat prostředek, jak zhodnotit aktuální nastavení systému porodní péče a pomoci porozumět tomu, proč ženy volí volbu „mimo systém“.



## 2 Teoretická část

### 2.1 Teoretická východiska antropologie porodu

V rámci výzkumu neasistovaného porodu vycházím z perspektivy medicínské antropologie, konkrétně její subdisciplíny *antropologie porodu*, kterou můžeme nicméně vnímat v širším kontextu jako součást studia (ženské) reprodukce (Hrešanová 2008). Antropologie porodu se zaměřuje především na to, jaké významy jsou s porodem a reprodukcí v určitém společenském a kulturním kontextu spjaty, a jakým způsobem tyto významy formují konkrétní porodní praktiky a podobu porodní péče. Teoretická východiska této subdisciplíny do značné míry stavějí na feministické perspektivě, stavějí na foucaultovském pojetí těla a moci (např. Chadwick 2018), a zaměřují se například na popsání kulturních kontextů porodu (Jordan 1993 [1978]), dále na různé modely vedení porodu, s přihlédnutím k dominanci biomedicínského modelu porodu v „západní“ společnosti a jeho kritice (např. Oakley 1980; Davis-Floyd 1993; Davis-Floyd 2001), nebo propojují porod s dalšími koncepty, například tělesnosti a embodimentu (Martin 1987; Chadwick 2018).

#### 2.1.1 Sociální konstrukce porodu

Jedním z hlavních východisek antropologie porodu je především důraz na *sociální a kulturní podmíněnost* porodu. Ačkoliv porod lze označit za biologický proces, vždy je formován také kulturními významy a mechanismy, které ovlivňují podobu porodní péče v daném socio-kulturním kontextu. Pro pochopení toho, jakým způsobem porody v konkrétní společnosti probíhají, je důležité zohlednit také sociální významy, které jsou tomuto procesu přisuzovány. Na sociální povahu porodního procesu v západním kontextu se zaměřila například již Barbara K. Rothman (1977), ovšem jako průkopnickou lze vnímat také práci Brigitte Jordan *Birth in Four Cultures* (1993 [1978]), která představuje komparativní studii porodních praktik a systémů v Yucatánu, Holandsku, Švédsku a ve Spojených státech. Porod je v různých společnostech nejen jinak vnímán a zakoušen, ale konkrétní praxe se liší například také tím, jaké další osoby se porodu (kromě rodící ženy) účastní či zda je porod vnímán jako přirozená součást života, nebo jako riziková situace vyžadující lékařskou asistenci (Jordan 1978 cit. in Davis-Floyd 1996).

Kulturní podmíněnost porodu lze demonstrovat na příkladu konkrétní porodní praktiky, jejíž podoba se může diametrálně lišit v různých kulturních (a historických) podmínkách, a kterou představuje nejčastěji zaujímaná (či obecně preferovaná) *porodní poloha*. Při nemocničních porodech v „západních“ společnostech se ve velkém procentě případů rodička při druhé době porodní nachází na porodním lůžku vleže *na zádech*. Tato pozice je často vyžadována zdravotníky

(Irvin, De Leo, Davison 2022), a představuje zároveň polohu, ve které mají zdravotníci k rodičce přístup, a při které může být monitorován stav plodu prostřednictvím kardiokografie (Dekker 2022). Nicméně zejména v nezápádních společnostech, především před vlivem západní medicíny, ženy tradičně využívaly také například polohu ve dřepu, v polovičním dřepu, ve stoje, nebo „na všech čtyřech“.

Jordan (1993[1978]) popisuje, jakým způsobem ženy v Yucatánu rodily podle mayské tradice v hamakách. Mselle a Eustace (2020) dále uvádějí příklad Tanzanie, kde ženy tradičně rodily vsedě, vkleče, nebo ve dřepu, a držely se provazů nebo stromů. Podle výzkumnic jsou vlivem západní medicíny a pojetí porodu však ženy nyní vedeny k tomu, aby rodily v pozici vleže na zádech, ačkoliv to podle autorek odporuje doloženým benefitům porodu ve vzpřímené pozici (Mselle, Eustace 2020). Porod může být v sociálně-vědním kontextu vnímán jako moment, který odráží širší společenské mechanismy (Davis-Floyd 1994). Je to právě rodící tělo, na kterém se projevují a odrážejí působící společenské síly (jako například biomedicína či širší společenský kontext, ve kterém porod probíhá), ale zároveň tyto síly nad ním mohou vykonávat moc (Miller 2009).

### 2.1.2 *Modely porodu a porodní péče*

Při snaze porozumět volbě alternativní formy porodu v západní společnosti můžeme vycházet z distinkce mezi medicínským (lékařsky vedeným) a přirozeným porodem, jež je v sociologii a antropologii porodu často užívána. *Lékařsky vedený porod a přirozený porod* lze vnímat jako dva proti sobě stojící kulturní modely pojetí porodu, které mohou ovlivnit, jakým způsobem a kým je porodní proces „veden“. Popsání praktik medicínského porodu se věnovala např. již Ann Oakley (1980) nebo Emily Martin (1987). Lékařský model je vnímán jako typický pro západní společnosti, a je charakteristický především tím, že rámuje proces porodu jako inherentně rizikový, vyžadující lékařský zásah a kontrolu, aby byla tato potenciální zdravotní rizika minimalizována.

V západní společnosti v kontextu biomedicínského pojetí porodu dochází k procesu *medikalizace* porodu (a dalších oblastí reprodukčního zdraví). Medikalizace může být vnímána jako proces, v rámci něhož dochází k redefinici porodu jako medicínské záležitosti, kdy na rodící tělo je nahlíženo jako na medicínské objekty, a v rámci něhož jsou technologie považovány za více legitimní nástroj než vtělené a individuální vědění samotných rodiček (Chadwick 2018). Medikalizace je vnímána kriticky také z feministického perspektivy, neboť je vnímána jako projev odejímání kontroly a autonomie rodícím ženám nejen nad jejich porodním procesem, ale potažmo nad reprodukčním zdravím. Rodící ženy jsou v tomto modelu péče odkázány na zdravotníky, ačkoliv se jedná o oblast, která představovala historicky ženskou doménu (Miller 2009).

V návaznosti na vliv technologií v porodnictví v západní společnosti navazuje Davis-Floyd (1993; 1994; 1996; 2001) na ideu lékařského vs. přirozeného porodu a rozděluje pojetí modelů porodu na *technokratický*, *humanistický* a *holistický*. *Technokratické* pojetí těla a porodu vychází podle ní z karteziánského dualismu, který významně ovlivňuje biomedicínské pojetí těla. Podle Davis-Floyd se důležitost technologií v západní společnosti odráží právě v porodní praxi, a projevuje se v umístění porodů v nemocnicích, monitorováním stavu ženy a plodu skrze pokročilé technologie, vyvoláváním porodu či vysokým procentem císařských řezů. Problematické je také to, že tento model porodu ovlivňuje také země třetího světa (Davis-Floyd 1996). Podobně Martin (1987) pracuje s metaforou ženského těla jako stroje, kdy porodník je vnímán jako technik či manažer, který celý „pracovní“ proces vede a dohlíží na něj. V tomto modelu je porodní proces (stejně jako ženské tělo) nevyzpytatelný a rizikový, jelikož vždy se může něco pokazit. Proto je potřeba za pomoci technologií a intervencí na porod dohlížet a mít jej pod kontrolou odborníků, kterými jsou v rámci biomedicíny zdravotníci (Martin 1987).

*Přirozený porod* je v současné době často vnímán jako praktická a ideologická opozice vůči lékařsky vedenému porodu. V rámci něj je porod považován za normální biologický proces, nad nímž by měly mít aktivní kontrolu samotné ženy a k lékařským intervencím (či samotné přítomnosti a zásahu lékaře) by se mělo přistupovat pouze ve výjimečných případech. Zastánkyně alternativních forem porodu (jako např. domácího porodu) tak často kritizují či odmítají převládající lékařský model péče a často názorově souzní spíše s ideály přirozeného porodu (Viisainen 2001). Holistický přístup dále klade důraz na důvěru ve vlastní (ženské) tělo, komunikaci a jednotu mezi matkou a dítětem, a odpovědnost za sebe sama (Davis-Floyd 1993). Barbara K. Rothman (1982) později tuto dichotomii vysvětlila na základě popisu rozdílů mezi tzv. lékařským porodem a *porodem vedeným porodní asistentkou* (či obecně péče vycházející z poznatků porodní asistence), aby zdůraznila význam ideologie porodníka a její vliv na výsledek porodu. Jak ale uvádí Miller (2009), v různých historických i sociálních kontextech dochází k odlišnému vnímání toho, co je to přirozený porod – podle některých jej lze prožít i v nemocnici, podle jiných pouze doma. Část žen ovšem také zastává názor, že skutečně přirozený porod lze prožít pouze při neasistovaném porodu (Miller 2009).

Podle Cheyney (2008) je z perspektivy kritické medicínské antropologie možné chápat lékařsky vedený porod jako kulturně podmíněnou normu, která je v rámci technologizovaného zdravotnictví a autority lékařů (a medicínské vědy) konstruována jako jediná *racionální* volba místa a formy porodu v západním kontextu. Ženy, které se rozhodují pro porod v domácím prostředí, tuto kulturní normu svou volbou odmítají (Cheyney 2008).

Vycházíme-li z výše nastíněné teorie, můžeme neasistovaný porod chápat jako odmítnutí

technokratického pojetí porodu a jako příklon k přirozenému či holistickému porodu, který kromě odmítnutí intervencí klade důraz na možnost vlastní *agency* (*aktérství*). Kritika a následné odmítnutí lékařského modelu porodu a příklon k přirozenému porodu může pomoci vysvětlit rozhodnutí žen porodit „mimo systém“. Henriksen et al. (2020) např. popisují, jak ženy, jež zvolily neasistovaný porod, uváděly nespokojenost s nabízenou péčí a předchozí negativní (až traumatickou) zkušenost s porodem v nemocnici. Naopak důvěra v samu sebe a ve vlastní schopnosti odpovídala tomu, že ženy vnímaly porod jako přirozený proces. Celkově důvěra v porod jakožto přirozený proces odrážela nedůvěru žen v systém státem nabízené péče (Henriksen et al. 2020).

Přestože distinkce lékařského a přirozeného/asistentkami vedeného porodu je bezesporu užitečná, jak uvádí např. Viisainen (2001), tyto dvě pojetí porodu představují spíše určité ideální typy, a většina žen, které volí porod v domácím prostředí, se názorově pohybuje někde na škále mezi těmito dvěma modely, tj. jen málo rodiček ve skutečnosti přijímá jen jeden z nich (Viisainen 2001). Ženy, které se rozhodnou pro domácí porod, nemusí nutně odmítat veškeré zásahy či techniky užívané v nemocnicích při lékařsky vedených porodech. Konkrétně potom ženy, které v minulosti porodily neasistovaně, spoléhají na *oba konkurenční diskurzy* porodu (porodní asistence a lékařů) a na jejich základě si vytvářejí vlastní pojetí *agency* (Miller 2009). Podle Feeley et al. (2015) naopak ženy, které si zvolily neasistovaný porod, odmítají *medicínský model péče, ale zároveň i model péče poskytované porodními asistentkami*.

### 2.1.3 Autoritativní vědění

V oblasti medicínské antropologie, a obzvláště potom v rámci antropologie porodu, je také velmi relevantní koncept *autoritativního vědění*. Ten v návaznosti na teorie Michel Foucaulta zavedla kulturní antropoložka Brigitte Jordan ve své knize *Birth in Four Cultures* (1993 [1978]), kde se zabývala studiem porodních praktik v různých kulturních kontextech. Podle ní „v rámci každé oblasti existuje několik systémů vědění, z nichž některé mají (na základě konsensu) větší váhu než jiné, a to buď proto, že lépe vysvětlují stav světa pro dané účely (efektivita), nebo protože jsou spojeny se silnější mocenskou základnou (strukturální nadřazenost), či obojí“ [Jordan 1997: 56].

Podle Jordan (1997) v rámci společnosti často dochází k tomu, že jeden druh vědění získá nad ostatními převahu a vyšší legitimitu. Jako důsledek legitimizace jednoho druhu vědění však nutně dochází k devalvací ostatních druhů vědění. Ustanovení autoritativního vědění je nepřetržitý sociální proces, který vytváří a zároveň odráží mocenské vztahy v rámci společnosti či konkrétní společenské oblasti. Určitá devalvace neautoritativních systémů vědění je obecným společenským mechanismem, jímž se vytvářejí a zobrazují hierarchické struktury (systémů) vědění. Členové

společnosti poté stávající společenský řád vnímají jako přirozený, a alternativní druhy vědění jsou považovány za nepodložené nebo irelevantní (Jordan 1997).

Koncept autoritativního vědění a konkurenčních systémů vědění lze velmi dobře aplikovat na problematiku (alternativní) porodní péče. V mocensky hierarchické situaci, kterou může představovat například vztah mezi lékařem a pacientem, jsou některé druhy vědění legitimizovány a jiné delegitimizovány. Role pacienta (nebo v tomto případě rodičky) je v takovémto hierarchickém uspořádání podřízena autoritě zdravotníků, kteří zároveň reprezentují autoritativní biomedicínské vědění (Jordan (1993) [1978]). Podle Rapp (1992) se v kontextu (amerických) porodů autoritativní vědění prakticky projevuje jako potlačení toho, co si rodičky samy myslí, vědí či představují o porodním procesu (Rapp 1992).

Nicméně vedle biomedicínského vědění o porodu existují ještě další, ve společnosti upozaděné formy vědění, které jsou vnímány jako nelegitimní. Jak uvádí Cheyney (2008), (nejen) v kontextu porodu je vědění, které je založené na racionalitě, vždy konstruováno jako nadřazené těm formám vědění, které nemají racionální základ (jako je např. intuice či instinkt rodičky) (Cheyney 2008). U nemocničních, lékařsky vedených porodů, je tak přikládána větší váha medicínskému vědění, oproti vědění založenému na tělesnosti (vtělené vědění – *embodied knowledge*) (Moore 2011).

## **2.2 Neasistovaný porod v sociálně-vědním výzkumu**

Problematika neasistovaného porodu není zatím v českém kontextu z hlediska medicínské sociologie a antropologie dostatečně prozkoumána. V posledních několika letech vznikla řada studií, mapujících tento fenomén v dalších zemích Evropy, v USA či v Austrálii, nikoliv však v České republice. Většina aktuálních výzkumů, které detailněji přibližují motivace žen pro domácí porod bez zdravotnické asistence, představuje příspěvky do odborných časopisů v oblasti porodní asistence či jiných zdravotnických oborů (nejčastěji se jedná o časopisy *Midwifery*, *Sexual & Reproductive Healthcare*, *BMC Pregnancy and Childbirth* atd.). Ze sociálně-vědního hlediska však tyto studie mohou mít určité nedostatky. Přestože se snaží pochopit motivace žen, ne vždy je k tématu přistupováno z emické perspektivy (účastnic výzkumu) a často je v těchto výzkumech patrný normativní charakter, vedoucí ke snaze začlenit tyto rodičky do systému, z něhož se vymykají. Ačkoliv tedy mohou přinášet užitečné informace o zkoumaném fenoménu a skupině žen, je potřeba brát zřetel na případná omezení těchto studií.

Nicméně i tyto studie apelují na to, aby zdravotnický „systém“ jejich zjištění přijal a začlenil do praxe, a přinejmenším v tomto mohou být užitečnými ukazateli, protože se snaží reagovat na skutečné potřeby rodiček, které současné porodnické systémy nemusí naplňovat. Například

Hollander et al. (2017) v nizozemské studii uvádí, že poskytovatelé péče by měli především respektovat důvěru rodiček v porodní proces a ve vlastní autonomní rozhodování. Podstatné také je, aby se zdravotníci informovali o alternativních poskytovatelích péče a zdrojích informací, které ženy vyhledávají. V neposlední řadě je vnímáno jako žádoucí, aby zdravotníci přehodnotili současný diskurz rizika, vážící se k porodům, a který může být využíván k zastrašování rodiček (Hollander et al. 2017).

Výzkum Lou et al. (2022) sleduje neasistované porody v kontextu Dánska. Jejich analýza odhalila čtyři stěžejní tematické kategorie. Rodičky sdílely pocit, že standardní systém pro ně není to pravé, který byl často podpořen negativní zkušeností, potřebou individualizované podpory a kontinuální péče. Druhým důležitým tématem je znovu-utváření důvěry v samu sebe, pojící se s potřebou rozpoznání vlastních potřeb a snahy o autonomii. U rodiček byla také zdůrazněna snaha o vlastní hledání informací, a na neasistovaný porod se dlouhodobě připravovaly. V neposlední řadě rodičky zdůrazňovaly potřebu vytvořit si pro porod bezpečné podmínky (Lou et al. 2022).

Také práce Baranowske et al. (2021) uvádí *předchozí negativní zkušenost* s porodní péčí jako významný faktor vedoucí k rozhodnutí žen родit neasistovaně. Podobně jako českým rodičkám (Durnová, Hejzlarová 2021), také polským ženám, které zvolily porod mimo zdravotnické zařízení, vadí především rutinní využívání medicínských technologií a chybějící respekt ze strany poskytovatelů péče. K rozhodnutí pro neasistovaný porod ženy často docházejí kvůli neuspokojivé nabídce péče v domácím prostředí. Neasistovaný porod je tedy v polském kontextu vnímán spíše jako důsledek nedostačující porodní péče než jako preference rodiček (Baranowska et al. 2021).

Lindgren et al. (2017) se změřily na zkušenosti švédských rodiček. Podle výzkumnice u žen, které se rozhodují pro neasistovaný domácí porod, dochází ke konfliktu mezi zodpovědností, mocí a kontrolou, a zároveň nejistým vztahem k vnějším okolnostem a společenskému systému. Pro tyto ženy je charakteristická na jedné straně touha po péči porodní asistentky, která je však v konfliktu s jejich strachem z toho, aby jim při porodu nebyla narušena integrita, a aby byly respektovány (Lindgren et al. 2017). Nicméně neméně důležité je pro rodičky porodit takovým způsobem, který považují za nejlepší a nejbezpečnější. Právě tato snaha je může vést k rozhodnutí porodit „mimo systém“, které jim umožní prožít porod v takových podmínkách, které pro ně tyto parametry splňují. Tyto rodičky byly přesvědčeny, že jejich vědění o tom, co je tou nejlepší volbou, má vyšší autoritu než společensky uznávání odborníci v oblasti porodní péče, a toto přesvědčení bylo často podpořeno předchozí negativní zkušeností s nemocniční péčí (Jackson, Dahlen, Schmied 2020).

Za jedny z nejvíce relevantních příspěvků k empirickým výzkumům zaměřených na neasistované porody (v sociálně-vědním kontextu) lze považovat práce Amy C. Miller (2009, 2012), která

zkoumala neasistovaný porod v kontextu Spojených států. Podle Miller (2009) představuje hlavní charakteristiku neasistovaného porodu odmítnutí jakékoliv *odborné* pomoci. Kriticky tyto rodičky hodnotí především biomedicínské pojetí porodu, a odmítají, aby určoval, za jakých podmínek má porod proběhnout a jaké významy se s tímto procesem pojí. Odmítnutí vlivu jakýchkoliv odborníků, včetně porodních asistentek, je vnímáno jako cesta umožňující prožít skutečně přirozený porod.

Ženy, které se pro porod bez asistence rozhodují, podle zjištění Miller do značné míry přejímají diskurz PA, ale na rozdíl od většiny žen, které z expertízy porodní asistence vycházejí, je pro tyto rodičky nejbezpečnější variantou prožít přirozený porod bez vlivu jakýchkoliv vnějších expertů. Přestože rodičky odmítají přítomnost PA, využívají do značné míry stejný konceptuální rámec, a i v jejich pojetí tak model péče porodní asistence zůstává jako protiváha lékařskému (biomedicínskému) pojetí a vědění o porodu. Přestože odmítají biomedicínské pojetí porodu, částečně přejímají tento diskurz, například v terminologii, kterou využívají. Důležitým zjištěním Miller tedy je, že rodičky, které se rozhodují pro neasistovaný porod, vycházejí z konkurenčních diskurzů porodní asistence a lékařů, které do jisté míry přejímají, ale zároveň si vytvářejí vlastní pojetí *aktérství*. Tato volba je v širším kontextu interpretována jako snaha žen uplatnit toto aktérství, která může být pro některé rodičky realizována sepsáním porodního plánu, pro jiné porodem v porodním centru, a pro některé ženy právě porodem, který bude zcela v režii rodičky (Miller 2009).

Miller (2012) dále neasistovaný porod prezentuje jako příklad, na kterém lze sledovat vypořádání se se společenským stigmatem. Podle ní lze neasistovaný porod vnímat jako určitou „deviaci“ i v rámci domácích porodů, čímž zároveň odpovídá na otázku, proč může být relevantní se tímto tématem výzkumně zabývat. Autorka hovoří o tom, že rodičky, které se rozhodují pro neasistovaný porod, se potýkají s „dvojnásobným deviantním statutem“ – jsou to ženy, které zvolily domácí porod, který je v současné západní společnosti konstruován jako kontroverzní volba, ale zároveň se rozhodly pro porod bez jakékoliv odborné asistence, což jim může přinášet „vícevrstevnaté“ („layered“) stigma, utvářené i v rámci komunity žen, které rodí doma, z důvodu odmítnutí PA jako vhodných pečovatelek (Miller 2012).

## 3 Metodologie

### 3.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Cílem tohoto výzkumu je podrobněji přiblížit a vysvětlit volbu neasistovaného porodu z pohledu žen, které se pro něj v minulosti rozhodly, s přihlédnutím ke společenskému a právnímu *kontextu*, v němž ženy toto rozhodnutí činí. Hlavní výzkumná otázka této práce zní: **Proč se některé ženy rozhodují pro neasistovaný domácí porod?** V práci se kromě samotných motivací dále pokusím zodpovědět další podstatné, související otázky. Mezi ně patří například, jakým způsobem rodičky konceptualizují porod a jaké významy s porodním procesem spojují, dále jaké potřeby v rámci porodní péče pociťují a jakým způsobem usilují o jejich naplnění, a v neposlední řadě se zaměřím na to, jak lze uchopit vztah informátorek ke zdravotnictví, s přihlédnutím především k jejich pozici v oblasti státem nabízené porodní péče. Zodpovězení těchto klíčových otázek může přispět nejen k lepšímu porozumění této volby „mimo systém“ poskytnutím vhledu do alternativních definic a pojetí porodu, ale váže se také k širším otázkám ohledně role zdravotnictví a medicíny v životě jedinců.

### 3.2 Metoda sběru dat

Diplomová práce je založena na kvalitativním výzkumu, který umožňuje do větší hloubky prozkoumat výzkumné téma na základě zkušeností menšího množství informátorů. S touto výzkumnou tradicí se rovněž pojí snaha porozumět fenoménu z *emické* perspektivy, tedy na základě subjektivních zkušeností, prožitků a jejich interpretace z pohledu účastnic výzkumu, ale také prostřednictvím pojmů a konceptů, které samotné informátorky užívají a skrze které téma uchopují. Jako primární metodu sběru dat jsem zvolila hloubkové rozhovory, které jsem uskutečnila se ženami, které prožily alespoň jeden neasistovaný porod doma. Do výzkumu byly zahrnuty jak ženy, které porodily v přítomnosti partnera či další osoby (duly, porodní báby, kamarádky), tak ženy, jež porod absolvovaly (převážně) samy. Tyto rozhovory proběhly s celkem 9 ženami. Kromě toho se mnou 10. informátorka („Johana“) sdílela svůj příběh a názory formou elektronické psané komunikace (konkrétně skrze chat *Messenger*). Tuto formu nemohu považovat za tak plnohodnotnou jako osobní hloubkový rozhovor, nicméně takto získaná data jsem vnímala spíše jako prostředek triangulace a ověření teoretického nasycení.

Realizace rozhovorů probíhala v období od listopadu 2022 do března 2023. Rozhovory trvaly většinou minimálně 60 minut (až na dvě výjimky), přičemž nejdelší rozhovor trval 2,5 hodiny. Informátorkám jsem se vždy snažila nabídnout možnost online, nebo osobního rozhovoru. Uvědomovala jsem si, že pro ženy může být komfortnější realizovat rozhovor v online prostředí



z důvodu časové vytíženosti či fyzické vzdálenosti. Přesto jsem se však snažila rozhovory realizovat kontaktně, pokud to bylo možné, a zároveň mým informátorkám co nejvíce vyjít vstříc. Po zkušenosti s vedením rozhovorů v online i „offline“ prostředí mohu potvrdit, že obě varianty mají své přínosy i svá negativa, nicméně se domnívám, že pro hloubkové rozhovory o intimní zkušenosti, kterou porod bezesporu je, mohou být vhodnější právě osobní rozhovory, kterých byla v rámci této práce realizována většina. Online rozhovory proběhly se dvěma informátorkami. S některými informátorkami jsem hovořila opakovaně – jednalo se o ženy, jejichž příběhy jsem již znala díky svému předešlému výzkumu. Právě jejich prvotní sdílení zkušeností s neasistovaným porodem mne do jisté míry inspirovalo zaměřit se podrobněji na tento fenomén.

Kromě rozhovorů s informátorkami jsem se v rámci výzkumu průběžně seznamovala s prostředím internetových skupin a platforem, kde se téma neasistovaného porodu probírá. Vzhledem k tomu, jak podstatnou úlohu představují v současné době sociálně sítě v každodenních životech, ale také v rámci komunit, shledala jsem, že není možné tento aspekt opomenout. Některé informátorky jsou členkami těchto skupin, a pro ně samotné představovalo členství ve skupině (často v době těhotenství) podporu, inspiraci a informační zdroje, také z toho důvodu tedy považuji tyto platformy za důležité. Neprováděla jsem digitální etnografii jako takovou, ale pouze sledování, za účelem získat doplňující informace o zkoumaném fenoménu a jeho aktérkách (tedy nejen rodičkách, ale také porodních asistentkách, porodních babách či dulách). Zaměřila jsem se především na facebookové skupiny s tematikou neasistovaného těhotenství a porodu, a domácího porodu obecně. Sledovala jsem, jaký je obsah skupin, jaký typ informací je nejčastěji sdílen, a jaká témata a koncepty uživatelky řeší. Jedním z typů sdílených příspěvků byly porodní příběhy samotných rodiček, které zvolily neasistovaný domácí porod, které mi umožnily určitou míru porovnání s příběhy, které se mnou sdílely mé informátorky.

Kromě rozhovorů a mapování virtuálního prostředí facebookových skupin jsem se dále zaměřila také na informační zdroje, ze kterých vycházely mé informátorky. Seznámila jsem se s knihami, na které při rozhovorech ženy opakovaně odkazovaly (*Aby porod nebolel* (Lucie Suchá Groverová), *Znovuzrozená* (Soňa Kolmanová), *Hypnoporod* (Marie F. Mongan), *Hovory s porodní bábou* (Ivana Königsmarková) a další), vyhledala jsem informace o kurzech, které ženy absolvovaly (nejčastěji *Jemné zrození – Hypnoporod*), zhlédla jsem dokumentární film *Orgasmický porod* (Orgasmic Birth, 2008) a informovala jsem se blíže o ženách, na které mé informátorky rovněž odkazovaly a které pracovně nazývám jako „influencerky“ (často pořadatelky zmiňovaných kurzů, správkyně online skupin, veřejně známé osobnosti, jako Lilia Khoussoutdinova atd.). Domnívám se, že zaměření se na zmíněné informační vlivy může přinést lepší porozumění zkoumané skupině a rozhodnutí pro

neasistovaný domácí porod.

### 3.3 Účastnice výzkumu

#### 3.3.1 Výběr účastnic výzkumu

Pro získání informátovek jsem v první fázi výzkumu kontaktovala nejprve ženy, se kterými jsem o jejich zkušenosti s domácím (neasistovaným) porodem hovořila již v průběhu realizace své bakalářské práce o domácích porodech (která se nezaměřovala specificky na neasistované porody) a nabídla jsem jim možnost sdílet svou zkušenost pro tento výzkum. V další fázi jsem kontaktovala členky uzavřené facebookové skupiny Neasistované těhotenství/svobodný porod, kde ženy s podobnými zkušenostmi sdílejí své příběhy. Nejprve jsem se přidala do skupiny, informovala jsem správkyni o svém výzkumu a požádala jsem ji o povolení sdílet ve skupině příspěvek, kde bych členkám nabídla možnost podílení se na výzkumu. Po povolení a sdílení ve skupině se příspěvek setkal s pozitivní reakcí, a s řadou žen jsme se blíže domluvily o specifických jejich zkušenostech, a posléze v některých případech realizovaly rozhovory. Kontakt na poslední část účastnic výzkumu jsem získala pomocí *metody sněhové koule*, tedy na základě doporučení již zmiňovaných informátovek. Ukončení sběru rad se odvíjelo od momentu dosažení teoretické saturace.

#### 3.3.2 Charakteristika zkoumané skupiny

Empirický výzkum je postaven zejména na analýze příběhů a zkušeností celkem 10 žen, které prožily alespoň jeden domácí neasistovaný porod. Mým původním záměrem bylo zkoumat pouze motivace těch žen, které se rozhodly pro *plánovaný* neasistovaný porod doma. Jinými slovy, domnívala jsem se, že není žádoucí do výzkumu zahrnovat ženy, které o přítomnost porodní asistentky stály, ale ta pouze nestihla přijet včas či nebyla z jiného důvodu dostupná, jelikož jsem předpokládala, že se jedná o odlišnou skupinu žen. Nicméně v dalších etapách výzkumu jsem si uvědomila, že v praxi toto rozdělení není tak jednoznačné a „černobílé“. Mnoho žen, které své rozhodnutí vnímaly jako plánované, mělo do poslední chvíle otevřené i další možnosti, včetně odjezdu do porodnice. Do rozhodnutí žen pro neasistovaný porod dále většinou vstupovalo mnoho aspektů, které v některých případech komplikovaly určení toho, zda se vlastně jednalo o plánovaný či neplánovaný neasistovaný porod.

Některé z mých informátovek také o péči porodní asistentky při porodu vysloveně stály, nicméně z různých důvodů se jim nepodařilo PA sehnat, a ony tak stály před nečekaným (až vlastně sekundárním) rozhodnutím, zda proti své vůli родit v nemocnici, či zda porodit doma, ale bez péče

PA. Na základě těchto skutečností jsem se rozhodla spíše zohlednit všechny faktory, které do těchto rozhodnutí vstupují, a nabídnout tak analýzu do jisté míry rozdílných příběhů (které však mají mnoho společného). Všechny informátorky tedy prožily alespoň jeden domácí porod bez odborné zdravotnické asistence, nicméně liší se v názoru na to, zda PA u porodu chtějí, zda ji chtějí na celý průběh porodu, či jen na 2. a 3. dobu porodní, zda potřebují spíše dluhu nebo porodní bábu, nebo zda chtějí být samy nebo samy s partnerem.

Do výzkumného vzorku jsem se snažila zahrnout především ženy, jejichž poslední zkušenost s neasistovaným porodem není starší než 2 roky, a ve většině případů se mi toto kritérium podařilo dodržet. Dvě z informátorek, jejichž zkušenost byla starší (z roku 2021 a 2020), se mnou sdílely svou zkušenost již opakovaně, poprvé jsem s nimi hovořila již v roce 2021, kdy jejich zkušenost byla více aktuální.

**Tabulka 1**

| <i>Informátorka</i><br>(pseudonym) | Věk | Nejvyšší dosažené<br>vzdělání | Počet dětí | Počet domácích<br>porodů | Počet neasistovaných<br>domácích porodů |
|------------------------------------|-----|-------------------------------|------------|--------------------------|---|
| <i>Karla</i>                       | 38  | VŠ                            | 3          | 2                        | 2 (2018, 2023)                          |
| <i>Berta</i>                       | 34  | SŠ                            | 2          | 2                        | 1 (2022)                                |
| <i>Monika</i>                      | 37  | VŠ                            | 1          | 1                        | 1 (2022)                                |
| <i>Lucie</i>                       | 38  | VOŠ                           | 3          | 1                        | 1 (2020)                                |
| <i>Veronika</i>                    | 28  | VŠ                            | 2          | 1                        | 1 (2022)                                |
| <i>Leona</i>                       | 25  | SŠ                            | 2          | 1                        | 1 (2022)                                |
| <i>Marie</i>                       | 25  | SŠ                            | 2          | 1                        | 1 (2020)                                |
| <i>Radka</i>                       | 38  | SŠ                            | 4          | 2                        | 2 (2014, 2020)                          |
| <i>Anežka</i>                      | 33  | VŠ                            | 3          | 3                        | 2 (2018, 2021)                          |
| <i>Johana</i>                      | 35  | VŠ                            | 1          | 1                        | 1 (2022)                                |

Tabulka 1 podává základní socio-demografické údaje o účastnicích výzkumu a o jejich porodech. Práce si nečiní nárok na to, být reprezentativní studií, což ani není účelem kvalitativního výzkumu, ale přesto lze vysledovat jistou různorodost zkoumané skupiny, která může přispět k reliabilitě dat. Jak vyplývá z tabulky, v rámci výzkumu jsem měla možnost vyslechnout příběhy žen, které mají za

sebou až 4 porody, nebo také pouze 1, a které mají různé počty zkušeností s domácím či domácím neasistovaným porodem. Některé ženy mají zkušenost s porodem v nemocnici i doma, jiné pouze s domácím porodem. Některé informátorky prožily domácí porod s asistentkou, a posléze domácí porod neasistovaný, jiné zažily domácí porod pouze bez odborné asistence. Z tabulky je dále patrné, že informátorky mají různé stupně nejvyššího dosaženého vzdělání, nicméně je důležité zohlednit, že mnoho žen se středoškolským vzděláním hovořilo o svých dřívějších ambicích na vysokoškolské studium. Přestože pro zachování anonymity neuvádím místa bydliště (obce) informátorek, participantky pocházejí z různých regionů Čech i Moravy, a bydlí jak ve velkých městech, tak v menších obcích.

### 3.4 Analýza dat

Pro analyzování rozhovorů jsem využila tzv. *tematické analýzy*, která umožňuje identifikovat hlavní tematické kategorie vyskytující se v příbězích informátorek, a tím pádem vysledovat podobnosti a odlišnosti v daných rozhovorech. Nahrávky realizovaných rozhovorů jsem nejprve doslovně přepsala do elektronické podoby a vyzkoušela jsem několik způsobů (resp. nástrojů) kódování, abych zjistila, který mým datům nejlépe vyhovuje. Největší část analýzy dat jsem posléze uskutečnila v prostředí softwaru pro kvalitativní analýzu dat, Atlas.ti. Kromě toho jsem pracovala v textovém editoru Microsoft Word, a pro lepší možnost vizualizace dat jsem využila také klasické metody „tužka-papír“.

Přepsané rozhovory jsem opakovaně četla a označovala jsem jednotlivé pasáže tzv. *kódy*, identifikujícími tematické zaměření konkrétních úryvků. Kódy byly při dalších čteních a na základě dalších rozhovorů pozměňovány, doplňovány, či naopak odebírány. Postupně jsem okódovaná data rozdělila do několika kategorií a subkategorií. Celkově jsem v příbězích informátorek vysledovala 5 klíčových tematických kategorií: 1. **vlastní konceptualizace porodu**; 2. **následování vlastních potřeb**; 3. **nedůvěra v lékaře a bio-medicínský systém**; 4. **autoritativní vědění**; a 5. **péče u porodu**. Celkové téma, které zastřešuje tyto kategorie a zkušenosti žen, představuje potřebu rodiček „**neodevzdat svou moc**“ v kontextu rozhodování o svém porodu, těle a celkovém zdraví, a na nějž odkazuje také samotný název práce. V jednotlivých kapitolách empirické části práce postupně podrobněji představím tato jednotlivá témata.

Kromě této standardně užívané metody analýzy dat, která tvoří jádro této diplomové práce, jsem se rozhodla využít také experimentální metodu tzv. *I-poems*, která představuje doplněk k tematické analýze, a jejíž výsledky nabízím hned v úvodní citaci této práce a poté v závěru empirické části. „I-poem“, neboli v češtině „já-báseň“, představuje kvalitativní analytickou techniku, která je součástí

feministické „Voice Centered Relational Method“ (VCRM) metodologie. Metoda spočívá v tom, že na základě opakovaného čtení textu (v tomto případě přepisů rozhovorů) výzkumnice sleduje výroky informátorek, které začínají zájmenem „já“, a posléze je prezentuje ve formě sloky či strofy, aniž by bylo pozměněno jejich pořadí.

S touto metodou jsem se setkala ve studii Gemmy McKenzie (2021), jež ji užívá právě na příkladu příběhů žen, které se rozhodly pro neasistovaný domácí porod ve Velké Británii. Přístup je specifický tím, že se jedná o snahu *dát hlas* marginalizovaným skupinám či někomu, jehož perspektivě dosud nebyl dán prostor. Tento přístup považuji za obzvláště relevantní v rámci výzkumného zaměření této práce, a proto jsem se rozhodla jej využít. Jeho prostřednictvím se pokusím dát hlas ženám, jejichž volba se nachází na hranicích systému či přímo mimo něj, a které se díky svým rozhodnutím nezdá potýkají se stigmatizací (Miller 2012). V tomto kontextu považuji za vhodné doplnit, že tuto experimentální metodu vnímám a využívám jako nástroj, jak se na analyzovaná data podívat z nového úhlu pohledu a netradičním způsobem, a tím pádem do nich získat nový vhled, nicméně je patrné, že tento analytický prostředek má kromě přínosů také svá úskalí, a není cílem postavit na něm tuto práci, pouze ji doplnit.

### **3.5 Etické aspekty výzkumu**

V neposlední řadě považuji za podstatné zohlednit důležité etické aspekty tohoto výzkumu. Mé informátorky se mnou sdílely své porodní příběhy, které samy o sobě představují vysoce intimní téma, a v případě předchozích negativních porodních zkušeností se jednalo až o traumatické zážitky. Vedle podrobností ohledně svých porodů se mnou ženy často hovořily i o dalších aspektech jejich osobního života. Kromě toho je výzkum zaměřen na téma, které je v české společnosti považováno za kontroverzní a ženy, které se rozhodují pro domácí porod, se mohou potýkat se stigmatizací. Pro rodičky, které se rozhodly pro *neasistovaný* domácí porod, může být pocíťovaná stigmatizace ještě závažnější (viz Miller 2012). V průběhu výzkumu jsem si proto byla vědoma důvěry, kterou mi ženy daly tím, že se mnou své osobní příběhy sdílely.

Na základě těchto skutečností, a v souladu s výzkumníckými etickými zásadami, jsem se snažila k tématu přistupovat s co největší citlivostí. Účastnice výzkumu jsem vždy informovala o průběhu tohoto výzkumu, o účelu rozhovorů a jejich využití. Od žen jsem také vždy získala ústní informovaný souhlas s nahráváním rozhovoru a s využitím dat pro účely výzkumu. Kromě toho byly participantky vždy jasně informovány o tom, že získaná data se v práci vyskytují v anonymizované podobě (pokud by si žena výslovně nepřála opak, tedy vystupovat pod svým vlastním jménem). V práci tak nepoužívám skutečná jména žen, ale pouze mnou vybrané pseudonymy, stejně tak se zde

nevyskytují jména dětí informátorek, jejich partnerů, porodních asistentek, ani dul či porodních bab.

## 4 Empirická část

V následující části této práce představím výsledky analýzy a jejich interpretaci. Hlavní téma, které je zastřešující pro všechny níže rozebrané oblasti, představuje snahu a potřebu žen při porodu „**neodevdat svou moc**“ nikomu jinému a rozhodovat sama o sobě. V tomto pojetí je to právě rodičí žena, která je hlavní posuzovatelkou (*aktérkou*) toho, jakou péči potřebuje. Do rozhodnutí pro neasistovaný porod, která odrážejí snahu o převzetí *zodpovědnosti* a potřebu „*být ve své síle*“, vstupuje řada dalších faktorů, které pomáhají zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, tedy proč se ženy pro neasistovaný porod rozhodují. V následujících kapitolách přiblížím, jakým způsobem se odlišuje **konceptualizace porodu** informátorek od mainstreamového/medicínského chápání porodu, a jakým způsobem toto pojetí porodu ovlivňuje volbu místa a preferované podoby porodu. Dále se zaměřím na to, jaké **potřeby** jsou pro rodičky v těhotenství a při porodu důležité, a jakým způsobem objasňují rozhodnutí pro porod bez zdravotnické asistence.

Ve třetí kapitole podrobněji přiblížím, jaký je vztah informátorek k systému porodní péče, k **lékařům** a k biomedicínskému pojetí porodu, a jakým způsobem se toto pojetí odlišuje od konceptualizace porodu informátorkami. Další kapitola se věnuje různým pojetím **vědění** o těle, těhotenství a porodu, se kterými jsem se ve vyprávěních informátorek setkala, a která do jisté míry narušují autoritativní biomedicínské vědění. V páté kapitole se zaměřím na oblast **poskytnutí péče** u (domácího) porodu, a pokusím se nastínit problém pozice komunitních porodních asistentek. Poslední kapitola empirické části prezentuje několik vybraných *I-poems*, které doplňují hlavní část práce.

## 4.1 Vlastní konceptualizace porodu

*„Jak krásné jsou ženy u porodu, o tom se taky nemluví, [...] je to prostě nádhera, když se ta žena usmívá mezi kontrakcemi, pospává a prostě tak jako září, je taková prostě nádherná, taková, já říkám vždycky, jako bohyně, protože prostě to je jako ty sochy těch antických bohyně.“ (Leona)*

Porod není pouze biologickým procesem, ale je zasazen do širšího společenského a kulturního kontextu, který ovlivňuje konkrétní podobu porodního procesu a užívaných praktik. V následující kapitole se podrobněji pokusím ukázat, pomocí jakého konceptuálního rámce mé informátorky vnímají a zakoušejí těhotenství a porod, a jaké významy s nimi spojují. Pro většinu z nich je především charakteristické, že porod propojují s tématy, se kterými v mainstreamovém chápání běžně spojován není. Podstatné především je, že toto pojetí porodu se v mnoha aspektech *liší od dominantního biomedicínského pojetí*. To, jakým způsobem ženy vnímají a konceptualizují porod úzce souvisí s tím, jakou podobu porodu vyhledávají a jak daný proces zakoušejí. Zaměříme-li se tedy blíže na to, jaké významy ženy těhotenství a porodu připisují, může nám to pomoci vysvětlit volby, které tyto ženy činí – nejen volbu neasistovaného porodu, ale celkovou podobu porodu a porodní péče, kterou ženy vyhledávají.

Jako příklad různých forem konceptualizace porodu lze uvést znázornění incké bohyně Pačamamy, jejíž obrázek je přiložen na straně 10 (Obr. 1). Bohyně je zde znázorněna jako rodící žena, která je ve *vzpřímené* poloze – napůl vestoje, napůl v dřepu. Žena se směje, stejně jako její rodící se dítě. Oproti jiným znázorněním rodících žen je bohyně při porodu *sama*. Zároveň vyobrazená situace není prezentována jako dramatický výjev, ale naopak působí klidným dojmem. Toto celkové znázornění porodu jakožto pozitivního a klidného okamžiku, který probíhá bez zjevné bolesti a utrpení, je nicméně v západním kontextu spíše ojedinělé. Takovéto pojetí, podobně jako přístup mých informátorek, působí jako opozice vůči tomu, s jakými tématy je porod v lékařském kontextu spojován nejčastěji – jedná se o narušení vnímání porodu jako inherentně rizikového a nebezpečného, u něž se rodící žena musí přizpůsobit vnějším okolnostem a autoritám.

### 4.1.1 Přechodový rituál – porod jako transformativní zkušenost

Pro některé mé informátorky je charakteristické vnímání prožitku (neasistovaného) porodu jako *transformativního* zážitku. Ve svých příbězích hovořily o tom, že při porodu zažily fyzicky i duševně nesmírně intenzivní chvíle, kdy si uvědomovaly liminalitu situace, ve které se rodící žena ocitá. Vnímání transformativní síly porodu bylo nicméně spjata především s pozitivním prožitkem



z domácího porodu – rodičky, které prožily také nemocniční porod, s ním tyto významy nespojovaly. Transformativní prvek porodu byl často také spojován s tématem smrti a smrtelnosti rodičky, či s jinými strachy a obavami, které se při těhotenství či porodu dostávaly na povrch. Některé ženy potom vnímaly samotný zážitek porodu jako *přechodový rituál*, který má potenciál proměnit ženu, která jej prožila a její život.

*„Ale vlastně ono každý ten porod pro tu ženu je fakt přechodovej rituál. [...] ...to je prostě seberozvoj jako obří. Ale že ty porody jsou velmi zásadní v tom seberozvoji toho člověka.“*  
(Lucie)

Především po porodu, na který mají ženy pozitivní vzpomínky, a u něž mají pocit, že jej zvládly samy či navzdory společenským předsudkům porodily „alternativně“, prožívají mnohdy pocity *empowermentu*, posílení sebedůvěry či potvrzení správnosti vlastního úsudku a důvěry v intuici. Pro některé je potom zkušenost s vlastním porodem retrospektivně považována za klíčovou v osobnostním rozvoji. Ačkoliv je porodu společensky přisuzován význam pro život rodičky, podle některých žen není jeho důležitost (až přechodovost) zohledněna dostatečně. Některé mé informátorky také proto zorganizovaly vlastní *předporodní rituál*, který byl považován za symbolické zdůraznění přechodovosti této zkušenosti pro danou ženu a její život.

#### 4.1.1.1 (Trans)formace jedince i společnosti

Některými informátorkami je potom porod pokládán za de facto nejdůležitější nebo alespoň *formující* moment pro celý život člověka, který ovlivňuje jak rodičku, tak rodící se dítě, potažmo partnera a celou rodící se rodinu. U porodu mohou vznikat traumata, a to opět nejen rodiče, ale také novorozencům. To, jakým způsobem *se rodíme*, má posléze dopad na naši osobnost a na náš následný život. Mnoho žen zdůrazňuje vliv porodu na dítě na příkladu poukázání na odlišné povahy jejich dětí, na základě toho, jak jejich matky hodnotí způsob a okolnosti jejich narození. Typicky klidnější a pozitivněji naladěné děti se narodily doma či v rámci porodu, který ženy hodnotí pozitivně; naopak děti, kterým rodiče přisuzují náročnější či úzkostnější povahy, se narodily v nemocnici při porodech, které matky hodnotí negativněji. Na tomto příkladu je rodičkami často zdůrazňována důležitost porodu pro celý život jedince. Kromě toho někdy informátorky hovořily o tom, že jsou si vědomy vlivu svého vlastního porodu, u něž se narodily ony, a jak jejich způsob příchodu na svět mohl podpořit vznik určitých traumat či povahových rysů.

V tomto kontextu je potom důležité zohlednit vnímanou důležitost porodů pro celou *společnost*. Podoba porodu ovlivňuje v pojetí informátorek nejen život jednotlivců, ale potažmo celou společnost, která je danými jedinci tvořena. Právě z toho důvodu je také tak podstatná role

společenského a kulturního kontextu, ve kterém se porody odehrávají. V tomto bodě se opět lze setkat s kritikou zdravotnictví a lékařsky vedených porodů, které jsou častěji vnímány jako traumatizující. Porod, u něž jsou respektována přání a potřeby rodičky, a u něž nedojde k negativnímu zážitku pro ni ani pro dítě, je následně vnímán jako alternativa s potenciálem proměnit podobu celé společnosti, nejen konkrétních životů. Jinými slovy, společnost ovlivňuje (majoritní) podobu porodu, ale zároveň to, jakým způsobem se rodíme (a *rodíme*), ovlivňuje celou společnost.

#### 4.1.2 Porod jako přirozený proces

Klíčové je ze strany informátorek vnímání porodu jako *přirozeného* procesu, které určuje další atributy, jež mohou být s preferovanou podobou porodu spjaty. Přestože může být porod velice silným až transformativním zážitkem, stále se v pojetí informátorek jedná o proces, na něž je ženské tělo v případě většiny (nekomplikovaných) porodů přirozeně připraveno. Pokud je fyziologický porod vnímán jako jedna z funkcí ženského těla, nemělo by se do tohoto procesu podle svých informátorek nijak (preventivně) zasahovat. Právě naopak, zbytečné intervence by přirozenost porodu narušily, a proto je žádoucí rodící ženě poskytnout ideální podmínky pro to, aby se procesu mohla plně a nerušeně oddat. Pokud je ponechán prostor, aby mohl porod přirozeně probíhat, jedná se o zásadní předpoklad pro to, aby mohl proběhnout fyziologicky a bez komplikací. Miller (2009) uvádí, že pro tyto ženy je přirozený porod jakýmsi ideálem, kterého lze dosáhnout pouze bez vedení profesionálů. Pokud je rodičce dopřána tato volnost, dostane se do stavu, kdy ona i její tělo vědí, jak proces úspěšně zvládnout, a to i bez vnějších vlivů (Miller 2009).

Pojetí porodu jako přirozené funkce těla, která by zároveň neměla být vyrušována, je však v rozporu s lékařskou konceptualizací porodního procesu. Některé informatorky se potýkaly s pocitem, že v rámci medicínského pojetí porodu jsou jejich těhotenství a porody vnímány jako vždy potenciálně rizikové a patologické. V tomto ohledu byl mnohými spatřován další nedostatek zdravotnického systému. Podle informátorek v nemocnicích převažuje narativ rizikovosti porodu, a tato do jisté míry odlišná definice následně ovlivňuje podoby nemocničních porodů a míru intervencí, ke kterým zde dochází. Tato představa však nekoresponduje s přístupem přirozeného porodu, se kterým mé informatorky souzní.

*„Není ta žena nemocná, když je těhotná a není to žádný drama porodit, prostě je to normální. Rodí se už od té doby, co jsou lidi na světě, a zbytečně se z toho kolikrát dělá drama.“ (Veronika)*

Vnímání porodu jako přirozeného procesu koresponduje v návaznosti na model přirozeného

porodu s představou, že sama rodící žena je *hlavní aktérkou* porodu, nikoliv lékaři či jiní zdravotníci, kteří by porod „vedli“ za ni. S pojetím porodu jako přirozeného procesu, a nikoliv jako medicínského problému, se také pojí to, že rodičky často hovořily o snaze prožít porod vědomý, bezbolestný, orgasmický či lotosový<sup>2</sup> – tedy takový, který mohou prožít podle svých představ. Vnímání porodního procesu jako okamžiku, který může být transformativní v pozitivním slova smyslu, který žena nemusí *pouze přežít, ale také prožít*<sup>3</sup>, poukazuje k celkově odlišné konceptualizaci porodu (oproti dominantnímu pojetí), které zároveň odráží snahu žen podílet se na definici okamžiku, který prožívají.

### 4.1.3 Role psychiky

Ženy v průběhu těhotenství i při porodu nezdědka spoléhaly na to, jak se fyzicky i psychicky cítí. Společně s intuicí pro ně určité „nacítní“ často představovalo zdroj autority a důležitý prostředek posouzení, jak těhotenství či porod probíhá. Zároveň se však informátorky opakovaně zmiňovaly o tom, jak je celkově vliv psychiky rodičky důležitý na průběh jejího porodu. V dominantním lékařském pojetí porodu podle nich není tato skutečnost dostatečně zohledněna, a psychický stav ženy není považován za klíčový pro fyziologický průběh porodu. Ženami pocítovaná důležitost psychického rozpoložení rodičky se v praxi projevuje například tak, že pokud se rodička při porodu necítí komfortně, může se porod narušit či zastavit.

*„...když je ta žena v pohodě psychicky, i ten porod je. Protože mě se to všechno třeba zbrzdilo, nebo rozhodilo, když jsem byla já v tý psychický nepohodě, takhle jsem to prostě vyzporovala, a tak si to myslím, že je.“ (Radka)*

Proto je také podle některých informátorek podstatné, aby žena byla před porodem v psychické pohodě, což obnáší schopnost předem si zpracovat své obavy či strachy. Z toho důvodu některé ženy zdůrazňují, že porod doma není pro každou ženu, a měly by jej podstupovat jen rodičky, které si jsou jisté samy sebou – pokud probíhá porod fyziologicky, fyzicky by jej většina žen byla schopna, nicméně právě kvůli roli psychiky si ženy, které se porodu obávají, mohou špatnou zkušenost „přitáhnout“. Tím, že „*porod je v hlavě*“, představuje zároveň pro některé rodičky situaci, kterou do

---

<sup>2</sup> Při tzv. „lotosovém porodu“ nedochází k bezprostřednímu přestřižení pupeční šňůry, ale čeká se na to, až pupečník samovolně odpadne; případně může být přepálen. Do té doby je dítě spojeno s placentou, což mu podle rodiček přináší zdravotní benefity.

<sup>3</sup> Slovní spojení „porod prožít, ne jen přežít“ je vyjádření používané zastánkyněmi a zastánci přirozených porodů a alternativních forem porodu, které symbolicky ilustruje pojetí porodu jako okamžiku, který nemusí pro rodičku představovat jen utrpení, ale také pozitivní prožitek, a které tak promlouvá ke kritice biomedicínského pojetí porodu (viz např. Respekt k porodu 2020 (odst. „Chci porod prožít, ne jen přežít“) nebo Hypnoporod).

značné míry mohou aktivně ovlivnit. Přestože tyto ženy většinou berou v potaz také zdravotnické hledisko a uvědomují si, že mohou nastat situace, které ani ony neovlivní, věří, že do značné míry mohou těmto komplikacím předcházet právě svým psychickým nastavením a dobrou přípravou v této rovině. Podle některých je dokonce možné porod takto psychicky rodičkou „řídít“.

*„Pokud já se toho bojím, tak to prostě dopadne špatně. Pokud nemám strach, cítím se dobře, tak je to prostě přirozený porodit, úplně normální.“ (Veronika)*

#### 4.1.4 Živočišnost

Vnímání porodu jako přirozeného fyziologického procesu, spolu s důrazem na potřebu ponechat rodičímu tělu volnost, koresponduje s pocitem „živočišnosti“ či animálnosti, které rodičky při porodu mnohdy zakoušely.

*„Neměla jsem prostě představu, že to bude taková síla, a že bych jako řvala u toho porodu v tý bytovce, řvala a zněla jsem prostě jak lev. To je fakt prostě, ty lvy, jak tak jako vydávají takový ty zvuky, když si pustíte dokument, tak prostě, přesně tak to prostě znělo.“ (Leona)*

Porod a rodící tělo je v pojetí informátorek do značné míry odstřihnuto od významů, které jsou s ním spjaty v technologizovaném nemocničním prostředí. Rodičky tak ve své konceptualizaci zároveň odmítají technokratické pojetí rodícího těla, které odděluje lidské (rodící) tělo od zbytku živočišné („organic“) říše (Davis-Floyd 1994), což jim umožňuje prožít jej ve vztahu k této „pudovosti“, jenž je v nemocničním prostředí potlačena. Podle Yam (2019) rodící tělo narušuje společensky ustanovenou a vnímanou symbolickou hranici mezi „živočišnou“ (animální) a „lidskou“ (racionální a kontrolovanou) sférou. Za účelem zachování této pomyslné hranice jsou potom projevy, které jsou u nemocničního porodu považovány za „nepřípustné“, do jisté míry potlačeny (Yam 2019).

Mé informátorky opakovaně hovořily o tom, že když porodu ponechaly volný průběh a dovolily si neovládat se, cítily se při něm jako *zvířata*. Své potřeby specifických podmínek, jako být při porodu sama, rodit v bezpečí domova, v přítmí, „někam si zalézt“ a nebýt rušena, si mnohdy ženy vysvětlovaly tím, že podobně rodí také samice jiných živočišných druhů. Důraz na intuici a intuitivní následování těchto potřeb s touto „animálností“ může také korespondovat. Spojování porodu s živočišností v širší rovině odráží pojetí porodu jako *přirozeného*, fyziologického procesu, který nejlépe probíhá, pokud není rušen.

*„U toho porodu by se člověk neměl kontrolovat. Prostě by měl fakt být jak to zvíře. Nechat to, vypnout mozek a úplně neřešit, kdo tam je, co si o vás myslí a podobně. A jako jediný místo, kde to fakt člověk neřeší, je doma.“ (Veronika)*

Vnímání porodu jako živočišného procesu, u nějž může rodící žena dát volný průchod svým potřebám, může potom souviset s dalšími tématy. Pro některé se například určitá živočišnost porodu pojí s nahlížením na porod jako na sexuální akt.

*„Užili jsme si to oba takhle, byl to takový hezký, intimní zážitek. No, bylo to takový jako milování, že já jsem při tom byla taková živočišná.“ (Monika)*

Další ženy vnímají propojení porodu s rizikem úmrtí, které považují v souvislosti s porodním procesem za do značné míry přirozené. Spojování porodu s těmito významy značí odmítnutí medicínské konstrukce porodu, která lidský porod z živočišné říše symbolicky i rituálně vyděluje.

#### 4.1.5 Porod jako součást sexuálního života

*„...ač si to nepřiznáme, porod je prostě součástí sexuality.“ (Leona)*

Porod je v pojetí některých informátorek vnímán nejen jako vysoce intimní okamžik, ale některými je považován přímo za součást sexuálního života. Konceptualizace porodu jako sexuálního aktu přispívá k vysvětlení, proč některé ženy u porodu potřebují specifické prostředí a péči, v tomto ohledu především absenci cizích osob (podobně též Miller (2009, cit. in Hrešanová 2012)). Z toho důvodu může být pro některé rodičky až nepředstavitelné, že by u jejich porodu měl být přítomný někdo cizí.

*„Já jdu tady přes to, že jsem taková vášnivá a tím pádem to nebolí. A to nevím, jestli bych si dovolila před tou porodní asistentkou.“ (Anežka)*

Průběh standardního porodu v nemocničním prostředí je od sexuálního významu porodu odstříhnut, nicméně pro mnoho žen se jedná o logické vyústění a inherentní součást sexuálního života. Porod a potřeby, které u něj ženy mají, především co se týče podmínek, prostředí, ale i přítomnosti dalších osob, do jisté míry souvisejí s tím, že někdy připodobňují porod k samotnému milování.

*„...je to vlastně vyvrcholení toho milování a myslím, že by to mělo prostě probíhat ve stejných podmínkách jako to milování.“ (Berta)*

*„Že je to prostě tak specifický, protože u milování taky nechcete někoho, kdo jako vám vadí, že jo, tak to prostě nebude fungovat.“ (Leona)*

Pro ženu je o to důležitější, aby si sama mohla zvolit, zda takto pociťovaný vysoce intimní moment chce prožít zcela sama, s partnerem, či s někým dalším, komu důvěřuje. Pro některé ženy je důležité tento aspekt porodu sdílet s partnerem, jiné tuto potřebu nemají.

*„Prostě jsem tam fakt cejtla silnou sexuální energii a intimitu mezi náma, a prostě tím, že vlastně on byl tak silnou součástí toho porodního procesu, tak to opravdu bylo fakt jak milování, protože prostě já jsem ho tam fakt potřebovala pro to rození, stejně jako pro zplození (smích).“ (Berta)*

Sexuální energie je nicméně některými ženami také využívána jako prostředek, jak si při porodu ulevit od bolesti. Některé tohoto mohou docílit sexuálně zabarveným tancem či jinými pohyby; část informátorek vnímala svůj porod jako vysloveně orgasmický – stimulace klitorisu pro některé ženy představuje rovněž techniku ulevující při porodu od bolesti. Prožívání porodu jako chvíle, která je nejen intimní sama o sobě, ale také proto, že ji rodička pociťuje a zakouší jako sexuální, je klíčové pro pochopení toho, proč některé ženy volí neasistovaný porod – ať už si přejí jej prožít samy, nebo s partnerem.

#### 4.1.6 Smrt a smrtelnost

V příbězích některých informátorek se vyskytovalo další téma, které není v současnosti s porodem běžně spojováno – téma *smrti*. Některé ženy vyjadřovaly smíření s tím, že porod může skončit smrtí dítěte nebo rodičky. Smrt je v tomto kontextu vnímána jako téma, které k porodu do jisté míry vždy patří, avšak je v mainstreamovém pojetí tabuizováno. Nicméně není tabuizováno jen u porodu, ale i v jiných oblastech života. V pojetí těchto žen je tedy téma a riziko smrti (nejen) u porodu pojmenováno a normalizováno, v rámci obecné širší snahy vnímat smrt jako nedílnou součást života.

*„A jelikož tu smrt jsem zažila už v životě hodněkrát, tak se jí tak nebojím. Jo, že se mi tam sice někdy ukáže v nějakých podobách, ale já se jí neděsím, nevdá mi se o ní bavit. Viděla jsem mrtvý lidi, zvířata nám umíraj, máme jich hodně, takže s tím dokážu bejt, takže i možná proto tam byl ten klid.“ (Karla)*

Vnímání smrti jako „součásti života“ může na širší úrovni odkazovat také k *normalizaci rizika* u porodu. V tomto ohledu je podstatné, že riziko úmrtí rodičky nebo dítěte není nutně považováno za riziko, které by bylo specifické pro neasistovaný porod. Podle některých žen se obecně málo hovoří také o úmrtí při porodech v nemocnicích. Dalším významným důvodem, proč se riziko úmrtí v pojetí rodiček nepojí výhradně s neasistovaným porodem, je počítání s aktérstvím rodičího se dítěte. Některé ženy vnímají smrt jako rozhodnutí dítěte, které vlastně není možné ovlivnit vnějšími okolnostmi ani rodičkou; pokud by došlo k úmrtí, mohlo by se to stát i v nemocnici.

*„Ale byla jsem připravená na to, že pokud by ta duše se přišla rozhodnout pro tuhle tu*

*zkušenost a konec, tak já jsem byla nastavená na to, že to je v pořádku. To si myslím, že je základ, vlastně tohle přijmout.“ (Lucie)*

Některé ženy si tuto nemožnost ovlivnit některé aspekty a rizika porodu spojují právě s aktérstvím dítěte, pro jiné se jedná o blíže neurčitý vyšší princip, který do porodu zasahuje, a který jednotlivec nemůže svým jednáním ovlivnit.

*„Já mám pocit, že ta příroda jako ví a má nějaký záměr a my se tomu jenom musíme otevřít, a jestli to mé dítě se rozhodne prostě před porodem umřít, tak ani kdybych rodila v porodnici, tak by stejně se to třeba nevyřešilo, to děťátko by umřelo.“ (Karla)*

Téma smrti se pro některé rodičky pojí s obavami, které si před porodem musely zpracovat. Zároveň toto téma může být spjato s transformativní povahou porodního procesu, jak bylo popsáno výše.

*„Ten třetí porod byl teda doma, plánovala jsem to, stejně jsem měla strach, musím říct, že jsem jako měla strach. Bylo to takový zvláštní. Moje kamarádka, která taky měla úplně-, má tři porody, dva neasistovaný, a před tím třetím měla pocit, že umře, a já jsem stejně tak měla v jednu chvíli pocit, že umřu. Úplně jsem byla fakt přesvědčená, já jsem třeba zpívala písničku, kterou jsem já složila, a došlo mi, že to je o tom, že se loučím. A úplně jsem se rozplakala. A je zajímavý, že i ona to měla před tím třetím porodem, a já jsem přemýšlela, jestli to není jako nějaký transformativní něco.“ (Anežka)*

Spojení porodu s rizikem úmrtí souvisí s převzetím zodpovědnosti za celý proces. Pro informatorky se tak mohlo jednat o další moment, který signalizuje snahu o převzetí moci a odpovědnosti v rámci vlastního porodu.

*„A byla jsem i vždycky v pohodě s tím, když to nedopadne-, že jsem přebírala tu zodpovědnost, takhle to chci říct, že jsem přebírala tu zodpovědnost, že se něco může stát, a věděla jsem, že to unesu.“ (Anežka)*

„Převzetí zodpovědnosti“ v souvislosti s volbou neasistovaného porodu je pro většinu informatorek spjato rovněž s posuzováním celkové bezpečnosti či rizikovosti různých forem porodu, a s vyhodnocováním, jaká volba je pro rodičku a její dítě nejbezpečnější.

#### **4.1.7 Bezpečí, riziko a risk management**

Ve vyprávěních žen je často zdůrazňována potřeba a snaha porodit takovým způsobem, který ženy považují za nejvíce bezpečný.

*„Za mě by žena měla prostě rodit tam, kde se cítí bezpečně a příjemně. Pokud je to pro*

*někoho v nemocnici a cítíš jako bezpečí těch doktorů, ať si tam rodí, a nikomu to nemám za zlé.“ (Monika)*

Problematice vnímání a *konceptualizace* rizika a bezpečí u porodu se podrobněji věnuje např. Coxon et al. (2013). Porod v nemocnici je pro většinu rodiček (a v rámci biomedicínského chápání porodu) spojován s pocity bezpečí a snížení rizika (Coxon et al. 2013). Z biomedicínského hlediska je potom domácí porod bez odborné asistence konstruován jako více riziková volba než porod v nemocnici, který probíhá pod kontrolou zdravotníků (Jackson, Dahlen, Schmied 2012). Nicméně jak ukazují některé studie, rodičky si mohou spojovat *různé typy rizik* s různým porodním prostředím. Ženy, které se rozhodují pro nemocniční porod, často zdůrazňují nejistotu a rizika pojící se s přirozeným porodem, které lékaři a jimi využívané technologie v nemocničním prostředí pomáhají eliminovat. Pro tyto ženy potom porodnice představuje místo, kde se zvyšuje pravděpodobnost bezpečného porodu (Coxon et al. 2013).

Nicméně ženy, které volí *domácí porod*, mají naopak často obavy, že v nemocnici dochází k narušení přirozených porodů lékaři a přílišnými intervencemi, a ke komplikacím plynoucím z tohoto narušení. Především proto potom vnímají nemocnici jako místo, které naopak riziko v rámci (fyziologického) porodu může *zvýšit* (Coxon et al. 2013). Podle Chadwick a Foster (2014) mohou ženy, které volí domácí porod, biomedicínské pojetí rizika do jisté míry přejímat i odmítat. Tyto ženy nicméně dále konstruují porod v nemocničním prostředí jako riskantní, jelikož rodícímu tělu hrozí *objektivizace* a *ztráta důstojnosti*. Pojetí toho, co je bezpečné a co je rizikové, se tak u žen, které volí porod doma, může do jisté míry opět lišit od biomedicínské definice rizika a bezpečí (Chadwick, Foster 2014). Zajímavá je potom konceptualizace rizika u porodu z pohledu PA, která osciluje mezi biomedicínským chápáním rizika a důrazem na přirozenost a normálnost fyziologického porodu (Cameron 2014).

Pocit *bezpečí* je některými informátorkami vnímán jako hlavní či základní podmínka, kterou u porodu potřebují. Bezpečí je v tomto pojetí často tvořeno prostředím domova, a nebezpečí naopak může nastat, pokud rodící žena toto bezpečné prostředí opustí.

*„...já jsem ani na vteřinu neměla myšlenku, že někam pojedeme. [...] Prostě jakmile ta žena je fakt na sebe napojená, tak jí v takovémhle rozpoložení ani nenapadne, že by vyšla do nebezpečí nebo jak to nazvat. Protože v takovémhle rozpoložení jít z toho bezpečí domova se mi zdá, když o tom takhle mluvím, jako jít do nebezpečí. Protože jsi v bezpečném prostředí, kde tě nikdo neohrožuje, a teď to ohrožení myslím světlo, cizí energie...“ (Lucie)*

Nicméně neméně důležité je pro některé ženy také to, kdo další je u porodu přítomen. Pro některé



utváří pocit bezpečí právě to, že mohou být u porodu samy, případně s rodinou. Pocit bezpečí pro některé utváří i přítomnost partnera, případně absence zdravotníků.

*„A opravdu jsem se potřebovala cítit bezpečně, a jediný to prostředí bylo doma a ideálně jenom v tom rodinném kruhu, jako manžel, a vlastně syn byl u toho víceméně taky. [...] Že opravdu to bezpečný prostředí, v kterým si budu připadat opravdu bezpečně, tak jsem chtěla být sama. [...] Neuměla jsem si představit ani to, že pro mě bude bezpečný prostředí s někým jiným.“ (Marie)*

Pocit bezpečí a jistoty potom může pro některé ženy přinášet také porodní asistentka, ať už bezprostředně při porodu, nebo při poporodní péči. V souladu se zjištěním studie Coxon et al. (2013), nemocniční prostředí je (nejen) v kontextu porodu informátorkami spojováno se zvýšeným rizikem pro přirozený průběh porodu, a je v tomto ohledu vnímáno jako protiklad k bezpečnému prostředí domova. Riziko je vnímáno především ve vyšší pravděpodobnosti narušení porodu, jeho následnému vyvolávání a případným komplikacím.

*„Prostě s tím ohledem, jak funguje lidský tělo a jaký je mechanismus porodu, tak já vlastně potřebuju, aby sem já se cítila v bezpečí a v pohodě, a to já nedokážu v nemocnici. Já se tam prostě necítím dobře, jako ne, že bych měla nějaký jako trauma nebo syndrom bílýho pláště, ale i tak prostě je mi to nepříjemný, to prostředí, jsou tam cizí lidi, cizí pachy, ruch je tam, nemohla bych se vlastně soustředit pořádně. Prostě si nedovedu představit tady v tom prostředí, jak by to mohlo jako fakt dobře běžet, ten mechanismus toho porodu.“ (Berta)*

#### 4.1.7.1 Risk management

Do rozhodování rodiček o podobě porodu často vstupovala snaha vyhodnotit potenciální rizika, ať už byl tento proces vědomě reflektován, či jen naznačen mezi řádky. Nicméně je opět potřeba připomenout, že do hry vstupuje *více druhů rizik* – informátorky se na jednu stranu snaží minimalizovat zdravotní rizika, aby porod mohl proběhnout fyziologicky, popřípadě řeší, jak rozpoznat a co dělat, pokud porod přestane být fyziologický. Zároveň do jejich úvah a rozhodování vstupuje snaha o minimalizaci rizika zasahování do porodu a jeho narušení, které také může přinést komplikace do fyziologie porodu. Odlišně mohou také rizika vnímat a vyhodnocovat rodičky, pro které bylo rozhodnutí porodit bez asistence první nebo intuitivní volbou, a jinak ženy, které se potýkaly s nedostupností PA, a až následně řešily, zda porodit doma bez asistence, nebo v nemocnici. Tyto ženy mohly vnímat porod bez asistence jako více rizikový než rodičky, pro které představoval první volbu, a musely vyhodnotit různé typy rizika: pojíjí se s porodem v nemocnici, ale také s porodem doma bez asistence.

Důležité je, že konečné rozhodnutí o místě a formě porodu bylo pro mnoho rodiček až do poslední chvíle „otevřené“. Často se nejednalo o vyhraněné rozhodnutí, že porod „musí“ proběhnout doma bez odborné asistence, informátorky spíše zdůrazňovaly důvěru v daný proces a v další ukazatele (intuice, zdravotní stav apod.), které je k finální podobě porodu nasměrují. Ačkoliv některé ženy hovořily o touze po neasistovaném porodu, zároveň často až do samotného začátku porodu počítaly s dalšími variantami a hovořily o snaze nefixovat se na neasistovaný porod jako na jedinou možnou variantu, kdy porod proběhne pozitivně; často například měly připravenou sbalenou tašku s věcmi do porodnice nebo měly v záloze domluvenou porodní asistentku. Informátorky často vnímaly odjezd do porodnice jako zálohu, která sice nepředstavuje jejich první volbu, nicméně pokud by něco nasvědčovalo tomu, že těhotenství nebo porod přestávají být fyziologickými, byly připraveny svěřit se do rukou lékařům.

*„Vlastně jsem si říkala: no tak jako na druhou stranu, proč to nezkusit, že jo? Co se může stát horšího, než že odejdeme do porodnice, když začneme mít strach? Jo, takže tam prostě jsme kalkulovali pořád s tím, že všechny možnosti jsou otevřené až do poslední chvíle, ať už to bude rychlá, nebo by to byl přejezd vlastně do té porodnice.“ (Leona)*

Pro některé informátorky bylo důležité mít dobře promyšlené tyto záložní varianty – zohledňovaly například, jak daleko to mají do nejbližší nemocnice. Pro jiné nicméně toto nehrálo příliš velkou roli, a spíše se spoléhaly na to, že vše bude v pořádku. Posuzování toho, zda je zdravotní ženy v pořádku, mohlo probíhat na základě více parametrů, které jsou blíže popsány v kapitole *Autoritativní vědění*. Některé ženy vnímaly silnou důvěru, že je vše v pořádku, postavenou především na své vlastní intuici, a na napojení na dítě a na své tělo („nacíťení“). Neméně důležité však pro některé informátorky bylo vnímání signálů těla a dítěte, fyzické vyšetření nebo využití Doppleru<sup>4</sup>.

*„Takže já třeba mám i Doppler. Jsem na to nějak jako vybavená, kdyby byl nějaký problém.“ (Karla)*

Informovanost rodičky nejen ohledně toho, jak má porod probíhat, ale také jak rozpoznat a řešit komplikace, je některými považována za jednu z podmínek neasistovaného domácího porodu. Některé informátorky samy působí jako duly a aktivně se zajímají o porod z hlediska jeho fyziologie i případných komplikací. Také tato skutečnost se do rozhodnutí porodit bez odborné asistence mohla u některých promítnout.

*„Asi i ten pocit, že když to dítě je živý v tom bříše, když ta žena se na něj nějak napojí, a nějak*

---

<sup>4</sup> Doppler je přístroj, který na principu ultrazvuku monitoruje srdeční ozvy dítěte, a umožňuje tak posuzovat jeho momentální zdravotní stav (Alfirevic et al. 2015). Často jej ve své praxi využívají PA nebo porodní báby, ale některé informátorky (které zároveň působí jako porodní báby či duly) jej vlastní a využívají samostatně.

*s ním jako je v tom klidu, tak pak důvěřuje, že i ten porod jako bude v pořádku. Takže já jsem měla naprostej klid, že to bude v pořádku. Ale zase na druhou stranu já vím, co mám dělat v některých situacích, takže když budu mít velký krvácení, tak vím, jak si to krvácení prostě zjistím, jak ho můžu zastavit. Možná kdybych tyhle ty informace vůbec neměla, tak nevím, jestli bych se rozhodla rodit úplně bez asistence.“ (Karla)*

Do procesu zvažování rizik může vstupovat poměrně specificky také riziko úmrtí. Jak bylo popsáno, vztah ke smrti je pro řadu informátorek poměrně charakteristický a liší se od biomedicínského pojetí rizika úmrtí při porodu, jehož eliminace (jak u dítěte, tak u rodičky) je v centru pozornosti. Mé informátorky byly často smířeny s tím, že porod může skončit smrtí dítěte, ačkoliv toto nebezpečí bylo považováno ne nutně za riziko, které by bylo specifické pro neasistovaný porod. Ženy často mluvily o tom, že by danou skutečnost, pokud by nastala, nemohly efektivně ovlivnit ony ani jiné vnější okolnosti, protože do porodu vstupují další faktory, včetně aktérství samotného miminka. Pokud by v tomto pojetí úmrtí mohlo nastat i v nemocničních podmínkách, nemusí být při rozhodnutí pro neasistovaný porod toto riziko reflektováno do takové míry, jak by se dalo na první pohled očekávat.

Celkově je možné vnímat tuto „vlastní“ (emickou) konceptualizaci porodu u žen, které se rozhodly pro neasistovaný porod, jako důležitý rámec pro lepší porozumění volbám, které tyto ženy (nejen) v oblasti porodní péče činí. Obecně je patrné především spojování porodu s významy, které se odlišují od medicínského pojetí porodu, resp. které jsou z lékařského pojetí porodu vyčleněny. Jako obzvláště zajímavé se může jevit zdůraznění „živočišného“ aspektu porodu, které bývá u nemocničních porodů naopak minimalizováno, a které rodičky vnímají jako součást přirozeného porodu. Pojetí porodu jako přirozeného, živočišného aktu, u nějž by žena neměla být rušena, následně významně ovlivňuje, jaké konkrétní podmínky u něj ženy potřebují.

## 4.2 Následování vlastních potřeb

*Já prostě chci,  
aby tam byly známý vůně.  
Já nechci vůbec s nikým komunikovat,  
prostě se chci soustředit,  
nechci být vyrušovaná.  
Já ještě potřebuju,  
cítit se být nepozorována nikým,  
je mi nepříjemný, když na mě někdo kouká.  
Já potřebuju prostě mít prostor na soustředění,  
potřebuju, aby ostatní mně věřili,  
taky důvěřovali,  
nebo prostě,  
aby tam byl někdo, kdo mně důvěřuje.  
Já prostě potřebuju cejtit,  
že tam je nějaká podpora.  
Já prostě potřebuju tam toho,  
kdo se mnou to dítě zplodil.*

(Berta, I-poem)

Jedním z klíčových témat, o kterých ženy ve svých příbězích hovořily, je snaha v těhotenství a při porodu *následovat své potřeby*. Mé informátorky jednoznačně vyjadřovaly potřebu samy si rozhodnout o tom, *v jakém prostředí* bude jejich porod probíhat, za jakých podmínek, a *kdo u něj má být přítomný*. Tato přání odráží širší snahu a potřebu žen převzít při porodu *aktérství* a být těmi, které činí rozhodnutí o svých porodech. Zároveň pocítované potřeby rodiček úzce souvisí s *konceptualizacemi* porodu jako přirozeného procesu, jehož hlavní aktérkou je právě rodička, a u nějž může dojít ke komplikacím, pokud je narušován. Snaha uzpůsobit si podmínky porodu tak, aby mohl probíhat podle potřeb rodící ženy, je informátorkami považována za důležitý předpoklad k tomu, aby porod proběhl fyziologicky.

Ženy, které se podílely na výzkumu, často velmi jasně věděly, jaké podmínky pro ideální průběh porodu potřebují, a nezřídka vyjadřovaly obavy, že pokud by do porodu bylo nějakým způsobem zasaženo, porod by tím mohl být zkomplikován. Důležité je, že je to sama *rodička*, která stanovuje a následuje své potřeby na základě vlastního *porozumění* porodnímu procesu a jeho konceptualizaci. Pro daná přání je většinou společné to, že je nelze naplnit v „klasickém“ (standardním) porodnickém prostředí. Nejen fyzické prostředí nemocnice, ale celkový zdravotnický systém potřeby rodiček nedokáže uspokojit, což představuje významný důvod, proč se od něj odvracejí.

#### 4.2.1 Přítomnost dalších osob u porodu

Pro účastnice výzkumu bylo při porodu velmi důležité moci si podle vlastního uvážení rozhodnout o tom, *kdo má být u porodu přítomný*, a za jakých okolností. Některé ženy hovořily o preferenci prožít si porod samy, pro jiné bylo klíčové mít u porodu nablízku partnera, jiné ženy si zvolily přítomnost dudy či porodní báby. Některé ženy by preferovaly péči porodní asistentky, ale z různých důvodů (o kterých podrobněji pojednává kapitola *Péče u porodu*) k tomu nedošlo. To, jakou společnost ženy u porodu preferují, ovlivňuje mnoho faktorů, které přibližují také další kapitoly. Důležitým vlivem je však bezesporu *důvěra* v danou osobu. Například podle Leony je potřeba mít u porodu takového člověka, kterému daná žena věří, protože rodičku uvidí v nejintimnější chvíli. Neméně důležité je ovšem také to, aby daná osoba věřila v rodičku.

*„...mně asi dodávalo nejvíce síly to, že ona (dula) mi fakt jako stoprocentně věřila. Že to zvládnou sama a úplně na jedničku, že ona i říkala, že to byl její první porod a ona se absolutně vůbec nebála přijet, protože prostě věděla, jakým způsobem funguju a že jsem na sebe hodně nacistěná a že prostě dokážu vyhodnotit, jestli je to v pohodě, nebo ne. Takže ona říkala, že jela úplně klidná, přijela a fakt tady v klidu seděla, vůbec se nestresovala. A to mi taky hodně, hodně pomohlo.“ (Veronika)*

Problematika důvěry v poskytovatele péče při porodu (a v samotnou péči) souvisí s širším tématem důvěry v medicínský systém. V kapitole *Nedůvěra v lékaře a v biomedicínský systém* je podrobněji přiblížen problematický vztah informátorek ke zdravotnickému systému, a to, zda vnímají porodní asistentku jako součást tohoto systému či nikoliv, představuje důležitý faktor ovlivňující preferovanou podobu porodu.

#### 4.2.1.1 Přítomnost asistentky

Jedním z důležitých zjištění tohoto výzkumu bezesporu je, že řada žen, které se rozhodly pro neasistovaný porod, tak učinila až poté, co se jim nepodařilo porodní asistentku k porodu domluvit. Ač mají tyto ženy na své neasistované porody pozitivní vzpomínky, je důležité zohlednit, že se nejednalo o jejich primární volbu. Jiné účastnice výzkumu naopak vědomě zvolily porod bez asistentky. Poměrně často tyto ženy k rozhodnutí porodit bez zdravotnické asistence dospěly postupně, a neasistovaný porod považují za jednu z možností, ke které se posléze přiklonily.

*„...ze začátku jsem hodně přemýšlela, jestli chci dulu nebo porodní asistentku, nebo obě. A myslela jsem si, že potřebuju porodní asistentku, ale pak ke konci těhotenství mi došlo, že já jako porodní asistentku nechci, nepotřebuji.“ (Veronika)*

Ženy mají různé preference, co se týče toho, zda u svého porodu asistentku chtějí a potřebují, či nikoliv, a pokud by se porodu účastnila, nakolik by se chtěly spoléhat na ni, či *na sebe*. Podstatné je, že i ženy, které si přítomnost asistentky u porodu přály, měly specifické požadavky na to, jakou péči by porodní asistentka měla poskytnout. I pro ně bylo klíčové, aby se jednalo o osobu, která bude plně respektovat přání rodičky.

*„My bysme určitě vybírali porodní asistentku, která by byla prostě schopná bejt někde na straně, nevím, číst si, plést a podobně, prostě někde bejt jako sama v klidu. Občas by teda přišla zkontrolovat miminko.“ (Leona)*

Toto přání rodiček odkazuje k širší potřebě *respektující* péče při porodu, jejíž absenci rodičky v souvislosti s dostupnou porodní péčí pociťují (jak popisují rovněž např. Durnová a Hejzlarová 2021). Důležité pro mé informátorky je především to, aby porodní asistentka do porodu nezasahovala více, než by si rodička přála. Je vhodné dodat, že každá rodička může mít jiné preference, avšak hlavní je pro ně potřeba, aby tyto preference byly *respektovány*. Pro některé ženy může porod podle jejich preferencí proběhnout například pouze, pokud u něj asistentka přítomná nebude, či pokud do něj nebude nijak zasahovat. Přítomnost jakékoliv cizí osoby u porodu, včetně porodní asistentky, může být pro některé informátorky nepředstavitelná.

*„...prostě jako když jsem si v hlavě představovala tu situaci toho porodu, tak tím, že jsem měla už tu první zkušenost, tak připadalo mi hrozně zvláštní představit si tam někoho dalšího, jako přímo při tom porodu. Dneska bych asi už třeba si zařídila nějakou péči před porodem jako v těhotenství, porodní asistentku, abych měla na někoho napojení. Ale při tom porodu jsem si neuměla představit, že tam bude třetí osoba. Že opravdu to bezpečný prostředí, v kterým si budu připadat opravdu bezpečně, tak jsem chtěla být sama.“ (Marie)*

Dalším faktorem, který určuje, zda si ženy přejí u svého porodu přítomnost asistentky, či nikoliv, může být také to, o jakou fázi porodu (dobu porodní) se jedná. Některé ženy chtějí prožít celý porod bez asistentky, jiné ale preferují možnost, aby porodní asistentka, porodní bába, nebo dula dorazily až na závěr porodu; velká část žen potom oceňuje především přítomnost třetí osoby na poporodní péči, kde například pomůže s ošetřením rodičky, s placentou a s jejím zpracováním, prohlédne miminko, či pomůže s administrativou.

Samotné rozhodnutí porodit bez asistentky bylo ve většině případů utvářeno *postupně*, informátorky k němu dlouhodobě směřovaly, a zasahovala do něj řada faktorů. Spíše u minima rodiček se jednalo o náhlé rozhodnutí („aha moment“) a typické bylo spíše to, že rodičky rozhodnutí nechávaly až do poslední chvíle „otevřené“. Některé informátorky již u předchozího porodu zvažovaly neasistovaný porod, ale z různých důvodů se pro něj rozhodly až u následujícího porodu nebo u následujících porodů.

*„A já jsem měla vlastně u (předchozího) porodu domluvenou porodní asistentku [...]. To je tady taková jako velmi zkušená komunitní porodní asistentka. A k té jsem jezdila na poradny. A pak jsem měla domluvenou ještě moji kamarádku, to je taková spřízněná duše, který jako naprosto důvěřuju. A podvědomě jsem si pohrávala s myšlenkou, že bych stejně tam ráda byla jako sama, ale měla jsem otevřené ty možnosti. Byla jsem se podívat i v porodnici...“ (Karla)*

Ženy, které prožily domácí porod s asistentkou, a posléze neasistovaný porod, tedy v některých případech zvolily porod bez asistence i na základě této předchozí zkušenosti s PA. Informátorky nehovořily o tom, že by měly s asistentkami vysloveně špatné zkušenosti, ale v některých případech došly k tomu, že porod příště zkrátka chtějí prožít bez přítomnosti této osoby, a právě osobní zkušenost s asistovaným porodem mohla k tomuto rozhodnutí přispět. Některé ženy zvolily u předchozího porodu přítomnost asistentky, aby vyhověly svému partnerovi, ale u dalšího porodu již tento ústupek učinit nechtěly. Tímto jistým ústupkem či kompromisem byla pro některé rodičky u porodů bez (odborné) asistence přítomnost porodní báby (více viz kapitolu *Péče u porodu*).

#### 4.2.2 *Nebýt rušena*

Pro ženy, které se rozhodly pro domácí porod bez asistence, byla často společná a stěžejní potřeba toho, aby rodička nebyla při porodu nikým a ničím rušena.

*„Já prostě vím, že ten porod, aby proběhl dobře, tak je to hodně v hlavě. A ta žena prostě by měla být v podstatě sama se sebou, neřešit to okolí, neřešit tam, nepodepisovat tam papíry, nevyplňovat v kterém roce, já nevím maturovala, bydliště, zaměstnavatele.“ (Veronika)*

Potřeba nebyt rušena koresponduje s širším strachem mých informátorek, aby nebyl jejich porod narušen, a vysvětluje specifické podmínky toho, kdo má být u porodu přítomen. V návaznosti na konceptualizaci porodu jako přirozeného procesu, na který potřebuje rodící žena nerušené podmínky, je vnímáno narušení jako riziko vedoucí k potenciálním komplikacím. Jinými slovy, potřeba, aby porod nebyl ničím narušován je vnímána jako předpoklad pro to, aby porod mohl proběhnout přirozeně a bez komplikací. Toto narušení porodu může nastat v nemocnici, ať už lékaři, intervencemi, nebo samotným převozem do nemocnice, ale může se ho dopustit i *porodní asistentka*, partner, nebo k němu může vést i jen nevyžádaný hovor či příliš ostré světlo. Podle Anežky může porod narušit i zdánlivá drobnost, protože jsou u něj ženy křehké.

*„A potom hlavně, aby nic nerušilo, takže prostě žádné hluk bych nechtěla. A určitě ne žádný povídání a otázky. No, že vlastně asi by mi i vadilo, kdyby prostě přišla porodní asistentka v průběhu porodu a ptala se mě, jak se cejtím, prostě já nechci vůbec jako s nikým komunikovat, prostě se chci soustředit, nechci být vyrušovaná, že prostě jako, když budu něco chtít říct, tak to řeknu jako sama, ale nemám chuť si s někým povídat. Já ještě potřebuju, cítit se být nepozorována nikým, je mi nepříjemný, když na mě jako někdo kouká.“*  
(Berta)

Obava z narušení porodu jakýmkoliv zásahy představuje také jeden z faktorů ovlivňujících, proč se ženy pro porod bez porodní asistentky rozhodly. Toto téma koresponduje také s potřebou žen rozhodovat si svobodně o svém porodu, což zahrnuje právo na to eliminovat podmínky, které by k zásahům do porodu mohly vést.

*„...asi by (PA) musela být hodně pasivní, což si jako nemyslím, že si troufnou u toho porodu doma, že tam prostě jako třeba ty vnitřní vyšetření jsou, i ten Doppler, protože oni prostě musí zhodnotit, jestli to nechce tu porodnici. Já tomu rozumím a jako asistentka bych se chovala úplně stejně, jakože kdybych byla v jejich roli, protože tam už prostě člověk nerozhoduje sám za sebe, ale za někoho druhého a tam už člověk jde prostě tou cestou té prevence. Ale když se jedná o můj porod, tak já si dokážu zhodnotit, jestli mi to za to stojí, jestli jsem schopná přijmout to riziko a žít s tím, anebo ne.“* (Veronika)

Ženy často vyjadřovaly strach o svou autonomii v případě přítomnosti asistentky u porodu, a zpětně hodnotily pozitivně, pokud k takovému narušení u porodu nedošlo. Důležitým faktorem bylo pro část žen také vnímání porodní asistentky jako *zdravotnice*, které jí na jednu stranu dodává na legitimitě, ale zároveň ji může také snižovat. V tomto ohledu je klíčové, zda rodička vnímá porodní proces jako situaci, která vyžaduje zdravotnickou kontrolu (buť v menším rozsahu než v nemocnici), či zda pro ni zdravotnická pozice PA představuje spíše riziko nevyžádaného zásahu.



*„A já asi mám takovou nedůvěru pořád jako k tomu zdravotnictví, takže vím, že i ta porodní asistentka by možná do toho chtěla nějakým způsobem zasahovat, a já bych v tu chvíli musela nějak se ohrazovat, a to jsem asi u toho porodu moc nechtěla.“ (Karla)*

Porodní asistentka poté může být vnímána jako někdo, kdo porod (podobně jako porodníci) přímo kontroluje a může mít tendence do něj zasahovat. Některé informátorky však zdůrazňovaly, že chápou také pozici PA a jejich zodpovědnost za porod, která by k případným zásahům mohla vést, avšak právě tato vidina byla častým důvodem pro volbu porodu bez PA.

*„I když mi to nabízela právě ta moje kamarádka, že by mi přijela [...]. Já jsem věděla, že ne. Že by tam chtěla chránit, a že by možná chtěla dělat jako obklady na hráz, a já bych jí v tu chvíli musela říkat: nechci, nechci, nechci. A to jsem si asi chtěla dělat po svém. Takže spíš nějaká nedůvěra asi a strach, že by mně to narušily.“ (Karla)*

Tato obava může být umocněna tím, že je rodičkami často role porodní asistentky vnímána v kontrastu s úlohou duly či porodní báby, jimž absence zdravotnické kvalifikace může dodávat v tomto kontextu větší legitimitu.

*„...já chci dula, že potřebuju spíš tam tu podporu psychickou a někoho, kdo tam prostě drží to místo, že nechci někoho, kdo to vyhodnocuje, kdo do toho zasahuje, kdo-, prostě chci tam jenom někoho, kdo to už třeba prožil a ví, že je to v pohodě, že to zvládnou.“ (Veronika)*

Nicméně důležitým faktorem, proč ženy porodní asistentku u svého porodu nechtějí, může být také pocit, že ji nepotřebují – tím spíš, pokud už za sebou mají domácí porod s porodní asistentkou. Tento pocit může být posílen vírou ženy ve vlastní úsudek a znalost svého těla, ale v některých případech také tím, že se rodičky při těhotenství aktivně vzdělávají, a některé z nich dokonce samy působí jako dula či porodní báby, a prošly příslušnými kurzy či školením. Ačkoliv nemají zdravotnické vzdělání jako porodní asistentky, často se v této oblasti také samy informují a dále vzdělávají.

*„Já už jsem ji asi nepotřebovala. Já už jsem věděla, že ty poradny už si umím třeba udělat sama, nebo nevím už na co se dívat, nebo koho se ptát. A pak jsem necítila, že by tam byla potřeba.“ (Karla)*

Avšak vidina ničím nerušeného porodu může být motivací nejen pro porod bez PA, ale i pro samotné rozhodnutí porodit doma, a nikoliv v porodnici. Informátorky si často nechávaly otevřených více možností, co se týče místa a podmínek porodu, a tím pádem i samotné rozhodnutí nepřejíždět do nemocnice mohlo být pro některé do určité míry učiněno až v moment porodu.

*„No a pak jako když manžel už po třech minutách, jestli má volat záchranku, a teď já jsem si představovala, jak mě rvou z tý vany, tak prostě spíš to bylo tak jako spontánní rozhodnutí,*

*že nikam nejedu, že prostě líp zvládnu tam sama doma. [...] Když to tak hezky běželo, tak už se to člověku nechtělo narušovat.“ (Radka)*

Rozhodnutí pro domácí porod však (vzhledem k problematické dostupnosti porodních asistentek) do jisté míry předznamenává nejistotu ohledně toho, zda u něj bude PA, nebo ne. V tomto kontextu by bylo možné argumentovat, že pro některé ženy bylo hlavní a vědomé rozhodnutí, že budou rodit doma. To, že prožijí neasistovaný porod, bylo pro některé ženy více, a pro některé ženy méně *svobodným* rozhodnutím.

#### 4.2.3 „Být sama“

Část informátorek vyjadřovala touhu či potřebu u porodu „být sama“, která byla často vnímána jako jakési „tajné“, podvědomé či až intuitivní přání, mnohdy jdoucí proti „racionálnímu“ rozhodnutí porodit v přítomnosti PA, dudy či porodní báby.

*„No a já jsem prostě fakt celou dobu jako ve skrytu duše doufala, že prostě to nestihnou vůbec a že nedojedou a že tady budu fakt sama.“ (Berta)*

Zdůraznění jistého *iracionálního* či intuitivního původu tohoto přání může být rodičkami zdůrazňováno, protože je toto rozhodnutí učiněno ve společenském kontextu, kde je volba rodit bez zdravotnické asistence konstruována jako krajně riziková, a tím pádem iracionální. Informátorky se nicméně liší v tom, zda žena chce být vysloveně sama, nebo „sama“ s partnerem, bez přítomnosti dalších lidí. Některé ženy potřebují vysloveně být fyzicky samy a „u sebe“, což souvisí s potřebou nebýt u porodu nikým a ničím rušena, čehož se může dopustit i partner. Karla například popisovala, že u porodu svého partnera nesnesla. Potřebu prožít většinu porodu samostatně vyjádřilo více žen, s tím, že nakonec většinou ocenily, když se partner dostavil na samotný závěr porodu.

*„No a když jsem se pak v noci vzbudila a rodila jsem, tak jsem to věděla já sama, že muž spal, a já jsem si tam šla připravit ty svíčky, a byl to pro mě takový jako moment. Víím, že jsem se tam jako tak usmívala u toho, a že to bylo strašně hezký, že si to tam dělám sama pro sebe hezký a teď tady rodím. A ta intimita toho, že jsem tam fakt jenom já, se mi na tom hrozně líbila.“ (Anežka)*

Pro jiné rodičky je však partner naopak důležitou součástí procesu, kterého v některých případech spojují s pocitem bezpečí při porodu.

*„No, a potřebuju tam teda toho partnera očividně, u obou dvou jsem si to jako ověřila, že prostě ho tam potřebuju. Já prostě potřebuju cejtít, že tam jako je nějaká podpora. [...] ...ale fakt jenom vlastně toho partnera, nebo prostě, aby tam fakt byla ta intimita mezi náma. Já*

*prostě potřebuju tam toho, kdo se mnou to dítě zplodil. [...] ...pro mě je tam ten pocit soukromí, toho, že jsme tam fakt sami. No, že i s těma porodníma asistentkama už to bylo jako nějaký narušení toho prostoru. A mě vyhovuje fakt tam bejt jako úplně sama, jenom s tím partnerem, miminkem. Že bych tam nechtěla ani jako už žádnou dulu nebo kamarádku nebo fotografku, prostě cokoli dalšího.“ (Berta)*

Již na základě svého předchozího výzkumu jsem zjistila, že toto odlišné vnímání role partnera může být ovlivněno vztahem partnera k porodu partnerky, ale také tím, zda rodička a její partner vnímají a konceptualizují porod jako *společný* intimní akt, či nikoliv. Zajímavé je, že i ženy, které při porodu preferovaly být samy, vnímaly pozitivně to, že jejich rodina (partner a případné děti) byla nikoliv bezprostředním účastníkem porodu, ale přesto nablízku, například ve vedlejší místnosti. Pro některé je tak charakteristické vnímání porodu jako *rodinné* události, u níž je smysluplné, že není vytržena z žité každodennosti – probíhá v prostředí domova, za přítomnosti (i když ne nutně bezprostřední) partnera a případně dětí, bez cizích osob.

*„Cítila jsem štěstí a to, že právě tady mám manžela a dítě, a že jsou u mě, vlastně jako kdykoliv, že je slyším. A vlastně to mi dodávalo hroznou jistotu, že-, oni si tu bezprostředně dělali něco svého, oni si hráli tady, takže to mi dodávalo hodně pocit jistoty a klidu. [...] Právě že jsem ráda, že tady byli, doma, že nebylo úplně ticho, nebyla jsem úplně sama. Že byl při ruce. Ale jo, potřebovala jsem určitě se uzavřít do sebe a sama.“ (Marie)*

Porod bez přítomnosti zdravotnické osoby ženy velmi často zpětně hodnotí tak, že jim přinesl pocity *empowermentu* a důvěry v sebe samu. Cheyney (2008) s odkazem na Michel Foucault uvádí, že disciplinární moc, kterou medicínský „systém“ disponuje, vytváří nad rodičkami neustálý sociální dohled. Ženy, které rodí doma, tento společenský dohled odmítají, a tím pádem oslabují autoritu medicínskému systému. Tento proces je spojen s odmítnutím „poslušnosti“ těla, kdy rodičky naopak zakoušejí porod skrze tělo, kterému je navracena jeho moc („empowered body“) a rodiče kontrola nad ním (Cheyney 2008). Pocit, že rodička porod zvládla sama, případně že jej zvládli sami s partnerem, dodává ženám pocit síly a důvěry v sebe samu („*po tom porodu se ženská cejtí úplně výjimečným způsobem, prostě neskutečně jako silná, [...] to opravdu asi jako nejde úplně popsat*“), ale také pocit, že jí porod nikdo „nevzal“.

*„Mně to dalo to, že ten porod byl fakt jenom můj. Že jsem to zvládla úplně sama v podstatě. Úplně sama jsem si ho řídila a nikdo mi ho nevzal. To bych asi, nevím, jestli bych takovej pocit měla, kdyby tam ta asistentka byla.“ (Veronika)*

Nicméně absence porodní asistentky či jiného zdravotníka může také přinášet pocity *nejistoty*, se kterými se rodičky v některých případech potýkaly. Jelikož zde chyběla další osoba, která by mohla

situaci posoudit a ženě v danou chvíli poradit, tato zodpovědnost spočívala pouze na rodičce. Typicky se jednalo o situace, kdy si ženy nebyly jisté, zda se porod již rozeběhl, či zda se zatím jedná „pouze“ o poslíčky. I některé rodičky, které vnímají potenciální přítomnost asistentky u porodu jako rušivou, by ocenily možnost „mít někoho v záloze“, na koho by se v případě potřeby mohly obrátit.

#### 4.2.4 Nemuset se ovládat

Ženy ve svých příbězích hovořily o potřebě prožít porod bez jakýchkoliv zábran, a o tom, že potřebují specifické podmínky k tomu, aby se mohly při porodu naprosto uvolnit a poddat se procesu. Potřeba nemuset se při porodu kontrolovat souvisí úzce s tím, čím přítomnost je ženě při porodu příjemná. Právě to, že se žena při porodu před nikým nekontroluje, může podle informátorek rovněž napomoci tomu, aby porod proběhl co nejvíce fyziologicky a bez komplikací.

*„Myslím, že to je celkově, že aby člověk neměl pocit zábran nějakých, že třeba kouká se někdo, kdo tě vidí v nějaký situaci, který nechceš, že někdo uslyší třeba to, co ty nechceš.“ (Lucie)*

Davis-Floyd (1994) zjistila, že pro některé (podle ní „přírodně“, „spirituálně“ orientované) rodičky je v porodním procesu smysluplnější „vzdát se kontroly“ nad procesem – tento přístup se diametrálně liší od rodiček, které si zvolily porod v nemocnici (Davis-Floyd 1994). Také mé informatorky vyzdvihovaly důvěru v porodní proces a snahu poddat se mu, k čemuž ovšem potřebují specifické podmínky. Potřeba „neovládat se“ je opět úzce spjata s vnímáním porodu jako přirozeného procesu a s ním spjatým vnímáním živočišné povahy porodu.

Kromě toho je tento požadavek napojen na problematiku *kontroly* v širším mocenském smyslu, a odkazuje na snahu ženy svou kontrolu neztratit v tom smyslu, aby nepředaly při porodu svou sílu, resp. rozhodování o sobě samé, nikomu jinému.

*„...být v souladu sama se sebou. Že pak nehraje tolik roli, jestli to bolí, nebo ne, ačkoliv když to nebolí, tak je to super, ale když tam právě může být jako autentická, a když je tam ten moment, že nedá tu svoji sílu někomu jinému.“ (Anežka)*

Možnost plně se porodnímu procesu oddat a nemuset se před nikým kontrolovat je také úzce spjata s prostředím, ve kterém porod probíhá. Domácí prostředí (kterému se blíže věnuje další podkapitola) je další faktor, který pomáhá utvářet pro rodičku příznivé podmínky k porodu.

*„...možná fakt jako ten domov, že kde se člověk cítí jako nejpřirozeněji, nebo kde se před někým nemusí nějak jako přetvařovat, nebo se nějak kontrolovat. Ano, to je možná to správné slovo, protože u toho porodu by se člověk neměl kontrolovat. Prostě by měl fakt být*

*jak to zvíře. Nechat to, vypnout mozek a úplně neřešit, kdo tam je, co si o vás myslí a podobně. A jako jediný místo, kde to fakt jako člověk neřeší, je doma.“ (Veronika)*

Jednou z technik, kterou si rodičí žena „dovolí“ pouze v situaci, kdy se nemusí před nikým kontrolovat, může být např. vokalizace či křik. Ta pro některé ženy působí jako úleva od bolesti. U nemocničních porodů je však často křik rodiček považován za nežádoucí a ženy jsou od něj odrazovány, protože tím narušují medicínské představy o porodu a o „ideálních“ pacientech (Chadwick 2018). U nemocničních porodů se také ženy mohou zdráhat plně projevit, protože představa „ukázněných“, „tichých“ pacientek koresponduje s internalizovanými genderovými stereotypy o vhodném jednání žen – rodiček (Martin 2003). Některé rodičky se v rámci vokalizace a podobných technik řídí předchozími radami PA, jiné využívají tento postup spíše *intuitivně*.

*„To mi teda hodně pomáhalo, že jsem se nemusela omezovat, jako třeba křičení [...] Takže jsem vždycky u toho jako si zařvala, úplně: aaaa. Nebo jsem až kdyby křičela, prostě mi to pomáhalo. [...] ...a prostě, jako mít tam otevřený to hrdlo a vydávat ze sebe ty zvuky.“ (Monika)*

*„Potřebuju teda vokalizovat, že mám fakt silnou potřebu, jako nedokážu to neudělat, že vím, že jsem jako zkoušela neřvat a prostě to nejde (smích). Prostě ta intenzita je tak velká, že prostě nemůžu, nemůžu bejt potichu.“ (Berta)*

Potřeba nemuset se při porodu kontrolovat je úzce spjata s ideou podvolit se porodnímu procesu a de facto *nechat své tělo rodit*. Kromě toho lze ve výpovědích žen vysledovat další význam benefitu „nemuset se před nikým kontrolovat“. Pokud u porodu nebyla přítomná asistentka či žádný cizí „element“, ženy vnímaly pozitivně možnost prožít také sexuální náboj, který je pro ně s porodem spjat. Když byl u porodu přítomný pouze partner, nemusely rodičky pociťovat stud za vyprazdňování v průběhu porodu a další tělesné projevy, které jsou v této oblasti, především v dominantním medicínském pojetí porodu, tabuizovány.

Chadwick (2018) hovoří o společenské představě rodičího těla jako špinavého či znečištěného, které je ukotveno v patriarchálním rámování porodu jako něčeho děsivého a nepředvídatelného, které se následně promítá do prostředí porodního sálu (Chadwick 2018: 123). Jak uvádí Yam (2019), rodičí tělo je často společensky prezentováno v groteskní, až hororové podobě, jelikož daný výjev narušuje ustanovenou hranici mezi „živočišnou“ a „lidskou“ sférou (která se vyznačuje racionalitou a kontrolou). Aby bylo tato hranice udržena, dochází ve společnosti ke snaze kontrolovat a potlačit projevy, které jsou považovány za příliš „animální“ či znečišťující (Yam 2019). Tabuizace některých tělesných (ženských) projevů, pojících se s reprodukčním zdravím, se ovšem týká i jiných oblastí, například menstruace. Jak popisuje Martin (1987), samotné ženy si často spojují menstruuující tělo

s pocitem „špinavosti“, znečištěnosti či studu, který koresponduje s širšími společenskými významy, jež se k menstruaci pojí (Martin 1987: 92-93). Ženy, které volí porod ve vlastních podmínkách, do značné míry narušují tuto tabuizaci, a spojují porod i s tématy, která jsou ve společensky uznávaném narativu vynechána.

#### 4.2.5 Domácí prostředí

Vedle již zmiňovaných potřeb byla v neposlední řadě mými informátorkami zdůrazňována důležitost prostředí, ve kterém se rodící žena cítí bezpečně. Pro všechny mé informátorky představuje takovéto prostředí právě jejich *domov*. Prostředí domova je tak vnímáno jako podmínka proto, aby porod mohl proběhnout co nejvíce podle představ rodičky, a má vliv i na další okolnosti.

*„No prostě pak když si člověk porodí doma a dítě má, lehne si hned do své postele, má ho u sebe, nikdo ho nebuzeruje, no, tak to je jako nebe a dudy.“ (Radka)*

Pocit *bezpečí*, který se pro mé informátorky pojí s prostředím domova, pro ně většinou představuje nenahraditelnou komponentu prožití porodu, kterou jiné místo nahradit nedokáže. Výhody porodu v domácím prostředí jsou informátorkami často stavěny do protikladu k limitům nemocničních porodů, a do jisté míry se shodují s motivacemi pro domácí porod v obecném smyslu (tedy také s odbornou porodní asistencí). Prostředí nemocnice je často vnímáno jako místo, ve kterém se rodičky nemohou plně uvolnit, jelikož zde panují takové podmínky, které porod mohou narušovat.

*„No a tohle byla taková moje druhá zkušenost, když jsem byla v tom Podolí, jsem si říkala: takhle vůbec nemá vypadat prostředí, kde se rodí.“ (Lucie)*

Nemusí se však nutně jednat pouze o fyzické podmínky, ale také o internalizované představy ovlivňující jednání rodiček (například jejich „poslušnost“ vůči zdravotníkům, viz Chadwick 2018) a jejich nemožnost prožít porod podle svých představ. Pro mé informátorky je jedním z největších kladů domácího prostředí to, že se jedná o důvěrně známé místo, ve kterém se cítí příjemně a mají k němu pozitivní vazbu. Pro některé je také důležité to, že se v průběhu porodu nemusí nikam přemísťovat.

*„Takový to nemuset se balit, někam jet, řešit, kolik věcí s sebou, kdy tam jet a tak, a prostě mít to pohodlí doma a mít takovou fakt prostě, jak se říká atmosféru na to milování. Že je to prostředí domácí, nemuset nikam pospíchat, mít s tím partnerem intimitu. A k tomu i ta horká vana, voda, se svíčkama.“ (Monika)*

Další výhodou porodu v domácím prostředí je možnost si daný prostor uzpůsobit podle vlastních preferencí. Ženy si u porodu často potřebují nastavit úroveň osvětlení (preferance přítmi), zapálit

svíčky, pustit hudbu, mantru či zkrátka využít jakékoliv techniky, které jim pomohou od bolesti či strachu.

*„...známý prostředí, nebo konkrétně doma, prostě kde se cítím dobře a kde se můžu úplně uvolnit, otevřít se. Že bych asi ani nechtěla právě rodit třeba v porodním domě, protože pořád by to bylo prostě cizí prostředí pro mě, i když jako hezký, ale já prostě chci, aby tam byly známý vůně, abych si prostě mohla to prostředí jako taky před tím porodem vlastně nějak připravit, že prostě chci si ho vyzdobit podle svého, chci se ovonět podle svého, chci si ho vyčistit energeticky podle svého. No, takže fakt potřebuju jako tady to, tady to jakoby hnízdo, to zázemí, už známý předtím, už opečovaný před tím porodem.“ (Berta)*

Dále většina žen oceňovala možnost neomezeného volného pohybu v průběhu porodu, využívání vybavení bytu (toaleta, vana apod.), a především svobodu ve výběru (či změně) porodní polohy.

*„...potřebuji volnej pohyb. [...] Jakože pro mě bylo nepředstavitelný, kdybych třeba měla rodit v porodnici, tak abych si vylezla na nějaký křeslo, nebo prostě vůbec zůstala někde v nějaký stabilní poloze. Jako se mnou to úplně hrozně házelo, jako že prostě jsem měla chuť fakt se hodně, hodně hejbat. A určitě bych nemohla být na zádech, jako to vůbec, to si nedovedu představit takhle rodit, jakože rodím prostě na čtyřech, nebo v tý startovací poloze, to bylo dobrý taky.“ (Berta)*

Tyto specifické požadavky a přání žen odrážejí do velké míry jejich širší představy o tom, jak by porodní proces měl vypadat, a jaké podmínky jsou k jeho ideálnímu průběhu potřebné. Pro většinu mých informátorek je v tomto ohledu klíčová kritika biomedicínského zdravotnického systému, který svou do značné míry odlišnou definicí porodního procesu neposkytuje rodičkám takové podmínky porodu, jaké jsou pro ně smysluplné, a které pro bezproblémový průběh porodu vnímají až jako nezbytné.

### 4.3 Nedůvěra v lékaře a v biomedicínský systém

*„Já všeobecně úplně nemám takovou tu víru v doktory, nebo já nevím, jak to mám říct, že prostě když je mi špatně, tak nejdu nejdřív k doktorovi, ale spíš to řeším nějak jinak.“ (Anežka)*

Tato podkapitola se podrobněji věnuje kritice biomedicínského systému péče, reprezentovaném především lékaři a praktikami pojícími se s nemocničními porody. Souhrnně je pod tímto označením chápána jakákoliv kritika zdravotníků, související především s medikalizací porodů a dalších oblastí zdraví a života. Informátorky často vyjadřovaly *zpochybnění* vnímání *medicínského (nemocničního) modelu porodu* jako vyhovujícího pro všechny, a poukazovaly na jeho nedostatky a neslučitelnost s přirozeným porodem (ačkoliv v některých případech byla vnímána snaha se k tomuto modelu blížit), které pro ně představovaly jednu z hlavních motivací pro hledání alternativní péče u porodu. Nedůvěra v „systém“ či v lékaře je informátorkami často zakoušena jako postupný proces a vývoj, kdy prvotní důvěra (například u prvních porodů) byla postupně zpochybněna. Kritiku dostupné péče, která je společensky konstruovaná jako smysluplná volba (Cheyney 2008), je možné vnímat také v kontextu vlivu myšlenek konzumerismu v oblasti zdraví a zdravotnického systému (Hrešanová 2008).

Nedůvěra v lékaře či v biomedicínské postupy může i nemusí být ovlivněna vlastními negativními zkušenostmi, a často je v souladu s širším světonázorem rodiček. Pro ženy, které se účastnily výzkumu, je typické především aktivní hledání mimosystémových alternativ, nejen pasivní přijímání statu quo. V tomto ohledu se tedy opět projevuje návaznost na potřebu žen *rozhodovat si sama* o svém porodu a o nejvíce vyhovující péči. Toto se nicméně projevuje i v jiných oblastech, nejen v porodnictví. Ženy hovoří o *hledání alternativních řešení v dalších oblastech zdravotnictví*, ale také ve vzdělávání, ve výchově či ve stravování. Hledání a využívání alternativních forem vědění (o nichž blíže referuje kapitola *Autoritativní vědění*) tak nemusí být spjata pouze se sférou zdraví, ale také s životním stylem, s „filosofií“ v širším smyslu a s dalšími sférami života.

#### 4.3.1 Kritika lékařů a medikalizace

V tomto ohledu je vhodné dodat, že kritika nemocničních porodů nemusí být nutně založena na vlastní negativní zkušenosti informátorek s porodem v porodnici. Ženy občas mluví o špatných zkušenostech z doslechu či na základě informačních zdrojů, ze kterých v těhotenství vycházely. Dále také informátorky, které působí či působily jako duly v některých případech hodnotí negativně zkušenost s porodem, který prožily z pozice osoby doprovázející k porodu v nemocnici.

Ženy ve svých výpovědích často uváděly konkrétní postupy lékařů a nemocničního prostředí, které



vnímají kriticky. Za problematický je považován stav, kdy lékaři přistupují k těhotným a rodícím ženám jako k nemocným a kdy těhotenství a porod posuzují jako stav, který vyžaduje medicínské řešení. V souvislosti s tím si ženy stěžují na diskurz rizika, který je pro biomedicínské pojetí porodu charakteristický, projevující se tím, že je lékaři často „straší“ či stresují potenciálními komplikacemi, které se však nemusí vyplnit, a mohou tak podryvat důvěru ženy ve vlastní úsudek. Toto nicméně odráží širší společenskou kritiku medikalizace porodu, kterou je v poslední době možné sledovat i ve veřejné společenské debatě, nikoliv jen mezi ženami, které se rozhodují pro domácí porod.

Mé informátorky celkově hodnotily negativně fakt, že si žena v nemocničním prostředí a pojetí porodu nemůže dostatečně *rozhodovat* o svém těhotenství a porodu, a že je tak potlačena její autonomie. Pro některé informátorky je problematické hierarchické uspořádání, které v nemocnicích pociťují, kdy porodníci vystupují z pozice neotřesitelné autority a moci, a naopak úsudek rodiček je vnímán jako druhotný až irelevantní.

*„Nemám tu důvěru v těch doktorech, nevím, proč by do mě měli jako hrabat a nelíbí se mi to, co jsem zažila celkově v tom těhotenství, jak doktoři, tak i okolí, že najednou člověk je věc veřejná, že najednou všichni ti do všeho začnou kecat [...], vlastně ani to tvé tělo není tvé tělo. Že takový to jako na těch vyšetření, že roztáhni nohy a cokoliv. Že se z člověka najednou jako stane úplně nesvéprávná osoba.“ (Monika)*

Konkrétní praktiky, které rodičky u nemocničních porodů dále kritizují, představuje například rutinní provádění intervencí, zejména nástřihu hráze. V tomto kontextu některé rodičky vnímají negativně, že lékaři jdou cestou intervencí, místo aby využívali jiné techniky, které např. používají porodní asistentky nebo porodní báby, a které se samotným rodičkám u domácích porodů osvědčily – například zabránění natržení hráze lze podle některých řešit nikoliv epiziotomií, ale nahříváním hráze, masáží apod. Ženy dále vnímají kriticky plošnou medikaci, například preventivní podávání antibiotik a dalších léků. V neposlední řadě ženám vadí, že si rodička nemůže v některých porodnicích zvolit či měnit porodní polohu. Některé informátorky vyslovily pocit, že je rodička poslána v nemocnici „*tlačena*“ do něčeho, co nechce.

*„Prostě to, aby to tělo ženy bylo opravdu tělem ženy, aby ona věděla, že může rozhodovat sama o sobě. Má na to plné právo a ten doktor jí nemá nic nutit. To samé u porodu, prostě abysme k porodům nechodili prostě jako do války, jako na bitevní pole. To je prostě tristní, že se tohle vůbec děje. Tohle je největší událost v životě toho dítěte i vlastně těch rodičů. Rodí se dítě, rodí se rodina, vznikají tam nové vazby, silnější pouta a my to pořád narušujeme. My z toho pořád děláme medicínský zásah a opomíjíme to ostatní.“ (Leona)*

Tento přístup značí určitý obrat k důrazu na práva jednotlivce i ve sférách, ve kterých tradičně přiliš

zdůrazňována nebyla. Tato snaha o vlastní a informovanou volbu jednotlivce i v jiných oblastech může korespondovat s vlivem konzumerismu, jak podotýká např. Hrešanová (2008), kdy je na zdravotnictví pohlíženo jako na službu, za kterou si pacient skrze systém pojištění platí, a má tedy právo vybírat si takový „produkt“, který uzná za vhodný. Tento přístup se do značné míry propisuje právě také do porodnictví.

Podstatné je v pojetí mých informátorek to, že porodnice je vnímána jako místo, které sice může být prospěšné pro komplikované porody, ale které je pro fyziologicky probíhající porody spíše kontraproduktivní až nebezpečné. Některé informatorky mají pocit, že lékaři svými intervencemi naopak fyziologické porody komplikují, jelikož pro rodičku je bezpečnější, když do nekomplikovaného porodu nikdo nezasahuje. Lékaři tak podle rodiček v porodnicích posléze často řeší problémy, které sami způsobili. Podle Lucie je například mnoho případů, kdy mají rodičky pocit, že je v nemocnici zachránili, *„ale oni jenom zachraňovali to, co tam vzniklo“*. Toto pojetí odráží popisované vnímání rizika ve vztahu k porodu v oblasti obavy o ztráty autonomie a narušení přirozeného porodu.

*„...chtěla jsem vidět třeba i jaké komplikace nastávají u toho porodu v porodnici a já jsem si tam u každého toho příběhu dokázala obhájit, proč ta komplikace nastala, že i když to ta žena prostě vnímala tak, že bez porodnice by uměla, že by ten porod doma nemohl proběhnout dobře, tak já jsem tam vždycky našla ten důvod, proč se to zkomplikovalo v tý porodnici a jak by krásně mohla porodit doma. Že prostě fakt většina těch komplikací je úplně jako zbytečných, prostě vzniknou tím, že se do toho porodu zasahuje.“ (Veronika)*

Zajímavé však je, že podle některých informátorek toto neplatí plošně, a zdůrazňují roli psychického „nastavení“ ženy. Pokud žena *důvěřuje* lékařům a spoléhá na ně, odevzdává jim svou důvěru či „moc“, může pro ni být vhodnější porod v takovémto prostředí. Nicméně pro ženy, které se považují za informované a spoléhají spíše na vlastní posouzení situace, porod v nemocničním prostředí není prioritou – může naopak představovat místo, kde jsou pociťovaná rizika zvýšená. V tomto ohledu je podstatná také právě *psychika ženy*, která je podle řady informátorek v nemocnicích upozaděna až opomíjena. Problémem při porodu může být také celkově soustředění pozornosti na zdraví a prospěch rodícího se dítěte, a upozadění potřeb a psychiky rodící ženy.

Mé informatorky postrádají ze strany zdravotníků *personalizovaný* přístup, kontinuální či více celostní péči. Rodičky mají často dojem, že je lékaři berou „jako na běžícím páse“ (např. při kontrolách v těhotenství), a to především v kontrastu s péčí porodních asistentek. Rodičky potom mají pocit, že jsou zdravotníky posuzovány „podle tabulek“, a zpochybňují praxi založenou na „průměrech“. Kromě toho se objevuje obava, že takto nastavený systém nebere ohledy na

individuální potřeby žen, neumí například efektivně pracovat s ženami s traumatem z předchozího porodu nebo s ženami, které zažily sexuální násilí apod. Další oblastí lékařské praxe, která je informátorkami vnímána problematicky, je pocit, že lékaři v nemocnici na porod pospíchají, a ženám není umožněno родit vlastním tempem – toto jim je naopak umožněno při domácím porodu, který není veden lékařem, ale ani asistentkou, a u nějž má sama rodička možnost vyhodnotit jeho postupování.

*„No, a právě jsem byla moc vlastně ve výsledku ráda, že jsem mohla родit doma, protože kdybych s takovýmhle průběhem porodu byla v porodnici, kde vlastně 2. doba porodní je maximum 2 hodiny, se bere u prvoroďičky, jinak se prostě dále zásahy a plaší, a prostě že dítě nepřežije, když je tak dlouho jako v porodním kanálu, takže by mě tam asi nejspíš čekaly jako pěkný věci.“ (Berta)*

Stres z toho, že porod nepostupuje tak rychle, jak by podle lékařů bylo žádoucí, může opět vést k narušení porodního procesu, a souvisí s důrazem na roli psychiky v porodním procesu, která je ženami připomínána a zdravotníky podceňována. Podle některých tento stres může vytvořit i *porodní asistentka* (např. pokud se rozhodne neasistovat u porodu z důvodu „přenášení“). Ženami byl uváděn například tlak na rychlý porod placenty, ačkoliv klidný čas strávený s novorozeným dítětem při 3. době porodní je považován Leonou za přirozený spouštěč oxytocinu. Vnímání porodní asistentky jako potenciálně rizikového vlivu pro přirozený průběh porodu souvisí s jejím vnímaným vztahem k zdravotnickému systému, který je pro některé rodičky problematický.

Nedůvěra žen v lékaře a v biomedicínské pojetí porodu je dále posílená vnímaným *nadužíváním technologií* ve zdravotnictví (podobně jako popisuje Davis-Floyd 1993), které je pociťováno především v kontrastu s praxí porodních asistentek či porodních bab, které při práci místo technologií (alespoň do jisté míry) často používají své ruce. Informátorky vyjadřovaly pocit, že technologie přinášejí jen omezené poznání, které však nepřevyšuje *vědění žen* či jejich porodních asistentek, ačkoliv lékaři zastávají opačný názor.

*„To, že vám natočí monitor, to, že vám udělají vnitřní vyšetření, nebo teda ultrazvuk, tak ale neznamená, že toho vědí víc než vy. [...] Ta porodní asistentka nespolehá na tu techniku, na technologie, využívá především, teda v největším měřítku, prostě svoje znalosti, svoje ruce, rozhovor, že opravdu klade důraz na to, jak se ta žena cejtí, protože prostě ta žena toho o tom dítěti a o sobě ví prostě nejlíp, víc než ultrazvuk. Takže tam je i další věc, že ta porodní asistentka opravdu i těma rukama dokáže vyhmatat polohu dítěte, velikost dítěte, vlastně i umístění placenty v určitému tejdnu nebo v určitém období se dá vyhmatat. Takže tohle to jsou prostě věci, co ale v porodnici nikdo nedělá.“ (Leona)*

Problémem současného porodního systému je podle informátorek jeho určitá *zkostnatělost*, přičemž ženy často vyjadřovaly pocit, že příliš dlouho trvá, než se nějaká zavedená praxe změní – systém není ochoten inspirovat se dobrou praxí jinde, a nereaguje efektivně či dostatečně rychle na nové studie a poznatky. Nejen nespokojenost s tím, jakým způsobem jsou vedeny nemocniční porody, ale také pocit, že ženy v porodnicích musejí s lékaři a s personálem „bojovat“, aby porod mohl proběhnout podle jejich představ, představuje významnou motivaci, proč se ženy rozhodují pro porod v domácím prostředí.

V rámci státem nabízené péče v oblasti porodnictví většina žen vnímá v rámci lehce zlepšující se tendenci, avšak tyto změny jsou zároveň hodnoceny jako nedostačující nebo příliš pozvolné. Určitá *zkostnatělost* systému je některými přisuzována socialistické historii zdravotnictví a státních struktur. Jedním z pocíťovaných problémů je například nedostatečný respekt k rodičkám, nicméně jako obzvláště palčivá je vnímána především *absence volby*. Způsob, jakým je porodnický systém aktuálně nastaven, vede k nedostupnosti péče PA, a nabízí rodičkám na výběr pouze ze dvou (oficiálně pouze z jedné) krajních možností – родit v nemocnici (což, jak bylo vysvětleno výše, je pro některé rodičky nepředstavitelné), nebo родit doma bez zdravotnické asistence.

To, že si některé rodičky přejí takto porod prožít, je důležité zohlednit (což je také ambicí této práce), nicméně ženy, které by si péči PA přály, v takto nastaveném systému péče *nemají* možnost volby mezi vícero alternativami, které by pro ně byly přijatelné. Je tedy potřeba si uvědomit, že část žen, která se v současné době dostává „mimo systém“ tím, že rodí doma bez péče porodních asistentek, tak činí kvůli nemožnosti zvolit jimi požadovanou péči. Tyto ženy jsou tedy k této podobě porodu dohnány současnou právní úpravou týkající se domácích porodů a vnímaným nedostačujícím stavem „oficiálně“ nabízené a dostupné porodní péče.

*„Prostě si myslím, že si to to zdravotnictví kazí samo, že kdyby bylo víc vstřícnější, že ty ženy nejsou uchylovány k tomu, protože já bych jinak běžně doma nerodila.“ (Radka)*

Jako obzvláště problematická je tedy vnímána konkrétně současná právní úprava poskytnutí asistence u domácího porodu, a pozice, do které staví komunitní porodní asistentky. Právě jejich celkové lepší postavení představuje jednu z oblastí, která by se podle žen měla změnit, a která by posléze vedla ke kvalitnější péči o těhotné ženy a rodičky.

*„Aby tady i ty porodní asistentky chtěly pracovat v komunitě. Ty si myslím, že by to mohly hodně změnit, víc by to třeba tlačilo na ten stát, kdyby jich tady bylo víc, víc by mohly tlačit, víc se dát do kupy. Pořád jich je jako málo. A spousta z nich pracuje i v těch porodnicích, což taky někdy je, že vlastně tam musejí jít trošku na ruku tomu doktorovi, takže je to takový komplikovaný.“ (Karla)*

Podstatná je v tomto ohledu nejen legalizace péče u domácího porodu, a domácího porodu jako takového, ale celkově snaha o začlenění práce komunitních asistentek do systému péče o těhotnou ženu, kterou by pokrývalo zdravotní pojištění. Jak například uvádí Lucie, služby PA, které jsou v současné době vnímány jako nadstandard, za který si rodička musí připlácet, by se měly stát standardem. Pociťovanou absenci personalizované, kontinuální péče v současném porodnictví by taktéž mohly pomoci zaplnit právě komunitní PA – ačkoliv velká část informátorek vysloveně nechtěla či nepotřebovala komunitní asistentku u svého porodu, vnímají její služby jako důležité z hlediska návaznosti péče. Obecně postavení komunitních asistentek a právní úprava výkonu jejich práce u domácích porodů je vnímána jako problematická, nicméně informátorky hodnotí jako nedostatečnou celkovou pozici porodních asistentek v hierarchii zdravotnického systému. Kromě do jisté míry marginalizované pozice porodních asistentek je vnímáno jako problematické právě rozdělení zdravotníků na „více táborů“, které mezi sebou bojují – lékaři a PA, ale také například PA a doly.

Kvalitu péče by podle mých informátorek mohl pozvednout *komplexnější přístup ve stavu ke zdraví* těhotné ženy a rodičky. Ten by mohla umožnit mezioborová spolupráce mezi odborníky, kdy by zdravotní stav ženy nebyl posuzován jako „vytržený z kontextu“, ale kromě gynekologů a PA by byli zapojeni také například fyzioterapeuti nebo výživoví poradci. Tento přístup, založený na více holistické péči o těhotné ženy a rodičky, by mohl nejen pozvednout kvalitu péče, ale také by umožnil zaměřit se i na oblasti zdraví, které zůstávají ve zdravotnictví často opomíjeny, jako například psychika ženy.

*„Tady ty všechny profese pečující ohledně těhotných žen by prostě měly jako spolupracovat, dávat si vědět nějaké informace, aby prostě to bylo co nejbezpečnější pro ty ženy. To je prostě potom nejlepší péče, když ta hlavní pečující osoba má prostě všechny tady ty informace dohromady. Pak to prostě může být teprve skutečně bezpečný, ten porod i těhotenství.“ (Berta)*

Prospěšné by mohlo být také to, pokud by se odborníci (lékaři i PA) inspirovali dobrou praxí v jiných zemích a v jinak nastavených zdravotnických systémech, do kterých jsou etablovány i další formy porodu, včetně domácích. Informátorky často uváděly příklad Holandska, Anglie nebo Německa. Především by se však podle informátorek systém porodnictví měl poučit a inspirovat od samotných žen.

*„Jak říká Michel Odent, my musíme objevit znovu potřeby rodičích žen, ne potřeby systému a lékařů, ale potřeby rodičích žen. Pokud objevíme-, no my je známe, že jo, my, co se tomu věnujeme, obzvlášť prostě komunitní porodní asistentky. Tak učit se od komunitních*

*porodních asistentek, učit se prostě od tradičních porodních bab, jako je Marisa a další prostě, který mají za sebou stovky a stovky a tisíce porodů.“ (Leona)*

Podle některých by také mohlo pomoci zřízení *porodních domů*. Ačkoliv je patrné, že by nepokryly představu všech žen, některé by nad touto variantou minimálně uvažovaly, pokud by byla v České republice dostupná. Některé informátorky hovořily o představě podobného zařízení, kde by působily např. porodní báby, které by o rodičky pečovaly. V tomto kontextu byla také opět zmiňována důležitost prostředí a podmínek porodu.

*„Proto si říkám, ať jsou porodní domy, ať jsou to jako tady ty bezpečný prostředí těch masérských salonů, protože tam se cejtíš podle mě na-, když přijdu do takovýho thajského masážního, tak se cejtíš podle mě úplně v bezpečí [...]. Takhle si to jako představuju. Do ticha, šeptá se tam, nikdo zbytečně nemluví, je to tam útulný...“ (Lucie)*

Pro rodičky je velice důležité, jak by se v takovém prostředí cítily, a pro určitou část z nich by i porodní dům pravděpodobně nebyl ideální, protože by nedokázal plně nahradit domácí prostředí.

#### **4.3.2 (Negativní) zkušenost s předchozím porodem v nemocnici**

*„Já se přiznám, že jsem se cejtěla jak nějaká kráva v kravíně, no prostě hrozný.“ (Radka)*

Špatnou zkušenost s porodem v nemocnici uváděly mé informátorky jako poměrně častou či jako jednu z nejdůležitějších motivací pro hledání alternativní péče při porodu. V tomto ohledu je zajímavé, že negativní vztah k porodnici založený na předešlé zkušenosti je častou motivací pro domácí porod jako takový, ale ne nutně pro porod bez porodní asistentky (to, zda je její přítomnost vnímána jako žádoucí, ovlivňují ještě další faktory, na které se práce zaměřuje). To, že předchozí negativní zkušenost s porodem v nemocnici může být jednou z hlavních motivací pro domácí porod obecně, potvrzuje například studie Durnové a Hejzlarové (2021).

Většina informátorek prožila alespoň jeden předchozí porod v nemocnici. Část těchto žen hodnotí danou zkušenost jako negativní, a v některých případech až traumatizující. Některé ženy hovořily o vzniku (pravděpodobně) poporodní deprese po nemocničním porodu. Ženy, které hodnotí svůj nemocniční porod negativně, často kritizují chování nemocničního personálu, včetně sester či porodních asistentek, které vnímají jako neempatické, arogantní, a které hodnotí jako obzvláště náročné, zažívá-li jej rodící žena, která se nachází v náročném duševním i fyzickém rozpoložení. Tyto výtky do značné míry korespondují se zjištěními z předchozích studií zabývajících se tématem kritiky nemocničních porodů.

*„Začala jsem omdlávat bolesti, začala jsem halucinovat, nechali mě tak hodinu, nikoho to*

*nezajímalo. Když přišla doktorka, prosila jsem, ať to přestane, tak řekla: jako co chcete, nechat si to na zítra?“ (Leona)*

Jedna z informátorek se v průběhu porodu setkala s fackováním ze strany personálu. Některým ženám byla provedena tzv. Kristellerova exprese (KE)<sup>5</sup>, která je rodičkami často kritizována (Durnová, Hejzlarová 2021). Další ženy hovoří o zatajování provedených úkonů ve zdravotní dokumentaci. Informátorky dále uváděly, že byly při porodu nuceny do tlačení dítěte mimo kontrakce. Pokud z nějakého důvodu „nespolupracovaly“ s lékaři, setkaly se s vnímanou manipulací do úkonů prosazovaných zdravotníky, či dokonce s výhrůzkami, že jejich dítě zemře. Toto „zastrašování“ je pociťováno jako častá nátlaková technika, kterou zdravotníci indukují, že rodička nejedná v nejlepším zájmu svého dítěte, čímž ji přimějí přistoupit na preferovaný postup zdravotníků. Jako problematické je dále vnímáno podepisování dokumentace v průběhu porodu, kdy žena není schopná adekvátně posoudit situaci, což může nejen vést k tomu, že rodička nemůže správně posoudit, k čemu vlastně dává souhlas („*ted' já v tom nejhorším, oni tam takhle přišli s bločkem*“), ale může také vést k narušení porodu.

*„Ta žena prostě by měla být v podstatě sama se sebou, neřešit to okolí, neřešit tam, nepodepisovat tam papíry, nevyplňovat v kterém roce, já nevím, maturovala, bydliště, zaměstnavatele. To se opravdu v těch kontrakcích vyplňuje v té porodnici, a to i když to vyplňovala už na těch poradnách, tak oni znovu si to prostě ověřují. Ptají se, ted'ka vůbec nevím, co jsem tam u toho prvního porodu podepsala, já jsem si to chtěla přečíst, ale já jsem nedokázala zaostřit na ty písmenka. Prostě ten mozek funguje úplně jinak u toho porodu než normálně. A ted' já jsem věděla, jak strašně moc to ten porod narušuje.“ (Veronika)*

Špatné zkušenosti s konkrétními praktikami v porodnici mohou být významnou motivací ženy pro rozhodnutí porodit další dítě jinde, tedy v domácím prostředí. Ženy často konkrétně zmiňovaly obavy, aby jim dítě nikdo nikam neodnesl či aby nedošlo k dlouhodobější separaci. Některé rodičky měly rovněž strach z toho, aby nebyla provedena epiziotomie (nástřih hráze) či jiné úkony.

*„Prostě mi ho takhle ukázali, a já jsem porodila v půl čtvrtý odpoledne a dali mi ho až druhej den ráno, a to jsem si ho vyžadovala asi třikrát, a oni: až se vyčuráte, až vstanete, až se najíte, až si vyměníte... Prostě vůbec je nezajímalo, že chci mít své dítě u sebe.“ (Radka)*

Problémem, který ženy pociťují ve vztahu ke svým předchozím porodům v nemocničním prostředí,

---

<sup>5</sup> Tento úkon prováděný ve 2. době porodní, a spočívající v tom, že zdravotník rukama vyvíjí tlak na horní část dělohy, je kritizován nejen rodičkami, ale v poslední době je i ve veřejné debatě vnímán jako přinejmenším kontroverzní. Rodičky často hovoří o tom, že je KE zakázána (či alespoň nedoporučována WHO), nicméně jemnější „tlak na fundus“ je povolen a v praxi za něj může být KE zaměněna. Jako problematické je také vnímáno zatajování použití KE v lékařské dokumentaci (Pavlíková 2015).

je také přílišné spoléhání zdravotníků na *technologie*, a s tím spojená nedůvěra v rodičku a znevažování jejího úsudku. Jedna informátorka se například setkala s tím, že jí lékaři tvrdili, že zatím nerodí, přičemž vycházeli z výsledků monitoru, ačkoliv rodička tvrdila opak a cítila kontrakce, a po následném fyzickém vyšetření zjistili, že měla pravdu. Tato kritika autoritativního medicínského vědění založeného na technologiích je potom u informátorek nahrazena důvěrou ve vlastní *vtělené* či *intuitivní* vědění (o němž blíže pojednává kapitola *Autoritativní vědění*).

Některé ženy vnímají, že se přístup zdravotníků v nemocnicích zlepšuje, ale daný stav stále nepovažují za ideální.

*„Ale jinak musím říct, že přístup těch doktorů se trošku zlepšil, že už se mě třeba zeptali, jestli chci Hamiltona, jo, u druhého dítěte mi ho udělali, aniž by se mě někdo zeptal. Takový jako, že tam nějaký zlepšení bylo, ale když šlo už třeba o ten můj tlak, tak byli takový jako nekompromisní, co se týká těch informací, jak všichni umřeme.“ (Radka)*

Nicméně část informátorek, které mají osobní zkušenost s nemocničním porodem, svůj zážitek hodnotí jako *neutrální až pozitivní*, nikoliv jako vysloveně negativní či traumatizující – přesto ale pro ně byla vidina další podobné zkušenosti z různých důvodů nepřijatelná. Tyto ženy mají často pocit, že většinová společnost by jejich proběhlý nemocniční porod vnímala jako standardní, podobně jako jej tehdy vnímaly ony samy, ale na základě postupně nabytých znalostí na něj rodičky v současnosti nahlížejí více kriticky.

*„U člověka, který není moc informovaný, by řekl, že to je úplně úžasnej, skvělej porod, mně tam ale pak po určitém čase některé věci vadily.“ (Veronika)*

Přestože ženy dané zkušenosti hodnotí více pozitivně než první zmiňovaná skupina rodiček, často si postupně vzpomněly na některé praktiky, které jim u nemocničního porodu vadily, což podpořilo jejich rozhodnutí u příštího dítěte zvolit jiné podmínky pro porod. V některých případech se také obávaly, že mohly mít u svého nemocničního porodu pouze štěstí, a že praxe v jiných porodnicích může být horší. V rámci pochopení fenoménu neasistovaného porodu může být obzvláště zajímavé zaměřit se blíže právě na ženy, které se od „systému“ odvrátily, ačkoliv jejich osobní zkušenost s ním nebyla subjektivně pociťována jako nutně negativní. Zajímavé je, že tento názorový obrat často informátorky nespojují s konkrétními vlivy, a o to může být zajímavější ptát se, proč tomu tak je. V tomto ohledu mohou poměrně velkou roli hrát informační vlivy a zdroje, na které se rodičky spoléhají, a které kritiku nemocničních porodů sdílejí – ať už se jedná o kurzy přirozeného porodu, facebookové skupiny, nebo literatura, kterou ženy čtou.

Celková nedůvěra informátorek k lékařům, ačkoliv některé z nich nemají přímou zkušenost s nemocničním porodem, může být vysvětlena také tím, že část žen odkazuje na špatné zkušenosti



také s lékaři jiných specializací – nejedná se tedy o nedůvěru pouze k porodníkům, ale celkově k lékařům, kteří reprezentují biomedicínský model péče a těla. Kromě toho se některé ženy setkaly s nepříjemným chováním již v těhotenství ze strany gynekologů či gynekoložek. Dvě informátorky například hovořily o tom, že pocítily jistou stigmatizaci na základě svého poměrně nízkého věku. Nicméně dalším informátorkami zakoušeným problémem je jejich stigmatizace lékaři na základě toho, že mají za sebou *domácí porod*. Pro ženy posléze může být nejen obtížnější najít vyhovující pediatrickou péči, ale mají také pocit, že zkušenost s domácím porodem jim dává v očích lékařů jistou „nálepku“ a může vést k budoucím předsudkům vůči nim, či až k otevřeným konfliktům.

*„A vadí mi i, jakým způsobem prostě je pohlíženo na ženy, které doma porodily, i když bez problémů, i když prostě všechno v pohodě, zdravý dítě. A my jsme byli po 14 dnech, vlastně co se (dcera) narodila, tak ona měla nějaký prostě záchvat, vůbec to jako nesouvisí s porodem ani s ničím. [...] A ona měla napsaný všude v kartě červeným, že rizikovej porod, protože se narodila doma, i když ten porod, i když prostě absolutně bez komplikací. Apgar skóre by měla 10-10-10. Všechno v pohodě, tak všude prostě červený vykřičník „Rizikové, porod doma“. A ačkoliv prostě ten problém absolutně nesouvisel s porodem, ani s těhotenstvím, s ničím prostě, tak pořád se na to každý odvolává.“ (Veronika)*

V oblasti kritiky systému zdravotní péče je důležité zmínit, že mnoho z popisovaných problémů se nutně neomezuje pouze na oblast porodnické praxe. Problematika absence respektu k pacientovi, objektivizace pacientů související s technokratickým pojetím lidského těla v rámci biomedicíny (Martin 1987; Davis-Floyd 1993) a pocit, že pacient nemá v daném systému možnost volby, představují témata, se kterými se zdravotnictví potýká i v jiných oborech. V tomto kontextu lze výpovědi a zkušenosti mých informátorek vnímat jako příspěvek k širší debatě o vztahu jedince ke zdravotnickému systému, a o roli autonomie a moci v oblasti péče o zdraví.

### 4.3.3 Odmítání kontrol v těhotenství

Jakousi „případovou studii“, na které lze dobře demonstrovat vztah informátorek nejen k biomedicínskému systému, ale také k širší otázce, kdo má autoritu posuzovat zdraví a stav jedince, může být oblast prenatalních vyšetření a jejich odmítání ze strany některých rodiček. Naprostá většina informátorek se rozhodla alespoň některé kontroly, vyšetření nebo zdravotní testy při svých posledních těhotenstvích *vynechat*. Pouze dvě informátorky chodily na veškeré prohlídky – zajímavé může v tomto kontextu být, že se zároveň jedná o ty ženy, které u porodu *chtěly* porodní asistentku a nesehnaly ji. Pro ženy, které se rozhodly v těhotenství odmítnout vyšetření, vynechat některé prohlídky či zcela vypustit návštěvy u gynekologa, je společná potřeba si na základě

*vlastního posouzení* určit, jaké kontroly, vyšetření a testy žena považuje za potřebné, a které nikoliv, a které ve finále podstoupí. Vlastní posouzení toho, jaká vyšetření jsou pro ženu relevantní, souvisí s potřebou žen mít také vlastní těhotenství ve svých rukou a na základě *vlastního úsudku* zhodnotit svůj zdravotní stav.

Problematice prenatalních screeningů a jejich odmítnutí se podrobněji věnuje Hasmanová Marhánková (2008), která u žen, které vyšetření odmítly, zjistila především spoléhání se na vlastní *vtělené vědění*, odvozené od subjektivního prožívání a sledování tělesných procesů, jakožto opozici k lékařskému vědění, spoléhajícímu převážně na posouzení stavu za pomoci technologií (Hasmanová Marhánková 2008). Kontroly a vyšetření v těhotenství lze na základě výpovědí informátorek vnímat jako příklad sféry ženské reprodukce, která je medikalizována, a kde rodičky pociťují přílišnou kontrolu nad svým tělem. Informátorky se často na základě vlastního úsudku rozhodovaly, které kontroly či screeniny jsou pro ně podstatné (typicky ve 20. týdnu těhotenství), a které méně.

*„Z toho mi dělali vlastně největší peklo, že nemám test na streptokoka. Já jsem ho nechtěla, protože já už jsem to řešila v prvním těhotenství, já jsem byla pozitivní a řešila jsem, jestli chci antibiotika, nebo ne a pro mě jako představa, že se dítě narodí pod antibiotickou clonou, když vím, jak strašně důležité je to první mikrobiální osídlení. [...] a tak jsem si řešila ty rizika, jak jsou velká, a v jakých případech bych ty antibiotika chtěla. Vyšlo mi tam, že je chci jenom v případě, kdyby se jednalo o předčasný porod, kdybych měla prostě horečnaté stavy při tom porodu, kdyby bylo dýl jak 18 hodin po odtoku plodové vody, a to je vlastně asi všechno. Ale tady v těchhle případech tam ty antibiotika dávají tak či tak, ať už je žena pozitivní, nebo není. Takže mi přišlo úplně zbytečný si to jako zjišťovat.“ (Veronika)*

Některé ženy také hovořily o tom, že se jim nezamlouvalo, jaká přílišná pozornost je na základě neustálých prohlídek jejich těhotenství věnována. Líbila se jim představa *minimální kontroly* těhotenství, související s dříve popsanou snahou poddat se procesu, a vyjadřovaly potřebu nebýt lékařsky sledovány. Mezi informátorkami nebylo ojedinělé, že nechtěly v průběhu těhotenství vědět ani pohlaví miminka.

Za problematické je obecně poměrně často považováno *ultrazvukové vyšetření* v těhotenství a jeho četnost. Informátorky často vyjadřovaly obavy o jeho bezpečnosti pro těhotnou ženu a její dítě, a mají dojem, že není potenciální škodlivost (resp. bezpečnost) ultrazvuku dostatečně prozkoumána vzhledem k tomu, jak plošně se užívá. Kromě škodlivosti zdůrazňovaly také to, že časté kontroly jsou stresující pro rodičku, která se musí neustále obávat, zda se setká s dobrými, či špatnými zprávami.

*„Jsem přesvědčená o tom, že to množství a délka těch ultrazvukových vyšetření, které tady*

*v Česku máme, je jednak zbytečná a druhak může mít nějaký prostě negativní vliv na ten vývoj. Takže v prvním trimestru jsem nechtěla žádné ultrazvukové vyšetření, protože se dělá i vnitřně a je to prostě hodně blízko k tomu miminku, k tomu vyvíjejícímu se plodu, tak jsem nešla na potvrzení těhotenství, protože to bylo jasné, že to bude vnitřní.“ (Veronika)*

Dalším důvodem, proč se ženy mohou vyhýbat ultrazvukovému vyšetření v těhotenství je pocit, že je událost nejen škodlivá, ale také stresující i pro dítě. Některé rodičky popisovaly, že u svého dítěte vnímaly negativní reakce na vyšetření. Toto vysvětlení koresponduje s upřednostněním vtěleného vědění (kterému se věnuje podrobněji další kapitola) a s příkládáním důležitosti vůli a aktérství dítěte.

*„Plus jako jsem viděla, že to (dceři) je nepříjemný v tom bříšku, protože vždycky, když jsme dělali ten ultrazvuk, tak se prostě točila, dávala si ruce před hlavičku, prostě jsem vnímala, že jí to není příjemný. A prej opravdu to dítě jako tam slyší velkej hluk, že to je, jak když projíždí vlak pro něj, a může to jako potom být i bolestivý, když má potom ty kosti, tak vlastně že to může i trochu bolet to miminko. A hlavně to беру jako fakt hodně velký narušení toho jejího prostoru, který má bejt naprosto bezpečný, to mateřský lůno, a najednou tam prostě je takovejle pro to dítě asi docela podstatnej zásah.“ (Berta)*

Některé informatorky mají rovněž pocit nízké či nespolehlivé výpovědní hodnoty ultrazvuku, která přispívá ke zbytečnému stresu pro rodičku. Poměrně časté bylo také vyjádření přání nepodstupovat žádná vnitřní vyšetření. Tato nedůvěra v lékaři používané technologie a vyšetření (které mohou být do jisté míry využívány i asistentkami, např. Doppler) souvisí úzce s pocitem informatorek, že je to právě těhotná a rodící žena, která sama nejlépe pozná (často za pomoci jiných forem vědění), zda je její dítě v pořádku, pokud je na něj dostatečně napojená. Informatorky obecně často hovořily o tom, že jim kontroly a vyšetření připadaly zbytečné, protože byly samy velmi silně přesvědčeny o tom, že všechno probíhá v pořádku.

*„A od té vlastně chvíle jsem pocítila takovej klid a důvěru, že jsem neměla vůbec potřebu někam chodit. Vlastně i fyzicky mi z toho bylo jako špatně, jít třeba do nějaký čekárny, a vůbec mě to nepouštělo jako k lékařům. [...] Ale to dítě jak kdyby nám dávalo ty zprávy, že je v pořádku, takže já jsem nepochybovala.“ (Karla)*

Víra v to, že žena sama pozná, že je vše v pořádku, a silné přesvědčení o prospívajícím těhotenství, odráží důvěru informatorek ve vlastní úsudek (a jeho „alternativní“ zdroje), a jeho upřednostnění. Informatorky se spoléhaly na signály svého těla a dítěte, ale také na svou intuici.

*„Teď to třeba tolik ani nechápu, ale když jsem těhotná, tak mám velkou důvěru ve svoji intuici.“ (Anežka)*

*„A já jsem tam právě měla i to nacítění, že dítě je v pořádku, že i ten porod bude v pořádku, že jsem tam jako měla i tu informaci, že opravdu bude i doma, a jsem tam měla i informace, že to proběhne-, jakože začne v noci a že se se svítáním narodí a pak něco i s úplňkem, nebo tak, prostě s měsícem.“ (Monika)*

Tento zdroj vědění lze vnímat jako určitý kontrast k exaktním technologiím využívaných lékaři. Nedůvěra v lékaře a víra ve vlastní úsudek potom souvisí s tím, proč ženy vnímaly prohlídky jako zbytečné, a měly dojem, že vyšetření podstupují spíše pro lékaře než pro sebe, nebo že je společensky vnímáno (konstruováno) jako podstatné, ale pro ně nutně nemá stejnou výpovědní hodnotu.

*„Já jsem tak od začátku věděla, že jsem třeba moc nepotřebovala ani extra ty prohlídky gynekologický, potvrzení od doktorů, protože já jsem prostě věděla, cítila, že dítě je absolutně zdravé a všechno a tak. Takže jsem tam maximálně víc chodila spíš pro ně, než pro sebe. Takový to, jak některé maminky se potřebují ujistit, jestli je všechno v pořádku, tak mě to až pak začalo i trochu stresovat a obtěžovat, že tam musím jako chodit a tak, takže jsem chodila jenom na pár základních a spoustu věcí jsem prostě odmítla.“ (Monika)*

Pocit zbytečnosti kontrol či některých testů dále umocňovalo to, že zvyšování např. hodnot cukru nebo železa v krvi v průběhu těhotenství považují ženy do jisté míry za normální. V tomto ohledu mají pocit, že lékaři problematizují i projevy, které jsou do jisté míry přirozené, nebo je řeší při zbytečně nízkých hodnotách. U vícenásobných maminek byla často patrná postupně sestupná tendence, co se týče počtu prohlídek a vyšetření, které absolvovaly u dalších těhotenství. Tento klesající trend může korespondovat rovněž s postupnou ztrátou důvěry v lékaře a v biomedicínský systém, která byla popsána v předchozí kapitole.

*„To druhé těhotenství jsem se rozhodla, že si to už jako úplně užiju (smích), protože v tom prvním těhotenství vlastně mně přišlo, že se celou dobu čeká jenom na to, až se něco posere (smích), a mně prostě vadí tady ta psychologie strachu a prostě chodit někam a pořád čekat, jako co teda bude tentokrát blbě. Takže jsem si prostě říkala, že už tady tu hru odmítám hrát a prostě jsem nechodila na gyndu vůbec.“ (Berta)*

Pro tyto ženy byla často právě zkušenost s předchozím těhotenstvím a kontrolami další motivací, proč se u novějších těhotenství rozhodly počet lékařských kontrol snížit či zcela eliminovat.

*„V prvním těhotenství jsem vlastně podstoupila úplně všechno a připadala jsem si hrozně, připadala jsem si jako nemocná.“ (Veronika)*

Pokud ženy mají další děti, může pro ně být i logisticky a fyzicky náročné na kontroly jezdit. V tomto

kontextu také hovoří o jejich přílišné četnosti, obzvláště ke konci těhotenství. Některé ženy se navíc setkaly s nesouhlasem ze strany lékařů a sester na základě toho, že odmítly podstoupit některé testy, a také proto se mohou dalšímu kontaktu s lékaři vyhýbat.

*„Takže když jsem byla v té porodnici, kde jsem chtěla родit, tak tam mi řekla ta porodní asistentka, že s tím, kolik já mám návštěv v těhotenství, - jsem měla jenom dvě, neměla jsem test na cukrovku, neměla jsem test na streptokoka, nechtěla jsem CTG a nechtěla jsem ultrazvuk, taky problém. Já jsem měla ty dva v těhotenství, ale těsně před porodem prostě jsem nechtěla, aby dělali ultrazvuk-, [...] mi řekla, že to budu mít u porodu těžký, že mi to ti doktoři dají prostě sežrat.“ (Veronika)*

Informátorky, které se v těhotenství rozhodly omezit návštěvy u svého gynekologa či gynekoložky, se často rozhodly pro využití jiných druhů péče pro posouzení zdravotního stavu, který nejčastěji tvořily návštěvy u *porodní asistentky* nebo *porodní báby*. Ženy, které podstupovaly tyto předporodní návštěvy, hovořily o potřebě osobního přístupu a důvěry k poskytovateli péče v těhotenství. Některé ženy uvádějí, že chodily na kontroly k PA jen proto, že ji již znaly, měly k ní osobní vztah, či se jednalo vysloveně o jejich kamarádku – pokud by tuto blízkou náklonnost nepociťovaly, je možné, že by kontroly vynechaly úplně.

Nicméně potřeba náklonnosti a důvěry k poskytovatelům péče představuje významný důvod, proč ženy nebyly spokojeny s péčí lékařů, a proč vyhledávaly „alternativní“ služby.

*„Takže jsem prostě s (porodní bábou) vždycky probrala to, co se děje, protože to mi asi nejmíc chybělo na těch kontrolách, že ono, jak se to jmenuje, těhotenské poradny to mají být, ale vůbec to nejsou poradny, protože tě tam prostě berou jak na běžícím pásu a jenom jako fik fik a spíš jako je to testy jenom, těhotenský. Ale vůbec tam jako neřeší, když ta maminka jako má vlastně, nebo si chce vlastně popovídat vůbec, jak jí je, nebo tak, tak vůbec na to není prostor. A to mně právě hrozně chybělo. A tady vlastně jsem měla tohle, co jsem chtěla.“ (Berta)*

Jedním z hlavních rozdílů oproti standardním lékařským kontrolám, který ženy oceňují na péči PA a porodních bab v těhotenství, je využívání tradičnějších praktik pro posouzení stavu těhotné ženy a dítěte. Jak již bylo zmíněno, většina informátorek pocítovala nadsouzení technologie při lékařském posuzování prospívání těhotenství, a přikláníla se tak spíše k přístupu porodních asistentek a porodních bab. Ten se vyznačuje především zkontrolováním břicha těhotné pohmatem, posloucháním srdečních ozev dítěte tzv. Pinardovým stetoskopem (či tzv. babským uchem) nebo využitím Doppleru, který funguje na principu ultrazvuku (některé ženy jej však z tohoto důvodu rovněž odmítají).

*„Nakonec musím uznat, že byla (porodní bába) mnohem lepší jak lékařka, protože tahle-, říkám, ultrazvuk, že dítě neprospívá, ona o 2 týdny později byla schopná rukama, prostě pohmatem zjistit přesnou výšku dítěte a od dělohy a tak, a to všechno souhlasilo. [...] Takže zjistila mnohem víc věcí než lékaři přes stroje. Třeba i pozici natočení a tak dále, množství plodové vody, prostě všechno možný.“ (Monika)*

V tomto ohledu jsou to právě porodní asistentky a porodní báby, jež jsou informatorkami vnímány jako *expertky* v oblasti péče o těhotnou ženu. Informatorky naopak v této oblasti pociťují určité nedostatky u lékařů, pojící se s jejich přílišným spoléháním na technologie, které je „odpojují“ od skutečného stavu ženy.

*„No a tam se mi líbí i to, jak oni pracují těma rukama, jak naciťují to miminko, to je podle mě strašně krásný. Já jsem byla třeba na jedny gynekologii a ona si nevěděla rady, neuměla poslechnout ozvy jinak, než prostřednictvím toho monitoru, že úplně ztrácí to řemeslo.“ (Anežka)*

Je však vhodné dodat, že ačkoliv téměř všechny informatorky využily „alternativní“ péče v podobě služeb porodních asistentek a porodních bab, některé z nich posuzovaly svůj stav také na základě *vlastního fyzického vyšetření* a posouzení stavu. Jednalo se především o ženy, které zároveň působily jako duly nebo porodní báby (a měly tedy za sebou jistá školení), nicméně vlastní posouzení svého zdravotního stavu bylo některými považováno za dovednost, o kterou by měla usilovat každá těhotná žena.

*„Pak už jsem si to kontrolovala sama, takže jsem si pořídila lístečky na moč, a mám doma tlakoměr, mám doma stetoskop na poslouchání ozev, a jednou za čas jsem si tu poradnu udělala vlastně sama.“ (Karla)*

*„Dva roky předtím jsem studovala babictví, dva roky, takže to bylo vlastně jako taky další velká nadstavba, že jsem vlastně ještě víc do hloubky pochopila ten mechanismus toho porodu a prostě všechny ty situace, jak se dají řešit a tak, no. Vlastně jsem uměla i když tak resuscitovat novorozence, kdyby bylo potřeba.“ (Berta)*

Některé ženy se také při předchozích těhotenstvích, kontrolovaných standardními lékařskými postupy a vyšetřeními, potýkaly s pocitem jistého odpojení od svého dítěte, a mají pocit, že je to právě tento systém péče, který psychické napojení na dítě znemožňuje.

*„No a taky jsem tam cítila obrovské odpojení od dcery, protože jsem tam jako přijala to, že potřebuju někoho třetího, kdo mi řekne, jestli je to dítě v pořádku a tam mi došlo, že to je vlastně úplně špatně, protože kdo by to měl vědět líp než já, že je v pořádku. A že nepotřebuji*

*nikoho třetího, protože já jsem cítila, že je všechno v pořádku, že všechno je to tak, jak má být.“ (Veronika)*

A naopak: právě proto, že tyto ženy pociťují silné napojení na své dítě a pocit zdraví i bez ultrazvuku a dalších lékařských vyšetření, osobně nevnímají potřebu a důvod, proč tato vyšetření v těhotenství podstupovat.

*„Protože vlastně já jinak beru, jako že ten ultrazvuk vlastně je dobrý pro ženy, který fakt nevědí, nejsou napojeny na to dítě a nevědí. Tak prostě si myslím, jako že tam fakt jsou v tom jako velký benefity. Ale já jsem prostě věděla, jo, a bylo to prostě úplně jako bytostný přesvědčený, že prostě vím, že je v pořádku.“ (Berta)*

Odvracení se od standardního technologizovaného přístupu kontrol v těhotenství a hledání alternativ, při kterých žena cítí větší napojení na dítě, či je dokonce sama posuzovatelkou svého zdravotního stavu, představuje další moment, kde se projevuje potřeba žen být tou, která rozhoduje o svém těle, a nepředává tuto moc třetí straně. Další motivací pro vyhledání alternativní péče může být také vidina *kontinuální péče* o rodičku. Přestože ženy nemusejí zvolit péči PA či porodní báby přímo u svého porodu, předpokládají, že s ní kromě těhotenství budou dále konzultovat zdravotní stav minimálně po porodu a v šestinedělí.

*„A dává mi smysl jít za porodní asistentkou, kterou pak budu mít u porodu, protože to je něco, že ona mi prohmatá břicho, což mi přijde fajn, a sblížíme se spolu, i ten sociální aspekt, povídáme si, a tam mi to jako smysl dává. Ale tady ty vyšetření v porodnici, nebo pak takový ty ozvy, tak tam jsem moc nechodila.“ (Anežka)*

Těhotenské kontroly u porodních asistentek nebo porodních bab ženám nabízejí také pocit psychické podpory. Kromě toho, že se informatorky dozvěděly více o zdravotním stavu sebe a miminka, oceňovaly také, že se PA či porodní báby zajímaly o jejich psychickou pohodu, a v některých případech jim poskytly také další služby, jako např. masáže, masáže rebozo šátkem nebo kraniosakrální terapie.

Celkově lze odmítání kontrol a screeningů v těhotenství (a potažmo celkovou kritiku a nedůvěru k systému) považovat za příspěvek k otázce, kdo a za jakých parametrů má autoritu posuzovat zdravotní stav jednotlivce – zda je to právě daný člověk, konstruuující svou zkušenost a vědění na základě vlastní subjektivní tělesné zkušenosti, nebo zdravotník, který reprezentuje celý společensky uznávaný systém formalizovaného vědění, který je v dané společnosti utvářen jako legitimní. Nejen v tomto bodě se střetává několik konkurenčních forem *autoritativního vědění*, jejichž „rozkrutí“ může pomoci volbě neasistovaného porodu porozumět.

## 4.4 Autoritativní vědění

V této kapitole se podrobněji zaměřím na otázku, kdo má u porodu autoritu (legitimitu) posuzovat, zda porod probíhá správně, jak je tato autorita ustavována, a přiblížím, jakým způsobem v pojetí mých informátorek dochází k narušení autoritativního (biomedicínského) vědění. V tomto ohledu jsem do značné míry vycházela z konceptu *autoritativního vědění* Brigitte Jordan (1993 [1978], 1997), který byl podrobněji popsán v teoretické části práce. V následující části této kapitoly se pokusím demonstrovat, že *alternativními formami* vědění jsou pro mé informátorky především *vtělené* („embodied“) vědění a *intuitivní* vědění, které jsou ustanovovány jakožto konkurující dominantnímu medicínskému vědění (nicméně, v souladu se zjištěním Cheyney (2008) nebo Miller (2009), některé ženy vnímají *více* forem vědění jako legitimní). V tomto pojetí, za využití znalostí vycházejících z vlastního prožitku a úsudku (ale také v kombinaci s využitím medicínskému vědění), se expertkou na svůj porod stává *sama rodící žena*.

### 4.4.1 „Expert on her own body“<sup>6</sup> – rodící žena jako expert

V rámci pojetí porodu u žen, které prožily neasistovaný domácí porod, je to často právě sama *rodička*, která vystupuje v roli expertky ohledně těhotenství, porodního procesu a rodícího těla (případně alespoň některých prvků v rámci této sféry). Tato konceptualizace představuje určitý střet s dominantně přijímaným biomedicínským pojetím porodu, kde je lékař/zdravotník považován za kvalifikovaného experta, jelikož je porod rámován jako problém vyžadující medicínskou expertízu. Typické je především to, že je to právě sama rodící žena, kdo posuzuje, zda porod probíhá v pořádku, a sama volí, podle jakých parametrů stav těhotenství a porodu hodnotí. Na základě vlastního uvážení také může zvolit, v jaký moment či za jakých podmínek chce vyhledat případnou další pomoc (porodní asistentky nebo lékařů).

V tomto kontextu je také vhodné zmínit, že informátorky se na své porody zpravidla dlouhodobě a aktivně připravovaly, a to různými způsoby. Velmi častá byla inspirace porodními příběhy a zkušenostmi jiných žen, ať už v online komunitě nebo v okolí. Kromě toho však informátorky sbíraly také praktické informace, ať už o průběhu a fyziologii porodu a ženského těla, nebo o případných komplikacích, aby byly u svého (neasistovaného) porodu schopné samy vyhodnotit jeho průběh a případné komplikace vyřešit.

---

<sup>6</sup> „Expert on her own body“ v tomto kontextu odkazuje na název práce Cameron (2014), která zkoumala, jak ženy, které zvolily neasistovaný porod, PA a lékaři konceptualizují (různá) rizika pojící se s porodem. Cameron odkazuje na populárně naučnou knihu „*Unassisted Childbirth*“ od Laury Shanley, která píše, že u neasistovaného porodu „*se předpokládá, že rodící žena je tou pravou expertkou na své vlastní tělo*“ [Shanley 2011 cit. in Cameron 2014: 1].



*„...jak třeba to poporodní krvácení zhodnotit, jestli je ok, nebo ne. Takže to jsme ještě zkoušeli prostě na podložku vylít džus nebo něco, kolik té krve vlastně je.“ (Veronika)*

Informace ženy čerpaly na internetu, ale také v knihách, ať už populárně naučných, nebo odborných. Zmiňován byl například také web Bio-statističky (Markéta Pavlíková), nebo stanoviska Světové zdravotnické organizace. Většina žen se také zúčastnila předporodních kurzů, někdy ne bezprostředně před neasistovaným porodem, ale například v předchozích těhotenstvích, přičemž nejčastěji byl zmiňován kurz Jemné zrození (Michaely Kalusové), dále kurz Jany Lesany, kurz Lilie Khoušnoutdinové, kurz Lucie Groverové, ale také kurz první pomoci. Rodičky se dále aktivně připravovaly na porod na setkáních se svou porodní asistentkou, doulou či porodní bábou. Část žen čerpala další informace a zkušenosti na základě toho, že samy prošly kurzem pro duly nebo porodní báby, a na základě svého následného působení v této oblasti. Jedna z informátorek se také zúčastnila Porodního sletu pod širým nebem, pořádaným Uníí porodních asistentek, kde se setkala s řadou komunitních PA působících u domácích porodů, a dozvěděla se informace např. o laktačním poradenství či o problémech pojících se s porody v nemocnici.

Mé informátorky se často připravovaly na porod i po psychické stránce, skrze psychoterapii, za pomoci zpracování obav či traumat; dále byla využívána kraniosakrální terapie či fyzioterapie. V neposlední řadě se některé informátorky připravovaly na porod za pomoci *předporodního rituálu*, který se zpravidla odehrával v přítomnosti rodiče blízkých žen. V těhotenství nebo při porodu některé ženy také poslouchají mantry či meditace. Celkově je *vědomá* a aktivní příprava k porodu považována mnohými informátorkami za nedílnou součást dobré porodní zkušenosti, resp. za jeden z faktorů, kterým lze ovlivnit porod v pozitivním smyslu. Některé ženy také zdůrazňovaly, že pro ně bylo důležité zůstat v průběhu těhotenství aktivní, a co nejméně se ve fyzických aktivitách omezovat, zároveň ale reagovat na potřeby svého těla.

#### **4.4.1.1 Vtělené vědění a intuice**

Ženy, které se podílely na tomto výzkumu, často v rámci posuzování a vnímání svého těhotenství a porodu vycházely z kombinace *vtěleného vědění*, založeném na sledování signálů těla a jeho fyzických i psychických projevů, a následování své *intuice* a „vnitřních“ pocitů jako významného zdroje vědění; zároveň však stavěly do jisté (i když méně zohledněné) míry na poznatcích biomedicínského vědění a expertízy porodních asistentek, např. při určování, zda porod dobře postupuje.

Podle Cheyney (2008), která se ve svém výzkumu zaměřila na ženy, které porodily doma s porodní asistentkou, rodičky docházejí k volbě domácího porodu prostřednictvím procesu zpochybnění

ustavených forem autoritativního vědění (které v kontextu porodu tvoří zdravotnické (biomedicínské) vědění), a skrze *upřednostnění alternativních forem vědění*, které jsou založené především na vlastní tělesnosti (*vtělené vědění*) a intuici. Spoléhání na tyto alternativní diskurzy je klíčové spolu s (vtěleným) prožitkem osobní síly a moci rodiček. Ačkoliv se Cheyney ve své studii (2008) nezaměřila na ženy, které prožily neasistovaný porod, pokusím se v následující sekci ukázat, že popisované přijetí alternativních forem vědění je klíčové také v pojetí žen, které se rozhodly pro porod *bez odborné asistence*. Domnívám se, že je možné argumentovat, že v některých případech mohou být tyto rodičky v osvojení si alternativních forem vědění ještě o krok dál, neboť absence zdravotnický vzdělané osoby souvisí s tím, že rodička se stává hlavní posuzovatelkou a autoritou svého porodu, u níž se mohou zároveň různé formy autoritativního vědění spojovat.

Jako *vtělené vědění* v kontextu porodu potom můžeme vnímat systém subjektivních znalostí o těle a porodním procesu, které vycházejí z rodiččina vnímání a prožívání těla v průběhu těhotenství a porodu (Browner, Press 1996). Posuzování zdravotního stavu na základě pozorování vlastních tělesných změn a signálů popsala již Jordan (1977 cit. in Browner, Press 1996) nejprve u skupiny amerických rodiček, které za pomoci těchto subjektivně zakoušených „indikátorů“ poznaly své těhotenství dříve než bylo potvrzeno lékařskými technologiemi. Podobnou, na sobě nezávislou zkušenost zaznamenala Jordan také u kolumbijských žen (Jordan 1977 cit. in Browner, Press 1996). Spoléhání na alternativní formy vědění, především na vtělené vědění, je potom popisováno např. také Hasmanovou Marhánkovou (2008) na příkladu žen, které odmítají některá prenatalní vyšetření.

Spoléhání na *intuici* jako na specifický typ autoritativního vědění při porodu bylo podrobněji popsáno již Davis-Floyd a Davis (1996), podle nichž je spoléhání na vnitřní pocit jakožto zdroj autority typický pro práci porodních asistentek u domácích porodů. Přestože jsou porodní asistentky vzdělané v oblasti biomedicínské diagnostiky a ovládají veškeré uznávané kompetence, zároveň kladou důraz na následování intuice či vnitřního pocitu, který však v „technokratické“ medicíně není uznáván jako legitimní autorita (Davis-Floyd, Davis 1996).

*„Já myslím, že ženě při porodu funguje výborně intuice, pokud prostě si věří a není rušená a není pořád zpochybňována systematicky intuice celý těhotenství a potom při porodu, protože prostě doktoři se spoléhají jenom na přístroje, a ne na to, co jim říká ta žena, tak já fakt myslím, že jako fakt nám výborně funguje intuice při porodu. Že prostě jako ví, že prostě ví, že je něco špatně, že to pozná dřív než lékař třeba přes přístroj, že to pozná dřív ještě, a že zároveň pozná jako výborně, když je všechno prostě v pořádku. No, takže já jsem prostě věděla, že je všechno v pohodě a vůbec jsem neměla ani teď fakt potřebu se (synem) se*

*vyšetřovat, protože vlastně jsem věděla, že to prostě je jedno, úplně jedno.“ (Berta)*

V případě neasistovaných porodů se zdá, že to jsou právě samy rodičky, které, podobně jako porodní asistentky, spoléhají na svou intuici jako na *hlavní zdroj autority* při rozhodování a posuzování v rámci těhotenství a porodu. Veronika například uváděla, že věřila, že až porod přijde, bude vědět, jakým způsobem, tedy kde a s kým, chce porodit, že to „vycítí“. Velká část informátorek měla velmi podobnou zkušenost.

*„...vlastně to nedokážu logicky vysvětlit, ale prostě jsem věděla.“ (Anežka)*

V tomto ohledu lze považovat za podstatnou také *důvěru* – následování vlastních potřeb a posuzování porodu podle vlastního úsudku je podmíněno důvěrou ženy v sebe, ve svou intuici, v porodní proces, ve vlastní tělo, ale například také v samotné rodící se dítě. Informátorky opakovaně hovořily o hluboké důvěře ve vlastní schopnost posoudit, zda porod probíhá v pořádku. Důvěra v sebe, ve vlastní intuici a posouzení situace je důležitá nejen u samotného porodu, ale také v období těhotenství.

*„Já jsem se snažila věřit tomu dítěti, věřit svému tělu a že prostě ta intuice mi dá najevo, pokud se prostě-, že poznám, pokud se děje opravdu nějak jako výraznej průšvih.“ (Leona)*

Důvěra ve vlastní schopnost posoudit a poznat svůj zdravotní stav jako opozice proti posouzení třetí strany (typicky lékařů) za využití technologií jakožto (v tomto pojetí) alternativní formy autoritativního vědění byla dobře patrná například v rámci odmítání kontrol v těhotenství. Hluboká *důvěra v sebe* a v porodní proces je vnímána jako důležitý předpoklad pro to, aby žena mohla porodit podle svých představ, a je často konceptualizována jako až téměř neslučitelná s důvěrou v lékaře a medicínský model porodu. Důvěra ve vlastní úsudek může být podpořena také tím, pokud má daná žena sama praxi v doprovázení k porodům jako dula nebo porodní bába.

*„Takže asi proto jsem i rodila neasistovaně, no. Protože jsem věděla, že si v těch situacích dokážu prostě poradit.“ (Karla)*

„Neodevzdání moci“ nikomu jinému a samostatné rozhodování o porodu souvisí také s převzetím zodpovědnosti za porod. Toto platí, pokud je rodička zdravá a těhotenství probíhá fyziologicky; pokud by nastaly problémy, je podle informátorek relevantní vyhledat pomoc.

*„Já si myslím, že bysme samy měly bejt zodpovědný za svoje těhotenství a za to, jaké máme zdravotní stav v tom těhotenství a měly bysme bejt schopný třeba i to miminko si vlastně samy jako vyhmátnout. Prostě s tím miminkem jsme, a to miminko nám dává neustále nějaký zprávy, jako že se teď otočilo a... takže já to vnímám, že spíš bysme měly samy bejt ty odbornice, protože to je zdravý těhotenství, fyziologický. A tak to mám já. Ale pak ženy*

*jakoby třeba nechtějí ty informace, nebo chtějí tu zodpovědnost vlastně někomu předat, tak proto tady jsou ty porodní asistentky, který mají ty informace a věděj, co v některých situacích poradit a co dělat. [...] ...pokud se cítíme dobře a jsme zdraví, tak si můžeme sledovat to těhotenství samy. Můžeme si samy zapisovat, můžeme si každý den něco zapsat, k tomu můžeme si udělat takovej deníček, kde máme nějaké informace. Můžeme to naučit muže: hele pojď, pojď si šáhnout, kde to miminko je. Muž bude v tom propojení s tím miminkem. Takže spíš to vzít samy do svých rukou.“ (Karla)*

Zodpovědnost za svá těhotenství a právo rozhodovat za sebe by podle některých žen rodičky neměly předávat nikomu dalšímu, ať už lékařům, nebo porodní asistentce. Toto „odevzdání se“ například podle Lucie nastává už jen tím, že rodička rodí v nemocnici, jelikož podléhá vnějším informacím, podle kterých se řídí.

*„Já jsem vlastně tuhle moc vůbec neodevzdala.“ (Lucie)*

*„Protože já mám kolem sebe spoustu žen a vlastně to nejvíc traumatický je, že jak kdyby o nich někdo začne rozhodovat. Jako nemají tu sílu. Že vím ženy, který měly třeba jako císař, ale bylo to v pohodě, protože to v určitou chvíli bylo jejich vědomý rozhodnutí, že tohle je fakt lepší.“ (Anežka)*

Některé ženy se při porodu orientovaly také podle toho, jak se v daný moment cítí. Podle některých lze vyzorovat v jaké fázi porodu se rodička nachází na základě rozpoložení, ve kterých se žena ocitá, jako je únava, strach, pocit, že porod nezvládne, či dokonce pocit, že zemře. Jedná se tak o jistou kombinaci psychických a tělesných prožitků, které na sobě rodičky pozorovaly, a podle kterých posuzovaly svůj stav.

*„A pak ještě je taková fáze, to jsem v nějaký tý knize četla, že když má žena pocit, že už umře, tak to je taková nějaká přechodová, že už se to dítě brzo... A to jsem přesně měla takovej pocit, že se jí chce zvracet, a prostě jsem si říkala: radši mi usekněte hlavu, už to nevydržím, a v tu chvíli mi jako bliklo: a, musíš vydržet, už to bude za chvíli. A tak to bylo, takovej jakoby povzbudivej pocit, že... nějaký znamení jsem prostě sledovala, nevím, jak bych ti to vysvětlila...“ (Radka)*

#### **4.4.1.2 Využití lékařského vědění a terminologie**

Kromě intuice však některé ženy v průběhu porodu spoléhaly na další metody určování, jak porod postupuje, které, využijeme-li konceptu autoritativního vědění, vycházejí z biomedicínského vědění o těle a porodu. Poměrně častým bylo fyzické „samovyšetření“, tedy vaginální vyšetření, jehož

účelem je primárně zjistit míru dilatace. V tomto ohledu se ovšem informátorky poměrně lišily, a některé vyloženě nechtěly či nepotřebovaly tento údaj vědět, proto jej ani nezjišťovaly.

*„A vím, že proto právě může i ženu jako rozhodit ten výsledek toho vyšetření, že buď to jako není to, co čekala, anebo naopak jako si myslí, že to bude jako šup šup a třeba to ještě není, takže je z toho jako taky rozladěná. Takže neměla jsem vůbec potřebu, neměla jsem potřebu vůbec jako kohokoliv jako tam mít na kontrolu, všechno bylo fakt v pohodě, já jsem to věděla.“ (Berta)*

Dále některé ženy při porodu využily i Doppler, např. pokud pocítily obavy, zda je miminko v pořádku. Některé rodičky se vyšetřily samy, jiným pomohla porodní bába. Celkově však všechny rodičky v průběhu porodu sledovaly na svém těle signály toho, jak porod postupuje, a také na základě toho samy vyhodnocovaly, v jaké fázi porodu se nacházejí a co mohou v příštích okamžicích očekávat. V některých případech samy vyhodnotily, že je potřeba do porodu zasáhnout či mu napomoci, a samy tak učinily.

*„... v poledne jsem si nahmatala to miminko s tím, že jsem cítila, že je pořád ve vaku blan. A přišlo mi, že se nemůže dostat dál. Takže já jsem udělala, že jsem si protrhla ten vak blan, a pak to miminko se začalo posouvat, já jsem vylezla z vany a porodila jsem si ho do rukou.“ (Marie)*

*„Takže jsem si tu placentu vlastně vytáhla, že jsem čekala na tu placentu, ale nechtělo se jí. Ty kontrakce byly tak jako nějak úplně jiný, zvláštní, že instinktivně jsem si říkala, že ji musím dostat ven. Jsem si klekla a vlastně jsem zatáhla za pupečník a ona vyjela, i docela dost jako krve tam bylo, takže možná to tělo mně instinktivně jako říkalo: hele, musíš něco dělat.“ (Karla)*

Přestože se informátorky často staví kriticky k medicínskému pojetí těhotenství, porodu a péče o rodičku a dítě, je důležité podotknout, že některé zároveň v různé míře vycházejí z biomedicínského vědění o těle a průběhu porodu, ať už v oblasti určitých způsobů posouzení progresu porodu, v rámci využívání terminologie či užívaných technologií. Poměrně častým je např. posuzování stavu narozeného dítěte za pomoci (odhadu) Apgar-skóre, které se běžně užívá v porodnicích. Jednoduchá distinkce lékařský vs. přirozený porod v tomto ohledu tedy neplatí, což potvrzuje také zjištění Miller (2009). V souladu s jejím zjištěním lze i u mých informátorek sledovat spoléhání na konkurenční diskurzy a systémy vědění – lékařský, a zároveň PA/vtělený/intuitivní. Nicméně podstatné je, že jsou to nikoliv lékaři, ale samotné rodičky, které rozhodují o tom, jak na základě tohoto vědění budou jednat. Pro některé informátorky však může být i medicína a její technologie legitimním zdrojem autority – typickým příkladem může být spoléhání na ultrazvuk (ať už používán

lékaři, či v podobě Dopplera porodní asistentkou nebo samotnou rodičkou) a na další testy a kontroly v těhotenství, které jsou vnímány *odlišně* různými ženami.

*„...jsem řekla, že když nebude porodní asistentka, tak jsme byli samozřejmě připravený, měli jsme ambuvak doma a prostě podobný věci na první pomoc, plnou krabici první pomoci, včetně prostě toho Dopplera, [...] měla jsem prostě i ty ozvy, v jakých hodnotách se mají přibližně držet.“ (Leona)*

Částečné spoléhání nebo odkazování na medicínské ukazatele může být informátorkami rovněž využíváno proto, že jim je v souladu s ustanovenou pozicí autoritativního vědění ve společnosti prisuzována větší legitimita, než alternativním formám vědění (Jordan 1997).

#### 4.4.2 *Vtělené vědění a autorita těla*

*„Já jsem fakt pozorovala tělo, jak rodí. To jsem nerodila já, to rodilo prostě moje tělo.“ (Lucie)*

Důraz na vnímání vlastní tělesnosti a tělesných procesů v těhotenství a při porodu, který vychází z konceptu vtěleného vědění, souvisí s tím, že samotné rodící tělo je některými informátorkami vnímáno jako *aktér* porodu, jehož rodička do jisté míry pouze následuje. Informátorky opakovaně hovořily o pocitu, že jejich tělo samo rodilo, a ony mu pouze nechaly volný průběh. Toto pojetí porodu odkazuje k narativu *přirozeného porodu*, podle kterého představuje fyziologický porod přirozený proces a funkci ženského těla. Jedna z informátorek tento proces označila jako „následování pudů“. Pokud jsou porodu dány dobré podmínky (tedy pokud rodící tělo není rušeno), stačí jen následovat porod jako přirozený proces odehrávající se v těle.

*„...pak už to tělo vlastně přirozeně začne tlačit, a posouvá to děťátko. Jo, tam se ani nemusí jako tlačit vůbec nějak silou, to tělo si jako tlačí samo.“ (Karla)*

Tento přístup stojí v opozici vůči představě standardního medicínsky vedeného porodu, kdy je rodička nabádána porodní asistentkou nebo lékařem, jakým způsobem má dýchat, tlačit, jakou polohu má zvolit, nebo kdy je dokonce vyvíjen tlak na fundus. Řízené tlačení v porodnicích tak bylo informátorkami vnímáno nejen jako kontraproduktivní, ale rovněž jako do jisté míry zbytečné, protože tělo samo „ví“.

*„Já jsem měla fakt tu plnou důvěru v to tělo, že to zvládne, že to je naprosto přirozené, a prostě že se nemám čeho bát, že to tělo to udělá za mě, já se tomu jenom nemám bránit. [...] ...a spíš to tělo tlačilo samo, že jsem netlačila, spíš jako jsem to jenom prodýchávala.“ (Monika)*

Předpoklad pro to, aby mohlo být u porodu přenecháno „aktérství“ rodičímu tělu, představují právě takové podmínky, které porod ženy nebudou žádným způsobem narušovat. Pro některé informátorky toto rušení mohou představovat i jakékoliv vnější *informace* či snaha o uplatnění jiné autority (např. PA nebo lékařů), kterými se rodičí žena řídí.

*„Ale že vlastně pro mě to byl nádherný zážitek v tom, že právě tím, jak jsem se vůbec nespolehala na žádný informace zvenku, tak prostě to moje tělo dělalo všechno, jak potřebuje. [...] ...aby mi někdo říkal třeba: už jsi otevřená na tolik, nebo teď udělej tohle. Že vlastně mě by to rušilo, protože moje tělo naprosto vědělo.“ (Lucie)*

Autorita či jistá „moudrost“ těla byla některými sledována i v těhotenství. Ženy při přípravách na domácí porod braly v potaz, zda se cítí zdravé, a pokud by se u nich objevila nějaká nemoc či deficit, považovaly je zpravidla za signál těla, tedy že se tělo snaží rodičku na něco upozornit.

#### 4.4.3 Aktérství rodičího se dítěte

V pojetí těhotenství a porodu značné části informátorek vystupuje rodičí se *dítě jako aktér*, kterému je rodičkami připisována aktivní role a vliv na porodní proces. Důvěra v to, že nejen rodičí tělo, ale také rodičí se dítě má nad porodním procesem určitou moc, často dodávala informátorkám pocit jistoty a klidu. Dítěti je mnohdy připisována autorita či „moudrost“ ohledně začátku porodu, tedy v tom smyslu, že miminko samo „ví“, kdy se narodit.

*„Takže to je jenom nějaká důvěra, že to děťátko taky ví.“ (Karla)*

Důležité je také psychické i fyzické napojení na dítě v průběhu těhotenství. Rodičky často hovořily o tom, že jim dítě dávalo pomocí různých signálů najevo, že je v pořádku. V průběhu těhotenství či před samotným porodem některé ženy také různým způsobem s dítětem komunikovaly.

*„A já jsem jenom prostě seděla a začala jsem si jako v duchu mluvit s tím miminkem, začala jsem mu říkat, že už jsem otevřená, a že teď projde tou branou a prostě jsem k němu tak jako promlouvala.“ (Anežka)*

Přestože je aktérství rodiček podstatné, je tedy do jisté míry doplněno přiznáním části aktérství vlastnímu tělu, dítěti, nebo samotnému porodnímu procesu, a jedná se o moment, kdy ženy vnímají, že některé věci nemohou ovlivnit, což souvisí s důvěrou v tyto další aktéry a se snahou poddat se procesu. Připisování určité moudrosti či aktérství dítěti se také projevuje v rámci toho, jak ženy pracují s eventualitou úmrtí miminka při porodu (o tomto více v rámci kapitoly *Vlastní konceptualizace porodu*).

*„Já jsem to měla i tak nastavený, že jsem prostě důvěřovala tomu dítěti, že se chce narodit,*

*že kdyby k něčemu došlo a ona se třeba narodila mrtvá, tak jsem přesvědčena o tom, že si to prostě rozhodla, že si to prostě rozmyslela, že prostě na ten svět nechce. Protože já si myslím, že jsem zažila i jakoby vědomé početí, takže já jsem byla v pohodě i s tou variantou, že se třeba nenarodí živá. [...] Takže i kdyby v půlce těhotenství prostě odešla, nebo tak, tak bych byla přesvědčena o tom, že si to prostě rozhodla sama.“ (Veronika)*

Protože značná část žen uváděla, že přestože se klonily k neasistovanému porodu, nechávaly si otevřené i další možnosti, konečné *rozhodnutí* porodit neasistovaně je některými informátorkami připisováno právě novorozenému *dítěti*, které jako by rozhodnutí učinilo namísto rodičky. Monika například uvádí, že se nakonec nejednalo o její rozhodnutí, ale o rozhodnutí jejího syna, který tím, že se narodil doma překotně, jí „*nedal jinou možnost*“. Některé ženy potom vědomě s miminkem na konci těhotenství komunikovaly a aktérství v otázce rozhodnutí o místě a podobě narození mu „*přenechávaly*“.

*„Neznamená to, že jsem si řekla: chci rodit sama. Ale jako že jsem zacítila, že kdyby to tak mělo být, tak je to naprosto v pořádku. A řekla jsem vlastně do břicha tomu miminku, že jestli u toho nechce tu PA, řekla jsem její jméno, tak ať jde do toho dneska, protože jsem věděla, že ona má noční službu. [...] No ale vlastně ta věta pro mě byla, jako když si to vezmu zpětně, kdyby to bylo fakt, jak kdyby to miminko v bříšku pochopilo, že už jsem připravená, že může.“ (Lucie)*

*„Když jsem se [...] šla zaregistrovat do porodnice, tak jsem tam seděla, nebylo mi dobře a říkám miminku v bříše: ‚Tak se tady rozhlédni, jestli se chceš tady narodit. Já se tu dobře necítím. Ovšem je to na tobě. A já mám k tomu respekt!‘“ (Johana)*

Dítě může být v průběhu těhotenství považováno za původce nejen samotného rozhodnutí pro neasistovaný porod, ale na základě jeho „*vůle*“ se mohou rodičky rozhodovat také v jiných, dílčích oblastech. Například nepodstoupení ultrazvuku může být opodstatněno tím, že těhotná žena pociťovala, že to jejímu dítěti není příjemné. Pro jinou informátorku byl u porodu směrodatný pocit, že její miminko potřebuje také přítomnost svého otce, a na základě tohoto pocitu také jednala – interpretovala své rozhodování tedy nejen na základě potřeb svých, ale také vnímaných potřeb svého dítěte.

#### **4.4.4 Vnější autorita**

Ač všechny ženy prožily porod bez odborné asistence, pro některé přesto představovala porodní asistentka, porodní bába nebo dula osobu, na kterou se mohou a chtějí spolehnout, že jim pomůže s posouzením situace. Tato osoba, ať už před porodem, v jeho průběhu nebo po něm, pro ženy



přináší podporu a ujištění. Pro některé ženy toto platilo u dřívějšího porodu, a u dalšího zjistily, že ji z různých důvodů nepotřebují. Nicméně pro jiné ženy může být nepřijatelná přítomnost porodních asistentek u porodu, ale po porodu její pomoc ocení. Pro jiné je dula či porodní bába přijatelnější než asistentka. Pro některé ženy je jakákoliv cizí osoba nepříjemná.

Vnímání porodní asistentky jako expertky či odbornice, jejíž pomoc a podpora je pro rodičku žádoucí, je poté pochopitelně problematické pro ženy, které by přítomnost PA ocenily, ale z různých důvodů je pro ně nedostupná. Faktorům ovlivňujících nedostupnost porodních asistentek u domácích porodů se podrobněji věnuje další kapitola. Ženy, které by přítomnost porodní asistentky ocenily, či přímo potřebovaly, se posléze často potýkaly s nejistotou ohledně toho, zda porod doma zvládnou. I ženy, které přítomnost porodní asistentky u porodu vysloveně nevnímaly jako potřebnou, se však mohly potýkat s pocitem, že zde chybí někdo, kdo by pomohl posoudit průběh porodu a rodící ženě poradil.

*„Spíš, že my jsme jako někoho chtěli, protože to bylo takový to, že chceme родit doma, ale že prostě radši ji tam, někoho trochu jako mít, kdo bude vědět když tak, co a jak, nějaký potíže, jestli se to dá vyřešit, nebo je potřeba někam jet, a tak dále.“ (Monika)*

Nicméně vnímání porodní asistentky jako osoby uplatňující autoritu představuje pro některé rodičky naopak jednu z klíčových motivací, proč asistentku u svého porodu nechtějí. Tyto informátorky se obávají, že by PA příliš působila ze své ustanovené pozice odbornice a měla tendence zasahovat do porodu. V takovém momentě by došlo ke střetu toho, kdo a na základě jaké legitimacy má tedy v danou chvíli „právo“ či autoritu posoudit porod a jeho průběh. Po porodu bez porodní asistentky potom některé informátorky hovořily o tom, že ocenily, že jim porod nikdo „nevzal“, což by hrozilo, pokud by se jej účastnila i asistentka. Pro některé není zcela určující, zda přítomná osoba má, nebo nemá odborné zdravotnické vzdělání, ale spíše to, zda bude schopna respektovat přání rodičky.

## 4.5 Péče u porodu

Mé informátorky se do jisté míry lišily v tom, jaké faktory ovlivnily jejich rozhodnutí pro neasistovaný porod, resp. (zjednodušeně řečeno) zda byl jejich první volbou domácí porod s asistentkou, nebo neasistovaný domácí porod (např. pouze s dulou). V tomto ohledu je potřeba připomenout, že *porodní asistentka* představuje osobu s vysokoškolským zdravotnickým vzděláním, která „**je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník**“ [Ministerstvo zdravotnictví 2019], a která je dle české legislativy, konkrétně § 5 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb. (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), povolána (mimo jiné) poskytovat zdravotní péči a rady ženám v době těhotenství, porodu a šestinedělí, včetně vedení fyziologického porodu a ošetření ženy a novorozence (Ministerstvo zdravotnictví 2019). Oproti tomu *dula* představuje osobu vykonávající nezdravotnickou profesi, která doprovází a podporuje ženu v těhotenství a při porodu, nicméně neposkytuje (a není oprávněna poskytovat) zdravotní služby (Aperio 2022). Kromě toho u domácích porodů působí také *porodní báby*, které rovněž nedisponují odborným zdravotnickým vzděláním, a jejichž pozici se podrobněji věnuji níže.

Je důležité rozlišit, zda ženy u svých domácích porodů preferují přítomnost porodních asistentek, dul nebo porodních bab, protože odmítnutí přítomnosti porodní asistentky znamená odmítnutí zdravotnický vzdělaného odborníka, což představuje rozhodnutí, kterému je potřeba lépe porozumět. Důvody, které mohly podpořit vědomé rozhodnutí žen rodit neasistovaně, byly popsány v předchozích kapitolách, a věnuj se jim rovněž částečně v této kapitole. Nicméně na tom, že některé porody probíhají bez odborné asistence, se podílejí nejen představy žen o porodu, ale také *strukturální* a institucionální okolnosti. V této kapitole se podrobněji zaměřím na to, jaké faktory ovlivňují problematickou dostupnost (resp. *nedostupnost*) komunitních porodních asistentek, a jaké další osoby (bez odborné kvalifikace) se na péči o ženy u domácích porodů podílejí.

### 4.5.1 Porodní asistentky

Volba porodu bez odborné asistence představuje často komplexnější rozhodnutí, do kterého vstupuje řada faktorů, a jedním z nich je bezesporu problém *dostupnosti* porodních asistentek, na který část mých informátorek osobně narazila. Za příčinu neuspokojivého stavu nabídky komunitních asistentek je považována především současná právní úprava, vážící se k působení asistentek u domácích porodů. Daná legislativa podle informátorek asistentkám komplikuje situaci a staví je do marginalizované pozice, zároveň z ní však plynou přímé důsledky také pro samotné rodičky, projevující se například v *nedostatečném počtu* komunitních PA asistujících u domácích porodů. Podle některých informátorek asistentek není tolik, aby to dokázalo reagovat na poptávku

rodiček.

*„Porodních asistentek moc není. Pro někoho je to finančně náročný, někdo je prostě v takový lokalitě, že opravdu tam nikdo není. Přejde mi to tristní, ten stav toho, že tady vlastně na výběr nemáme“.* (Marie)

Porodní asistentky ochotné doprovázet rodičky k domácím porodům tak často mají plnou kapacitu, a nové klientky do péče nemohou přijmout. Kromě toho lze vysledovat určité regionální rozdíly v ne/dostupnosti PA. Nedostatek asistentek je rodičkami pocíťován například na severu a jihu Čech nebo v pohraničních oblastech, v Praze a okolí je naopak situace značně lepší. To do jisté míry potvrzují zjištění Durnové a Hejzlarové (2021) – jejich respondentky uváděly nejvyšší procento dostupnosti PA v Praze a v dalších větších městech, nejméně dostupné pak byly asistentky v jihozápadních a jihovýchodních regionech republiky (Durnová, Hejzlarová 2021).

Některé mé informátorky se nicméně také potýkaly s problémem, kde vůbec mají vhodné porodní asistentky hledat. Kvůli jejich nejisté pozici není rodičkám dostupný např. seznam komunitních PA, na které by se ženy mohly v případě zájmu o jejich asistenci u domácího porodu obrátit. Rodičky často musejí spoléhat na osobní doporučení. I když se ženě podaří asistentku sehnat, stále je nejisté, zda se jejího porodu asistentka nakonec zúčastní, či nikoliv. Kvůli nejistému termínu porodu může být PA nedostupná např. kvůli čerpání dovolené nebo z jiných důvodů.

*„Takže jsme se domluvily, ale bylo to takový nějaký všelijaký, protože říkala, že i v tom termínu má dovolenou a že musím porodit na termín, jinak pak už jede na dovolenou a nechtěla to ani nějak platit předem, takže to bylo takový, že ona nechce brát dopředu peníze, kdyby náhodou to nevyšlo. No, přišlo mi to takový nejistý.“* (Veronika)

Když už je porodní asistentka v době porodu dostupná, kvůli nemožnosti odhadnout, jak dlouho bude porod probíhat, je poměrně časté, že asistentka přijede pozdě (resp. později, než rodička předpokládá), typicky na 2. dobu porodní, nebo až na porod placenty (3. doba porodní). To může být nicméně stresující pro rodičky, které s její asistencí počítaly. Tuto zkušenost mají některé ženy, které PA u předchozích porodů chtěly (aby často posléze zjistily, že porod zvládnou i samy, a pro příští porod se tak také rozhodly).

*„Těžko se odhaduje, kdy ten porod vlastně jako samotnej začne. Takže pak se zavolala už pozdě. Jsem zavolala vlastně oboum, a porodní asistentka to nestihla vůbec, ta přijela až po čtvrthodince po porodu, a ta moje kamarádka přijela asi 10 minut před tím samotným narozením, takže ta byla se mnou.“* (Karla)

Některé informátorky i proto považovaly za žádoucí mít domluvených PA více, nebo si zajistit na

porod také dluh či jinou osobu. Nicméně důležité také je, aby si asistentka s rodičkou vzájemně vyhovovaly. Podstatné pro ženy není jen sehnat jakoukoliv dostupnou asistentku, ale především někoho, kdo bude respektovat jejich potřeby a komu budou moci plně důvěřovat. Pokud rodička necítí, že by jí toto konkrétní asistentka mohla poskytnout, může se pro ni jednat o motivaci, proč raději porodit bez odborné asistence. V danou chvíli může docházet k posuzování různých druhů rizik (viz *Risk management*) a vidina rizika spjatá s nevyhovující péčí je vyhodnocena jako problematičtější než obavy z potenciálních komplikací.

*„A pak je ještě další aspekt, že ne každá porodní asistentka, která chodí k domácím porodům, je dobrá, nebo vyhovuje téhle ženě. [...] Teď je prý jedna, která chodí domů, ale vlastně tak, že hned odešla tu ženu do porodnice. A oni jsou vyhořelý a bojí se a je to vlastně kontraproduktivní. Takže ještě tohle tady vnímám, že by tady měla být větší možnost pro ty ženy volby.“ (Anežka)*

Problém nedostupnosti služeb PA je potom obzvláště pociťován u rodiček, které jsou označeny jako vysoko-rizikové. Tyto ženy se s odmítnutím ze strany asistentek mohly setkat například kvůli předchozímu porodu císařským řezem, vysokému krevnímu tlaku či trombofilii.

*„...už jsem měla fakt naplánovaný, že to teda bude doma, tady s tou stejnou porodní asistentkou, nicméně asi necelých 14 dnů před termínem mně vylít tlak hrozně, a prostě už se nejednalo o fyziologický těhotenství a řekla, že prostě bohužel se mnou родit nemůže.“ (Radka)*

Rodičky, které se potýkaly s nedostupností služeb PA, či přímo s jejím odmítnutím, tak byly následně nuceny vybrat si ze dvou krajních možností, které představoval porod v nemocnici a porod doma bez přítomnosti zdravotnický vzdělané osoby. S oběma možnostmi se pro rodičky však pojí specifická rizika (jak přibližuji v kapitole *Vlastní konceptualizace porodu*) a pro některé se jednalo o rozhodnutí, se kterým nepočítaly. Tato skutečnost je rodičkami vnímána velmi negativně a je považována za výrazný nedostatek aktuálně nastaveného systému porodní péče.

Různé ženy na tuto situaci reagovaly odlišně. Pokud je PA rodičkou vnímána jako *odbornice*, která pomáhá minimalizovat rizika, jež se mohou pojít s domácím porodem, avšak porodu se nezúčastní, touto expertní osobou se do jisté míry musí stát sama rodička. Některé ženy v této situaci našly pocit *empowermentu* a vlastní síly.

*„Mně vlastně nezbyla jiná možnost, že jsem v podstatě v tom byla takhle jako ponechaná, že když chci родit doma, tak jediné bez asistentky, ale pak jsem to přijala, jakože: ty jo, přesně tohle chci. Já nevím ani, kdy nastala ta změna, možná to prostě tak jako časem vplynulo, že: aha, tak proto prostě se o to tolik zajímám, proto prostě o tom vím tolik věcí,*

*protože jsem se možná celou dobu připravovala na neasistovaný porod, a prostě jsem u toho porodu přesně věděla, jestli to probíhá v pohodě, nebo ne.“ (Veronika)*

Nicméně může se jednat také o situaci značně problematickou, především pro ženy, které by se při porodu rády spolehly na expertní dohled či doporučení druhé osoby-zdravotnice.

*„Nejdřív jsem vůbec pochybovala, že do toho porodu doma půjdem, že jsme dostali strach, nebo strach, já jsem se cejtla strašně. Já jsem měla pocit, že se mi prostě zbořil svět, že se mi zbořily nějaký prostě ty představy, jak by to mohlo bejt, mohlo probíhat a prostě jsme nechtěli riskovat, že to dopadne jako poprvé, nebo bude probíhat jako poprvé, lépe řečeno. Takže to bylo pro mě šílený. Když jsme pak vlastně našli tu dudu, tak jsme ještě pochybovali, protože prostě není to zdravotník a podobně.“ (Leona)*

Ženy, které porodily bez asistence, zároveň za svůj porod plně převzaly zodpovědnost, což bylo pro některé méně a pro některé více náročné.

Porodní asistentka je informátorkami vnímána jako *odbornice*, jejíž expertíza je utvářena ve vztahu k jejímu formálnímu zdravotnímu vzdělání, a potažmo celkovému zdravotnického „systému“, ať už v jeho rámci daná asistentka působí, či nikoliv. To, že je PA vnímána jako zdravotnice, jí v očích velké části informátorek dodává na legitimitě, a může rodičkám dodávat pocit bezpečí a zodpovědnosti.

*„Snažila bych se opět sehnat porodní asistentku (u následujícího porodu), protože přeci jenom to riziko určitých komplikací prostě u toho porodu je. A já jako možná bych i byla klidnější, když by tam třeba ta porodní asistentka byla, ale prostě bych vybírala takovou, která dokáže prostě si někde sednout a sledovat to ideálně zpozvdálí, v uvozovkách sledovat, protože pokud já budu mít pocit, že mě sleduje, tak už to ten proces prostě narazí.“ (Leona)*

Nicméně vnímaný vztah PA k „systému“ může být pro některé rodičky problematický. Ačkoliv informátorky rozlišují mezi asistentkami působícími v nemocnicích a komunitními PA, pro některé ženy jsou i komunitní asistentky vnímány ve vztahu k biomedicínského zdravotnictví, především na základě jejich vzdělání a případné předchozí praxe. Informátorky tato skutečnost vede k obavám, že se s osobou porodní asistentky mohou pojit pro rodičku podobná rizika, která spatřují ve zdravotnickém systému jako takovém. Pro některé informátorky tak odborná pozice PA do jisté míry podryvá její důvěryhodnost. Toto může být zdůrazněno na základě porovnání porodních asistentek s dylami nebo porodními babami.

*„Ty porodní asistentky často nejsou jako dudy, že jsou to opravdu zdravotnice, který tak řeknou jako hezký slovo tý ženě, poslechnou jí, ale odcházejí, ale nedělají často tu podporu a tu péči jako ty dudy. Že by tu ženu nějak podpořily, uklidnily. [...] Jako jsou výjimky, který to*

*uměj skloubit, ale moc jich není. [...] A i ty komunitní, všechny pracovaly v klasické porodnici, takže oni pořád jako mají tam spoustu strachu. Což je pochopitelný. A tam ten strach je potom velmi cejtít... [...] Třeba spoustu porodních asistentek by nešlo po 42. týdnu už za ženou k domácímu porodu. A jak potom žena-, vlastně jako co má dělat? Když jí ta porodní asistentka: noo, za tejdén nebo za pár dnů už ale jako máte konec asi 42. týdne, pak já už s tím nesouhlasím. A to už je obrovské stres. A pak ta žena třeba svolí i k Hamiltonu, který předtím nechtěla, jenom aby vlastně rodila doma a ta porodní asistentka jí k tomu porodu přišla. Což mi třeba nepřijde v pořádku. [...] No, takže taky podle toho, jak ta porodní asistentka má nastavený, některý mají ty hranice hodně široký a některý je mají hodně úzký.“ (Karla)*

*„No, jakože (porodní bába) prostě bere tu ženskou intuici mnohem víc vážně než porodní asistentky.“ (Berta)*

Porodní asistentky tak mohou být vnímány jako podpora a zdroj autority, ale také jako rušivý či potenciálně *ohrožující* element, který může zasáhnout do autonomie rodící ženy či do přirozeného postupování porodu. Zajímavé je, že tyto připisované atributy se nemusí vzájemně vylučovat – některými informátorkami je PA vnímána jako potenciálně rušivá síla, ale zároveň je s její osobou spojována určitá jistota, kterou lze mít v záloze (např. pouze na telefonu či v pohotovosti) a na kterou se lze v případě potřeby obrátit.

*„Já jsem měla dohodnutou porodní asistentku s tím, že už jsme mluvily o tom, že to zkusím sama, a kdyby byl nějaký problém, tak přijede.“ (Anežka)*

U některých informátorek je také patrný postupný vývoj ve vnímání potřeby mít u porodu PA, podobně jako u popisovaného vývoje ve vztahu k těhotenským kontrolám a screeningům a jejich pocíťované „potřebnosti“. Ačkoliv je PA vnímána jako odbornice, některé informátorky její přítomnost považovaly za žádoucí u předchozího porodu, nicméně u dalšího porodu se rozhodly, že ji už nepotřebují.

Nicméně zároveň je potřeba připomenout, že PA se v rámci moderního porodnického systému nacházejí v marginalizované pozici, která byla historicky ustanovena spolu s institucionalizací porodnictví, a ve vztahu k porodníkům jako poskytovatelům péče o těhotnou a rodící ženu. Pozice komunitních asistentek je (nejen) vzhledem k současné legislativní úpravě ještě problematičtější. Informátorky si tuto složitou pozici PA uvědomují a hodnotí ji jako problematickou. Často vyzdvihují přínosy péče komunitních PA, avšak zároveň si samy chtějí vybrat, do jaké míry těchto služeb využijí (typicky např. jen v rámci poporodní péče). Marginalizovaná pozice asistentek v rámci porodnického systému může komunitním asistentkám dodávat v očích informátorek legitimitu – je

sice vnímána jejich vazba na problematický systém, v němž ovšem zastávají méně stabilní a mocenskou pozici než např. lékaři.

Pro lepší porozumění pozici komunitních PA v rámci poskytované porodní péče a z hlediska perspektivy informátorek je potřeba zaměřit se nejen na jejich působení u porodů, ale také v těhotenství a v období šestinedělí. I informátorky, které nechtějí využívat služeb PA při porodu, často mají „svou“ PA, se kterou se setkávaly za účelem kontrol v těhotenství, a která rodičku a dítě mnohdy prohlédla, případně ošetřila po porodu. Tato komplexní a *kontinuální péče*, založená na individualizovaném přístupu (včetně toho, že PA navštíví rodičku u ní doma), je vnímána jako jedna z výhod péče asistentek, kterou ženám standardní systém neumožňuje prožít.

*„Ale pro mě bylo důležité, že by přijely třeba po porodu a pomohly prostě tam nějak, aby to nebylo jenom na muže.“ (Karla)*

Přítomnost porodní asistentky po porodu informátorky často oceňovaly také s ohledem na praktický aspekt její péče. Asistentka byla vnímána jako další (doslova) pomocná ruka, která pomohla nejen s ošetřením ženy a dítěte, ale také například se zpracováním placenty, s úklidem, nebo pohlídala rodičiny starší děti. Jako další výhoda působení PA byla návaznost nejen v rámci těhotenství, porodu a šestinedělí u jednoho dítěte, ale kontinuita při péči o další děti – pokud byly ženy spokojeny s jednou PA a chtěly služby asistentky využít i u dalšího dítěte, často se obrátily na stejnou osobu. Nicméně tyto klady byly některými informátorkami vnímány i u osoby porodní báby.

Přestože část mých informátorek poměrně jasně zastávala názor, že služby PA přímo při porodu osobně nepovažují za potřebné, a v některých případech samy využívaly know-how asistentek při svém porodu, mezi těmito ženami panuje obecná shoda na důležitosti role komunitních PA. To, zda se konkrétní žena rozhodne služeb PA využít, či nikoliv, je individuální volba, nicméně je potřeba, aby tato možnost volby byla *dostupná*. Na tuto poptávku by potom stát měl reagovat a služby komunitních PA začlenit do systému porodní péče.

#### **4.5.2 Osoby bez zdravotnického vzdělání**

Vzhledem k problematickému postavení PA způsobenému do značné míry právní úpravou vedení domácích porodů, některé rodičky vyhledávají také jiné možnosti péče. Jako alternativa k péči komunitní asistentky je často vnímána především *dula* a její služby při porodu. Vzhledem k absenci odborného vzdělání je dula některými vnímána jako určitý protiklad k PA – ve srovnání s doulou si informátorky častěji spojují PA s medicínským systémem a vnímají její vztah k němu, a tím pádem i vyšší riziko případného nevyžádaného zásahu do porodu. Dula je v tomto kontrastu některými mými informátorkami vnímána více jako psychická podpora, u které je menší riziko než u PA, že bude mít

tendence porod narušovat. Z podobných důvodů si některé informátorky k porodu domlouvaly také necertifikované kamarádky, které v některých případech prošly výcvikem či kurzem k působení v profesi duly.

Ačkoliv mohou být některými ve srovnání s doulou zvýrazněny nedostatky péče komunitních PA, často jsou PA a dula vnímány jako dvojice, která může v ideálním případě u porodu působit „v tandemu“, a každá se více zaměřit na své pole působnosti. Některými informátorkami je potom dula vnímána spíše jako druhá volba, či jako jistá „pojistka“, na kterou se obracejí, pokud se potýkají s nedostupností odborně vzdělané PA. Dula je některými vnímána rovněž jako vhodný doprovod k porodu do nemocnice. Vzhledem k tomu, že rodičky často počítají s více variantami, v některých případech je motivací pro vyhledání služeb duly také vidina toho, že by působila jako podpora rodičky v případě přejezdu do porodnice.

*„Aby prostě ona mi tam uhájila ty práva moje a nemusel to mít na bedrech můj manžel.“*

*(Radka)*

Vztah odborně vzdělaných komunitních PA s dulami a s porodními bábami (jejichž působení je přiblíženo v následující sekci), kterým zdravotnické vzdělání chybí, je nicméně poměrně komplikovaný. Ačkoliv tyto profese v praxi mnohdy spolupracují, je mezi nimi zároveň patrná určitá rivalita, jak potvrzuje například Karla. Mezi těmito pečujícími osobami je specifická (do jisté míry výsadní) pozice asistentek, která je určena především jejich odborným vzděláním. Vzhledem k jejich problematické legální pozici a nedostatečnému počtu se však rodičky obracejí také právě na duly a porodní báby, které, ačkoliv postrádají certifikované odborné vzdělání, se často rovněž samy vzdělávají v oblastech, které by oficiálně měly být vyhrazeny pouze asistentkám. Jak uvádí Karla, která rovněž působí jako dula, porodní asistenty nechtějí, aby duly a porodní báby tento typ informací čerpaly a uplatňovaly ve své praxi, protože tím už příliš zasahují do *kompetencí* PA.

Rodičky, které vyhledávaly služby dul, ale i ty, které samy jako duly působí, zmiňují, že dalším problematickým aspektem péče u domácích porodů je, že duly, které jsou členkami České asociace dul nesmějí doprovázet k neasistovaným domácím porodům. Toto pravidlo je uvedeno v Etickém kodexu České asociace dul, podle které dula nesmí doprovázet rodičku k porodu, *„který probíhá plánovaně bez asistence kompetentního zdravotníka (porodní asistentky, porodníka)“* [Česká asociace dul 2022]. Z tohoto důvodu některé duly z Asociace odcházejí, a jak uvádí Karla, může se pro ně jednat o další motivaci, proč překračují své kompetence a vzdělávají se i v oblastech, které by měly být doménou pouze porodních asistentek.



#### 4.5.2.1 Porodní báby

Při realizaci výzkumu jsem se setkala také s tím, že část mých informátorek využila při porodu služeb tzv. porodních bab, případně např. kombinace porodní báby a duly. *Porodní bába* je, jak popisuje Monika, „něco mezi porodní asistentkou a dulo, řekněme taková **necertifikovaná porodní asistentka**, která se zabývá i bylinkama, klasickým babictvím.“ Porodní báby kromě toho, podobně jako PA, mohou navštěvovat rodičky v těhotenství, prohlížet je, a dělat jim celkově poradny. Některé ženy, které k porodu nesehnaly PA, ale porodní bábu, její služby využily i v období těhotenství a šestinedělí, a vnímaly pozitivně tuto kontinuitu péče, podobně jako jiné ženy u porodních asistentek. Kromě poskytování poraden je však porodní bába často vnímána jako osoba, se kterou si žena v těhotenství může popovídat, a často pro ni představuje psychickou oporu. Služby porodní báby např. po porodu tak využily i některé informatorky, které ji přímo v průběhu porodu nevyužily.

*„...takže jsem měla potom výbornou poporodní péči, což bylo přesně to, co jsem potřebovala, to jsem jim řekla od začátku, že vlastně chci především tu péči po porodu, že nepotřebuju nic během porodu, ale že chci, aby se prostě tady o to hezky postaraly, aby tady prostě uklidily, aby mně tady udělaly nějaké pelíšek. Prostě aby mi bylo dobře, aby mně udělaly kakao prostě nějaký ceremoniální a masáž nějakou, nebo prostě aby bylo o vše opečováno.“ (Berta)*

Jako *porodní báby* jsou nejčastěji označovány ženy, které poskytují podobné služby jako PA, nicméně nemají odborné zdravotnické vzdělání. Školení („školy“) pro porodní báby pořádá organizace *Umění babictví*. Jak uvádí na svých facebookových stránkách, kurz je otevřen pro PA, duly, ale také pro všechny další ženy, které chtějí pečovat o těhotné a rodící ženy. Také tři z mých informátorek touto školou prošly. Umění babictví se odkazuje na tradici babictví a historické působení porodních bab „v našich zemích“, a svou organizací se snaží o oživení této tradice. Ženy, které projdou kurzem, by měly být schopné pečovat o rodičky celostním přístupem, za využití (pro český kontext tradičních) bylinek, ale také např. homeopatik či Bachových esencí, a zároveň využívat vědomostí „nejnovějších vědeckých poznatků“ (Umění babictví 2020).

To, že porodní báby působí jako de facto necertifikované PA, je nicméně některými (především komunitními asistentkami) vnímáno problematičtěji. Především je vnímáno jako sporné to, že porodní báby, na které se rodičky obracejí místo PA, ve své praxi zasahují do pravomocí (prováděním zdravotních úkonů a vyhodnocování stavu těhotné ženy), na které nemají oficiálně uznávanou kvalifikaci. Některé asistentky tak vnímají, že dochází k tříštění kompetentní péče, místo

toho, aby pečovatelky o ženy u domácích porodů „táhly za jeden provaz“. Jako žádoucí je vnímána spíše snaha o systémovou změnu a vyjednávání se státním aparátem o legálních změnách kolem domácích porodů, nikoliv jeho „obcházení“ a nabízení neoficiální a nekvalifikované péče. V tomto ohledu některé asistentky odkazují na svou opomíjenou či upozaděnou pozici v rámci zdravotnického systému, kterou působení porodních bab v šedé zóně nepomáhá. Podle jedné komunitní porodní asistentky působící u domácích porodů (která se mnou skrze *Messenger* sdílela svá stanoviska) je také problematické to, že rodičky si nemusí být vědomy rozdílu mezi skutečnými PA a absolventkami Umění babictví, a tím pádem si nemusejí uvědomovat, že pokud u jejich porodu asistuje „babice“, jedná se o porod neasistovaný.

Zajímavé nicméně je, že mé informátorky si většinou byly dobře vědomy toho, že porodní báby nemají zdravotnické vzdělání, a že se tak de facto jedná o porod neasistovaný (tedy bez odborné zdravotnické asistence). Přesto, nebo možná právě proto, některé mé asistentky vyjadřují, že jim péče porodní báby vyhovovala více, než by jim vyhovovala péče PA, s odkázáním na to, že k dané osobě pociťují větší *důvěru*. Jako překážka může být vnímáno také právě zmiňované zdravotnické vzdělání PA a její vztah k „systému“ – u porodní báby informátorky oceňují například právě to, že umí pracovat s bylinkami a podobnými tradičními postupy. Kromě toho však může být pro rodičku při rozhodování o tom, jakou (resp. čím) péči při porodu využije relevantní také již zmíněné zvažování rizik (risk management), a zhodnocení, jakým způsobem přítomnost dané osoby může pociťovaná rizika snížit.

*„Sehnala jsem si teda tady tu porodní bábu, už jsem s ním měla zkušenosti, a hlavně jsem věděla, že je velmi zkušená, že prostě jako už byla u hodně komplikovaných porodů, že prostě zažila různé situace, viděla jsem, jak je řeší. Už jsem ji prostě znala z nějakých předchozích kurzů, takže jsem vlastně věděla, že je velmi zkušená. Jsem jí věřila víc než porodní asistence.“ (Berta)*

Služby duly nebo porodní báby při porodu však některé rodičky nevyhledávají jen jako druhou volbu z důvodu nedostatku PA (kdy je (odborně) vzdělaná) osoba vnímaná jako žádoucí u porodu), nebo preference nezdravotnické podpory. Některé rodičky si dulu či porodní bábu domlouvají k porodu především kvůli svému partnerovi, avšak pokud by spočívalo rozhodnutí pouze na nich, zvažovaly by porod o samotě, bez jakékoliv asistence.

*„Já jsem jednak někoho hledala vlastně jenom kvůli manželovi, protože prostě on nechtěl rodit neasistovaně, ale já už jsem si právě říkala, že bych jako úplně nejradši asi tam byla úplně sama, že tam prostě chci minimum lidí a prostě bejt sama. No, ale on tady v tom mě nepodporoval, měl velkej strach, takže jsem hlavně kvůli němu tady to sehnala.“ (Berta)*

### 4.5.3 Partner

Jak připomínají některé studie (např. Jouhki et al. 2015; Martínez-Mollá et al. 2015), důležitými aktéry u (domácích) porodů jsou také právě *partneři* rodiček. Ačkoliv se mé informátorky lišily v tom, nakolik si přály, aby se jejich partner aktivně při porodu zapojil, pro většinu z nich představovala jeho přítomnost aspekt, který nějakým způsobem reflektovaly. Klíčové pro mé informátorky bylo především to, aby partner dovedl respektovat a následovat jejich přání a potřeby v průběhu porodu. Některé rodičky ve větší míře potřebovaly být ponechány o samotě, a interakci s partnerem vnímaly spíše jako možné narušení porodního procesu – často však vnímaly pozitivně, když byl jejich muž přítomný na poslední minuty porodu a samotné narození dítěte. Partneři byli například často těmi, kteří své děti „chytali“.

Ačkoliv byli partneři součástí porodu, často zůstávali „stranou“ a ponechávali dostatek prostoru rodičce (což bylo informátorkami vnímáno jako oboustranně výhodné), což může souviset také s konceptualizací porodu jako *ženské záležitosti*. Ačkoliv partneři někdy nebyli do porodu aktivně zapojeni, často rodící partnerce jinak pomáhali, obzvláště pokud u porodu nebyla ani dula či porodní bába – např. zatopením, ohříváním vody, podáváním věcí, přípravou občerstvení, fyzickou a psychickou oporou, masáží, péčí o starší děti atp. Ačkoliv bylo pro většinu informátorek důležité, aby ani partner porod nenarušoval, některými byla samotná pasivní přítomnost partnera vnímána jako uklidňující a důležitý prvek porodního procesu. Některé informátorky popisovaly, že jim nejvíce vyhovovalo, když s nimi partner porod prožíval, a pouze u něj *byl*. Jinými bylo vnímáno pozitivně například vyjádření podpory.

*„...mě vždycky držel za ruku a říkal, jak mi to krásně jde, že jsem při tom krásná a všechno, a tak. ‚Jde ti to úžasně.‘ A tak, se mi to jako líbilo.“ (Monika)*

Pro některé informátorky byl potom partner vysloveně nejdůležitějším (a někdy jediným dalším) účastníkem, se kterým si rodička přála porod prožít. V tomto ohledu tak tato potřeba u některých informátorek korespondovala s jejich konceptualizací porodu jako *společného okamžiku*, jehož společné prožití je důležité také pro partnerský vztah, a který zároveň (podle některých) může odrážet dynamiku daného páru.

*„...to bylo tak hrozně silný, že jsem měla prostě pocit, že prostě mě to jako škube úplně jako i duši, že prostě jsem měla pocit, že prostě ta duše úplně odletí někam pryč prostě. A ten (manžel) tam byl jako ta kotva, ten maják, který mně ukazoval jako cestu, kudy se mám vrátit. Že prostě to bylo jako fakt jak na rozbouřeném moři, kde prostě se mnou jako škubaly nekontrolovatelně vlny, ale pořád jsem viděla tam to světlo toho majáku a viděla jsem*

*prostě, kde jsem a že prostě je tam něco na konci tady toho všeho. Takže jako byl prostě tam úplně obrovsky důležitěj, jako tentokrát to prostě bylo, jako kdybysme rodili spolu, víš, jakože jsem nerodila jenom já, ale fakt jsme rodili oba, protože on byl prostě úplně nedílnou součástí toho procesu a hrozně, hrozně moc důležitou pro mě.“ (Berta)*

V neposlední řadě je to potom pro některé rodičky právě partner, který je vnímán jako vhodný účastník porodu z toho hlediska, že se před ním partnerka může v této intimní a citlivé chvíli plně uvolnit. Tato *rovina intimacy* a konceptualizace porodu jako intimního, někdy partnerského prožitku, je opět stěžejní pro bližší porozumění tomu, proč je pro některé ženy smysluplnější porodit doma bez odborné asistence, avšak za přítomnosti (a někdy přímo v náručí) partnera. Přítomnost partnera a jeho vnímaná role v celém procesu těhotenství a porodu je celkově vázána k širším porozuměním ohledně role muže-partnera u porodu, která se mohou u různých žen a mužů (resp. partnerů) lišit.

#### 4.6 I-poems/já-básně – experimentální metoda

V této pasáži na závěr představím několik vybraných „I-poems“. Básně prezentují uspořádané výroky jednotlivých informátorek, jež byly vyňaty z rozhovorů, a které začínají zájmenem „já“. Tematické oblasti, kterým se podrobněji věnovaly jednotlivé empirické kapitoly a podkapitoly této práce, se v těchto básních objevují. Cílem básní není snaha přiblížit se k co nejrelevantnější sociálně-vědní interpretaci získaných dat, jako tomu bylo v předchozích kapitolách, ale poskytují čtenáři možnost nahlédnout na krátké příběhy, které vyprávějí, z jiné perspektivy, na základě dříve představených témat, kterých se dotýkají.

*Já jsem*

*to asi věděla už celou tu, ten závěr toho těhotenství.*

*Já jsem*

*tam měla téma, že potřebuju, aby mi moje dítě nikdo nevzal.*

*Já jsem*

*nevzpomínala na ty svoje porody z nemocnice traumaticky.*

*Já to tak vůbec nevnímám.*

*Já jsem,*

*ten můj první porod byl vlastně, dá se říct, přirozenej.*

*Já jsem*

*prostě dopustila, že ho odnesli na vyhřívanou podložku.*

*Já nevím.*

*Já jsem*

*ani na vteřinu neměla myšlenku, že někam pojedeme.*

*Já mám*

*teďka z toho trošku husinu.*

(Lucie, I-poem)

*já už jsem neměla tu potřebu si prostě projít tu špatnou zkušenost, abych měla pak tu dobrou*

*já jsem rovnou chtěla: prostě ne, já to chci takhle*

*já vím prostě, co chci*

(Monika, I-poem)

*já jsem neměla strach z toho porodu,  
to tam jako nebylo  
já jsem měla naprostej klid, že to bude v pořádku  
ale zase na druhou stranu  
já vím, co mám dělat v některých situacích  
já jsem si přirozeně musela ty informace hledat,  
abych se v tom cítila dobře,  
abych věděla, že dokážu tu situaci vyřešit*  
(Karla, I-poem)

*já vlastně potřebuju, aby sem  
já se cítila v bezpečí a v pohodě, a to  
já nedokážu v nemocnici  
já se tam prostě necítím dobře*

(Berta, I-poem)

*Já si neumím představit,  
že by tam ta porodní asistentka byla,  
že mi to přijde tak intimní,  
ta žena, v jakém se ocitá rozpoložení.  
Protože když fakt není vyrušovaná nikým v těch porodnicích z okolí, tak  
já jsem fakt byla ve stavu,  
kdy prostě jsem pozorovala,  
jak to moje tělo rodí. Že  
já jsem vlastně jenom následovala ty nějaký pudy,  
co mám dělat.*

(Lucie, I-poem)

*já si myslím,  
že bysme samy měly být zodpovědný za svoje těhotenství  
já to vnímám,  
že spíš bysme měly samy být ty odbornice  
a tak to mám  
já*

(Karla, I-poem)

## 5 Závěr

V této diplomové práci jsem se blíže zaměřila na zmapování a vysvětlení důvodů, které vedou některé ženy k rozhodnutí rodit doma bez odborné asistence. V teoretickém rámci jsem stavěla především na východiscích antropologie porodu, která zdůrazňují zejména sociální podmíněnost porodního procesu. Dále jsem do značné míry vycházela z teorie *autoritativního vědění*, která se ukázala být v tomto ohledu obzvláště relevantní. Ve snaze zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, tedy *proč některé ženy volí neasistovaný porod*, jsem v práci představila několik klíčových tematických oblastí, které tuto otázku pomáhají ozřejmit.

Jedná se především o vlastní *konceptualizaci* porodu informátorek, která představuje důležité vodítko ve snaze lépe porozumět motivacím těchto žen, a která zároveň silně koresponduje s konkrétními *potřebami*, které v rámci preferovaných podmínek porodu rodičky pociťují. Neméně důležitý je však také jejich *vztah k biomedicínskému systému*, který zároveň prezentuje a konstruuje autoritativní vědění o porodu, které tyto ženy narušují tím, že spoléhají převážně na *vtělené a intuitivní vědění*. Celkově tyto ženy svou volbou kladou důraz na potřebu prosazení vlastního *aktérství (agency)* v rámci porodního procesu, které se projevuje nejen vlastním rozhodováním o podobě porodu a porodní péče, ale také právě vlastní konceptualizací těhotenství a porodního procesu, u něž ženy *nechtějí „odevzdat moc“* nikomu jinému. V tomto ohledu se domnívám, že tato práce může přispět k širší problematice toho, kdo má právo (resp. *autoritu*) rozhodovat o těle a zdraví jednotlivce, a jak je tato autorita (skrže jaké systémy vědění) ustanovena.

Za důležité zjištění považuji konkrétní *specifické významy*, které rodičky s porodem spojují, a které mohou předurčovat, jakou péči u porodu preferují. V tomto ohledu mne zaujal důraz na „*živočišnou*“ stránku porodu, která souvisí s vnímáním porodu jako přirozeného procesu, který je zároveň považován za vyvrcholení sexuálního života ženy. Toto pojetí představuje významný faktor určující, proč je pro některé rodičky smysluplnější porodit doma, pouze za přítomnosti partnera. Konkrétní konceptualizace a preferované podmínky porodu poskytují vodítka nejen pro ozřejnění volby porodu bez odborné asistence, ale také pro důvod, proč ženy volí porod v domácím prostředí. Poměrně charakteristická je také normalizace rizika úmrtí při porodu, která rovněž do značné míry ovlivňuje vnímání neasistovaného porodu jako smysluplné, ne nutně více rizikové volby. Samotná konceptualizace rizik a jejich odlišných druhů, které do rozhodování vstupují, daný proces rovněž významně ovlivňuje.

Problematický vztah většiny informátorek k biomedicínskému/lékařskému systému a pojetí porodu se potom promítá i do samotného postoje k *přítomnosti porodní asistentky* u porodu. Vnímání



asistentky jako *zdravotnice* ustanovuje její pozici jako legitimní, nicméně pro některé rodičky je právě vztah asistentky k „systému“ naopak jedním z hlavních důvodů, proč její přítomnost nepreferují. Porodní asistentka-zdravotnice potom může být vnímána jako kompetentní osoba, reprezentující (autoritativní) medicínské vědění, ale zároveň jako někdo, s kým je spjata riziko nevyžádaného zásahu do porodu a jeho narušení, které si ženy spojují s medicínským modelem porodu.

V tomto kontextu je důležité, že rodičky do značné míry spoléhají na *alternativní formy vědění* o porodu, které představují především vtělené vědění a intuitivní vědění. Podstatné nicméně je, že biomedicínské vědění také hraje roli, ačkoliv tato skutečnost nemusí být rodičkami vědomě reflektována, a tyto různé zdroje vědění ženy kombinují a využívají v rámci vlastního pojetí *agency* (v souladu se zjištěním Miller 2009). Klíčové je především to, že v rámci vnímání vtěleného a intuitivního vědění jako stěžejních zdrojů legitimacy znalostí o těle a porodu, se hlavní *expertkou* na vlastní porod stává *sama rodící žena*. V tomto kontextu je však rovněž důležité aktérství dítěte a celkově porodního procesu, kdy je poměrně časté zdůraznění jistého nekontrolovatelného prvku porodu.

Ačkoliv ženy, které prožily neasistovaný porod, sdílejí podobné zkušenosti, ke konečnému rozhodnutí mohou vést odlišné cesty. Zjednodušeně lze říci, že neasistovaný porod může být *preferencí* ženy, pro kterou se rodička rozhodne na základě specifické konceptualizace porodu a požadavků, které pro ni dostupná („standardní“) porodní péče nenaplňuje. Neasistovaný porod může však být také alternativním, *druhotným* řešením pro rodičky, které se potýkají s nedostupností porodní asistentky, která je do značné míry zapříčiněna současnou legislativou. Nicméně neasistovaný porod také může být kombinací obou přístupů. V některých případech vlastně *není zcela jednoznačné*, zda lze konkrétní porodní zkušenost označit za *plánovaně* či *neplánovaně* neasistovaný porod, jelikož se jedná o komplexní rozhodnutí, do kterého vstupuje řada faktorů, z nichž některé působí jako *strukturální bariéry* – především v podobě nespokojenosti žen s nemocniční péčí a problematické (ne)dostupnosti komunitních porodních asistentek. Strukturální bariéry vedoucí k absenci odborné asistence je potřeba vnímat jako součást této problematiky, která ji může závažně ovlivňovat.

O'Boyle (2016) v kontextu Irska popisuje, že v rámci volby neasistovaného porodu lze vysledovat dvě skupiny rodiček – ty, které rodí bez asistentky *nedobrovolně*, protože jim jejich péče z různých důvodů není dostupná. Druhou, odlišnou skupinu, potom tvoří ženy, které se rozhodují čistě pro „freebirth“, tedy (plánovaně) neasistovaný porod. Tato distinkce, kterou O'Boyle představuje,

podle mých zjištění není tak jednoznačná. Ačkoliv jsem se v rámci svého výzkumu u mých informátorek rovněž setkala s různými přístupy ohledně ne/preferované přítomnosti porodní asistentky (a s různými představami o ideální péči a spoléhání na různé formy vědění), realita je komplexnější. Do rozhodovacího procesu vstupuje mnoho dalších proměnných, které finální rozhodnutí porodit bez zdravotnické pomoci ovlivňují – kromě již zmiňovaných je to např. risk management, tedy vyhodnocení různých druhů rizik, ale také třeba pociťovaná „vůle“ dítěte. Rozhodnutí pro neasistovaný porod navíc často není jedinou striktně požadovanou volbou rodičky, naopak, ženy k němu často dojdou postupně ve snaze nalézt ideální podobu porodu, a mnohdy mají do poslední chvíle „otevřené“ všechny možnosti, včetně případného odjezdu do porodnice. U konkrétních žen se potom pochopitelně vyskytují různé partikulární názory např. na roli technologie při porodu, preferovanou míru „zásahů“ ze strany PA (pokud vůbec její přítomnost chtějí) a podobně, nicméně všechny *tyto okolnosti ovlivňují toto rozhodnutí* a podobu porodního procesu.

Ačkoliv může být obtížné učit, nakolik je volba neasistovaného porodu ovlivněna strukturálními okolnostmi, je patrné, že ženy vnímají dostupnost komunitních PA a jejich celkovou pozici jako nedostatečnou (ať už jejich služeb chtějí využít, nebo ne). Rodičky hodnotí aktuální nastavení systému porodní péče jako problematické, především proto, že vede ženy k výběru ze dvou extrémů – porodu v nemocnici, nebo domácího porodu bez zdravotnické asistence. Důležitým zjištěním tohoto výzkumu je, že ačkoliv je rozhodnutí pro neasistovaný porod vnímáno jako volba „mimo systém“ (Jackson, Dahlen, Schmied 2012; Jackson, Dahlen, Schmied 2020), pro některé rodičky se nemusí jednat o volbu skutečně dobrovolnou.

## 6 Literatura:

Alfirevic, Z., T. Stampalija, N. Medley. 2015. "Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy." *Cochrane Database Syst Rev* 2015 (4): CD001450.

Aperio. 2022. „Kdo je kdo? Porodní asistentka a duly.“ [online]. Aperio [cit. 10.1.2023]. Dostupné z: <https://www.aperio.cz/clanky/kdo-je-kdo-porodni-asistentka-a-duly>.

Ať Můžou! [online]. Ať Můžou! [cit. 14.1.2023]. Dostupné z: <https://naporoduzalezi.cz/atmuzou/>.

Ať Stojí! „Co jsou porodní domy a centra?“ [online]. Ať Stojí! [cit. 14.1.2023]. Dostupné z: <https://naporoduzalezi.cz/atstoji/#porodni-domy>.

Baranowska, B., M. Węgrzynowska, U. Tataj-Puzyna, S. Crowther. 2021. "‘I knew there has to be a better way’: Women’s pathways to freebirth in Poland." *Women and Birth* 35 (4): E328-E336.

Browner, C. H., N. Press. 1996. "The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care." *Medical Anthropology Quarterly* 10 (2): 141-156.

Cameron, H. J. 2014. "Expert on her own Body: Contested Framings of Risk and Expertise in Discourses on Unassisted Childbirth." MA diss., Lakehead University.

Coxon, K., J. Sandall, N. J. Fulop. 2013. "To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions." *Health, Risk & Society* 16 (1): 51-67.

Česká asociace dul. 2022. „Etický kodex z. s. Česká asociace dul (ČAD).“ [online]. ČAD [cit. 30.4.2023]. Dostupné z: [https://www.duly.cz/wp-content/uploads/2022/09/Etický\\_kodex\\_2022.pdf](https://www.duly.cz/wp-content/uploads/2022/09/Etický_kodex_2022.pdf).

Dahlen, H., M. Jackson, J. Stevens. 2011. "Homebirth, freebirth and doulas: Casualty and consequences of a broken maternity system." *Women and Birth* 24 (1): 47-50.

Davis-Floyd, R. E. 1993. "The Technocratic Model of Birth" in *Feminist Theory in the Study of Folklore*, eds. S. Hollis, L. Pershing, M.J. Young, U. of Illinois Press, pp. 297-326.

Davis-Floyd, R. E. 1994. "The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression." *Social Science & Medicine* 38 (8): 1125-40.

Davis-Floyd, R. E. 2001. "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75 (S1): S5-S23.

Davis-Floyd, R. E., E. Davis. 1996. "Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and

Homebirth." *Medical Anthropology Quarterly* 10 (2): 237-269.

Diamond-Brown, L. A. 2019. "Women's Motivations for 'Choosing' Unassisted Childbirth: A Compromise of Ideals and Structural Barriers." *Reproduction, Health, and Medicine* 20: 85-106.

Durnová, A., E. Hejzlarová. 2021. „Domácí porody v Česku: motivace, důvody a názory žen, které rodily plánovaně doma (2015-2020).“ [online]. Fakulta sociálních věd UK [cit. 8. 1. 2023]. Dostupné z: [https://fsv.cuni.cz/sites/default/files/uploads/files/18-10042s\\_vyzkumnazprava\\_Durnova\\_Hejzlarova\\_27\\_1\\_2021.pdf](https://fsv.cuni.cz/sites/default/files/uploads/files/18-10042s_vyzkumnazprava_Durnova_Hejzlarova_27_1_2021.pdf).

European Court of Human Rights. 2016. "Case of Dubská and Krejzová v. The Czech Republic." [online]. European Court of Human Rights [cit. 30.4.2023]. Dostupné z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-168066%22%5D%7D>.

Feeley, C. 2015. "Making sense of childbirth choices; exploring the decision to freebirth in the UK." MA thesis, University of Central Lancashire.

Feeley, C., E. Burns, E. Adams, G. Thomson. 2015. "Why do some women choose to freebirth? A meta-thematic synthesis, part one." *Evidence Based Midwifery* 13 (1): 4-9.

Fox, B., D. Worts. 1999. "Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth. A Contribution to the Sociology of Birth." *Gender & Society* 13 (3): 326-346.

Hasmanová Marhánková, J. 2008. „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů.“ *Biograf* (47): 56 odst.

Hejzlarová, E. M. 2021. „Domácí porody v České republice: více informací, prosím!“ [online]. Deník Referendum [cit. 14.1.2023]. Dostupné z: <https://denikreferendum.cz/clanek/32264-domaci-porody-vceske-republice-vice-informaci-prosim>.

Henriksen L., M. Nordström, I. Nordheim, I. Lundgren, E. Blix. 2020. "Norwegian women's motivations and preparations for freebirth—A qualitative study." *Sexual & Reproductive Healthcare* 25: 100511.

Hollander, M., E. de Miranda, J. van Dillen, I. de Graaf, F. Vandenbussche, L. Holten. 2017. "Women's motivations for choosing a high-risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis." *BMC Pregnancy and Childbirth* 17 (423).

Holten, L., E. de Miranda. 2016. "Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'." *Midwifery* 38: 55-62.

Hřešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Západočeská univerzita v Plzni.

Hrešanová, E. 2012. "Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů." *AntropoWebzin* 3: 177-190.

Hypnoporod. „Přežila to každá, přežiješ to taky.“ [online]. Hypnoporod kurzy [cit. 25.4.2023]. Dostupné z: <https://www.hypnoporod-kurzy.cz/prezila-to-kazda-prezijas-to-taky/>.

Chadwick, R. 2018. *Bodies that Birth: Vitalizing Birth Politics*. Routledge.

Chadwick, R. J., D. Foster. 2014. "Negotiating Risky Bodies: Childbirth and Construction of Risks." *Health, Risk & Society* 16 (1): 68-83.

Cheyney, M. J. 2008. "Homebirth as Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace." *Qualitative Health Research* 18 (2): 254-267.

Irvin, L., A. De Leo, C. Davison. 2022. "Stand and deliver: an integrative review of the evidence around birthing upright." *British Journal of Midwifery* 30 (3): 172-177.

Jackson, M., H. Dahlen, V. Schmied. 2012. "Birthing outside the system: perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high-risk homebirths." *Midwifery* 28 (5): 561-567.

Jackson, M., H. Dahlen, V. Schmied. 2020. "Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia." *BMC Pregnancy Childbirth* 20: 254.

Jordan B. 1997. "Authoritative Knowledge and Its Construction." Pp. 55-79 in Davis-Floyd, R. E., R. Rapp, C. F. Sargent (eds.). *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*. Berkeley, CA: University of California Press.

Jordan, B. 1993 (1978). *Birth in four cultures: A cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois: Waveland Press.

Jouhki, M.-R., T. Suominen, P. Åstedt-Kurki. 2015. "Supporting and Sharing – Home Birth: Fathers' Perspective." *American Journal of Men's Health* 9 (5): 421-429.

Krajský soud v Plzni. 2022. „Rozsudek jménem republiky.“ [online]. UNIPA [cit. 30.4.2023]. Dostupné z: [https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2023/04/230302\\_KSPL\\_Rozsudek\\_ANONYM.pdf](https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2023/04/230302_KSPL_Rozsudek_ANONYM.pdf).

Lindgren, H. E., K. Nässén, I. Lundgren. 2017. "Taking the matter into one's own hands – Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden." *Sexual & Reproductive Healthcare* 11: 31-35.

Lou, S., H. G. Dahlen, S. G. Hansen, L. Ø. Rodkjær, R. D. Maimburg. 2022. "Why freebirth in a maternity system with free midwifery care? A qualitative study of Danish women's motivations and

- preparations for freebirth." *Sexual & Reproductive Healthcare* 34: 100789.
- Macháček, J. 2020. „Je poskytování zdravotních služeb při domácím porodu v České republice legální?“ [online]. Epravo.cz [cit. 8. 1. 2023]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/je-poskytovani-zdravotnich-sluzeb-pri-domacimporodu-v-ceske-republice-legalni-111075.html>.
- Martin, E. 1987. *The Woman in the Body*. Boston, MA: Beacon Press.
- Martin, K. E. 2003. "Giving Birth Like a Girl." *Gender & Society* 17 (1): 54-72.
- Martínez-Mollá, T., C. Solano, J. Siles, M. Sánchez-Peralvo, G. Méndez-Pérez. 2015. "The Fathers' Decision-Making in Home Birth." *Investigación y Educación en Enfermería* 33 (3): 573-583.
- McKenzie, G. 2021. "Freebirthing in the United Kingdom: The Voice Centered Relational Method and the (de)Construction of the I-Poem." *International Journal of Qualitative Methods* 20: 1-13.
- Miller, A. C. 2009. "'Midwife to Myself': Birth Narratives among Women Choosing Unassisted Homebirth." *Sociological Inquiry* 79 (1): 51-74.
- Miller, A. C. 2012. "On the Margins of the Periphery: Unassisted Childbirth and the Management of Layered Stigma." *Sociological Spectrum* 32 (5): 406-423.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2019. „Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?“ [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 10.1.2023]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2020a. „Doprovod porodních asistentek k domácím porodům.“ [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 8. 1. 2023]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/18487/40223/18\\_2020\\_A.pdf](https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/18487/40223/18_2020_A.pdf).
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2020b. „Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru gynekologie a porodnictví a neonatologie pro efektivní organizaci práce porodnic a pro maximální zabezpečení personálního využití porodních asistentek při vedení porodu v rámci stávající sítě porodnic – koncept tzv. Center porodní asistence.“ [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 14. 1. 2023]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/11/Metodick%C3%A9-doporu%C4%8Den%C3%AD-MZ%C4%8CR-Centra-porodn%C3%AD-asistence.pdf>.
- Moore, S. B. 2011. "Reclaiming the Body, Birthing at Home: Knowledge, Power, and Control in Childbirth." *Humanity & Society* 35 (4): 376-389.
- Mselle, L. T., L. Eustace. 2020. "Why do women assume a supine position when giving birth? The

perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania.” *BMC Pregnancy and Childbirth* 20 (1): 1-10.

Nejvyšší soud. 2016. „Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 15.06.2016, sp. zn. 30 Cdo 3598/2014.“ [online]. Nejvyšší soud [cit. 8. 1. 2023]. Dostupné z: <https://sbirka.nsoud.cz/sbirka/7589/>.

Nejvyšší soud. 2016. „Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 15.06.2016, sp. zn. 30 Cdo 3598/2014.“ [online]. Nejvyšší soud [cit. 8. 1. 2023]. Dostupné z: <https://sbirka.nsoud.cz/sbirka/7589/>.

O’Boyle, C. 2016. “Deliberately unassisted birth in Ireland: Understanding choice in Irish maternity services.” *British Journal of Midwifery* 24 (3): 181-187.

Oakley, A. 1980. *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. Oxford: Martin Robertsen.

Pavlíková, M. 2015. “O čem se nemluví, to neexistuje – Kristellerova exprese.” [online]. Biostatisticka.cz [cit. 15.4.2023]. Dostupné z: <https://www.biostatisticka.cz/o-cem-se-nemluvi-to-neexistuje-kristellerova-exprese/>.

Pavlíková, M. 2017. „Děti, které pro stát neexistují.“ [online]. Biostatisticka.cz [cit. 14. 1. 2023]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/deti-ktere-pro-stat-neexistuji/>.

Rapp, R. 1992. Pp. 55 in Davis-Floyd, R. E., R. Rapp, C. F. Sargent (eds.). *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*. Berkeley, CA: University of California Press.

Rebecca Dekker. 2022. “The Evidence on: Birthing Positions.” [online]. Evidence Based Birth [cit. 23.4.2023]. Dostupné z: <https://evidencebasedbirth.com/evidence-birthing-positions/>.

Respekt k porodu. 2020. „Je festival pro vás?“ [online]. Hnutí za aktivní mateřství [cit. 25.4.2023]. Dostupné z: <https://www.respektkporodu.cz/porod-2/>.

Rothman, B. K. 1977. “The Social Construction of Birth.” *Journal of Nurse-Midwifery* 22 (2): 9-13.

Rothman, B. K. 1982. *In labor: Women and power in the birth place*. New York: W.W. Norton.

Umění babictví [Milé ženy, dlouho očekávaná novina je tu...] In: Facebook [online]. 16.4.2020 [cit. 22.4.2023]. Dostupné z: <https://www.facebook.com/umenibabictvi/posts/mil%C3%A9-%C5%BEeny-dlouho-o%C4%8Dek%C3%A1van%C3%A1-novina-je-tu-otv%C3%ADr%C3%A1me-dvouletou-%C5%A1kolu-um%C4%9Bn%C3%AD-babictv%C3%ADb/136779494574779/>.

Válová, I. 2021. „Analýza: Porodit dítě doma s asistencí je stále nelegální, některé matky proto raději rodí samy.“ [online]. Česká justice.cz [cit. 13.1.2023]. Dostupné z: <https://www.ceska-justice.cz/2021/12/analyza-porodit-dite-doma-s-asistenci-je-stale-nelegalni-nektere-matky-protoradeji-rodisamy/>.

Viisainen, K. 2001. "Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland." *Social Science & Medicine* 52 (7): 1109-1121.

Visualizing Birth. 2011. "Pachamama: Fertility Goddess and Mother of All." [online]. Visualizing Birth [cit. 23.4.2023]. Dostupné z: <http://visualizingbirth.org/pachamama-fertility-goddess-and-mother-earth>.

Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče [online]. Sběrka zákonů [cit. 2. 5. 2023]. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=24087>.

Yam, S. S. 2019. "Birth Images on Instagram: The Disruptive Visuality of Birthing Bodies." *Women's Studies in Communication* 42 (1): 80-100.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů [online]. Zákony pro lidi [cit. 2. 5. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

Zielinski, R., K. Ackerson, L. K. Low. 2015. "Planned home birth: benefits, risks, and opportunities." *International Journal of Women's Health* 7: 361-377.



## Projekt diplomové práce (původní téma)

Jméno a příjmení studující: Barbora Jiříčková

Studijní program: Sociologie

Předpokládaný název práce: Neasistovaný porod (Percepce rizika při neasistovaném porodu)

Předpokládaný název práce v angličtině: Unassisted Birth

Klíčová slova: plánovaný neasistovaný porod, svobodný porod, domácí porod, přirozený porod, vnímání a posouzení rizik

Klíčová slova v angličtině: planned unassisted birth, freebirth, home birth, natural birth, risk assessment and perception

Vedoucí práce: Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D.

### Námět práce

Cílem této diplomové práce je poskytnout podrobnější vhled do fenoménu *plánovaně neasistovaného porodu* v českém prostředí. V kontextu biomedicínského diskurzu (nejen) v západní společnosti dochází k medikalizaci porodu, a většina porodů probíhá v nemocničním prostředí pod vedením lékařů či porodních asistentek. V současné době se však nejen sociálně-vědní výzkum, ale i veřejnost stále více zabývá také alternativními formami porodu, jež tuto normu narušují a vznikají v reakci na ni. Rodičky, jež nejsou spokojeny s nabízenou péčí a biomedicínským pojetím porodu, v některých případech volí domácí porod jako alternativu, která jim umožňuje prožít porod více podle svých představ. Problematice domácích porodů se sociálně-vědní výzkum věnuje v mnoha rovinách, obzvláště zajímavé ovšem může být zkoumat tento fenomén v zemích, kde nejsou porody doma integrovány do péče podporované ze strany státu, kterou je například i Česká republika, a stávají se tak volbou, která jde proti systému (Cheyney 2008). V dominantním diskurzu, jenž je spojen s biomedicínským rámováním porodu především rizikovostí, je porod v domácím prostředí vnímán jako varianta obnášející zvýšená zdravotní rizika.

Domácí porod může mít více podob. Některé rodičky volí porod v domácím prostředí s porodní asistentkou jako z jejich pohledu vhodnější variantu k nemocničnímu porodu, jiné ženy se ovšem rozhodují porodit doma zcela bez přítomnosti porodní asistentky či jiné osoby se zdravotnickým vzděláním. Tento typ porodu můžeme nazvat jako (plánovaný) neasistovaný porod, který je někdy

nazýván také jako *svobodný porod*. Ženy, jež zvolí tuto formu porodu, mohou rodit v přítomnosti partnera, dudy, jiné osoby, nebo zcela samy (Miller 2009). Některé rovněž využijí přítomnosti svého partnera, který zaujme roli asistentky (Baranowska et al. 2021). Za neasistovaný porod tedy není v této práci považován porod, kdy žena chtěla využít služeb porodní asistentky, ovšem stihla porodit dříve, než asistentka dorazila (přestože i na základě současné legislativy a nedostatku komunitních asistentek v ČR, jež jsou ochotné u domácích porodů asistovat, k těmto situacím dochází).

Jestliže je medikalizovaný porod, jenž je v ČR normou, založen na logice rizikovosti (resp. je zarámován diskurzem rizika), může být poměrně zajímavé zaměřit se na to, jak je téma rizika a rizikovosti vnímáno ženami, jež se rozhodují tuto normu narušit a volí způsob porodu, jenž je v biomedicínském pojetí považován za více rizikový. Některé studie (např. Baranowska et al. 2021) naznačují, že percepce rizikovosti je u těchto žen odlišná a jako zvýšené riziko mohou vnímat naopak porod v nemocničním prostředí. Domnívám se, že obzvláště zajímavé potom může být sledovat, jak se téma rizika a rizikovosti objevuje právě v souvislosti s neasistovaným porodem, který z pohledu biomedicínského modelu vedení porodu představuje ještě vyšší riziko, jelikož je zde úplná absence zdravotnické pomoci (narozdíl od domácích porodů, u nichž pomáhají porodní asistentky) (Jackson et al. 2012).

*Riziko* je klíčový koncept, jenž definuje porod v biomedicínském paradigmatu (Hausman 2005). Diskurz rizika, jímž je porod rámován, můžeme vnímat jako projev či důsledek rizikové společnosti, o níž ve své teorii pojednává U. Beck. Podle Possamai-Inesedy (2006), která z jeho teorie ve své studii vychází, je potom právě těhotná žena důsledkům rizikové společnosti do velké míry vystavena, což se projevuje v normalizaci a rutinizaci medicínských intervencí do porodů (Possamai-Inesedy 2006). Nicméně koncepty rizika a bezpečí mohou být různými skupinami vnímány odlišně, a ženy, jež medikalizaci porodů odmítají, mohou tyto kategorie vnímat a konceptualizovat jiným způsobem. Cameron (2012) ve své práci ukazuje, jak rozdílnými způsoby riziko konceptualizují různé skupiny: lékaři, porodní asistentky a ženy, které zvolily neasistovaný porod. Lékařská obec (reprezentující dominantní diskurz) vnímá porod jako proces ze své podstaty obnášející rizika, který vyžaduje lékařský dohled a vedení. Zastánci neasistovaných porodů se domnívají, že rizika mohou nastat, když není respektována rodička a její schopnost sledovat procesy vlastního těla, a tím pádem naopak spojují potenciální rizika s lékařsky vedenými porody (Cameron 2012).

K podobnému závěru dochází více studií, nově např. Baranowska a kolektiv (2021): ženy, které rodí „mimo systém“, věří, že lékařské intervence mohou při nekomplikovaných porodech spíše uškodit než pomoci, a vnímají tak porody v nemocničním prostředí jako potenciálně nebezpečné v případě

těhotenství bez komplikací. Ženy, jež volí tento způsob porodu, věří ve vlastní schopnost zmírnit lékaři zmiňovaná rizika, jež při porodu mohou nastat (Baranowska et al. 2021). Diskurz rizika u žen, jež rodily neasistovaně, zkoumá dále například také Plested a Kirkham (2016). Podle nich tyto rodičky vnímají diskurz rizika rámuující porody jako manipulativní, a může vést k tomu, že se porodnické péči vyhýbají. Jako problematické tyto ženy vnímají například to, že riziko je lékaři často užíváno jako zastrašovací technika (např. zdůrazňováním úmrtnosti a obecně smrti), jak ženy přimět učinit jistá rozhodnutí. Zdůrazňování rizik může podpořit nedůvěru ve zdravotnický systém, která ženy posléze vede k hledání alternativ mimo něj. „Neposlušností“ v podobě alternativních forem porodu však ženy čelí ostrakizaci, neboť jsou vnímány jako *riskující* (Plested, Kirkham 2016).

Cílem této práce je tedy prozkoumat do hloubky výpovědi žen, jež se rozhodly pro neasistovaný porod, a zaměřit se na jejich motivace pro tuto formu porodu, kdo se jejich porodu účastnil, jak jejich porod probíhal, a další aspekty (stigmatizace, role partnera apod.), jež mohou rodičky považovat za podstatné. Zároveň mne bude zajímat, jakým způsobem v jejich pojetí porodu figuruje faktor *rizika* a rizikovosti, resp. jak tyto ženy konceptualizují a vnímají riziko a co je rizikové, jakou formu porodu zvolit, aby bylo riziko minimalizováno, co je pro ženu při porodu bezpečné, jak se to vše promítalo do jejich rozhodování i do celkové podoby a pojetí porodu, a jak se jejich vnímání rizika liší od žen, které rodí „podle normy“ v porodnici.

Domnívám se, že pokud se zaměříme na percepci rizika u neasistovaných porodů, umožní nám to rozšířit vědění o odlišných modelech vedení porodu a jakým způsobem v tom všem figuruje faktor rizika. Téma percepce rizika u žen, jež zvolily neasistovaný porod je prozkoumáno v zahraničních studiích, v českém prostoru ovšem probádáno dosud není, podobně jako samotný fenomén neasistovaného porodu. Na základě pochopení, co ženy vede k odmítnutí nabízené péče, si můžeme uvědomit nedostatky aktuálního systému porodnické péče v ČR a může nám to pomoci rozšířit naše chápání toho, jak mohou porody probíhat, a jaké různé formy vnímání rizika a bezpečí v české společnosti existují.

### **Předpokládané metody zpracování**

Diplomová práce bude založena na kvalitativním výzkumu, který umožňuje do větší hloubky prozkoumat téma na základě zkušeností menšího množství informátorů. Jako předpokládanou metodu sběru dat plánuji využít polostrukturované rozhovory s ženami, které prožily alespoň jeden plánovaně neasistovaný porod, tedy porod bez přítomnosti porodní asistentky či jiného zdravotníka. Do výzkumu budou zahrnuty jak ženy, které porodily za přítomnosti partnera či další osoby, tak ženy, jež porod absolvovaly samy.

Pro získání potenciálních informátorek plánuji v první fázi využít nejprve kontaktů na ženy, jež rodily doma, které jsem získala v průběhu realizace své bakalářské práce o domácích porodech, a obrátit se na ně, zda znají někoho, kdo má s neasistovaným porodem zkušenost. Další informátorky bych ráda získala pomocí metody sněhové koule. Kromě toho plánuji využít možnosti kontaktovat členky facebookové skupiny Neasistované těhotenství/svobodný porod. Konečný počet informátorek se bude odvíjet od momentu dosažení teoretické saturace. Realizované rozhovory s informátorkami budou posléze doslovně přepsány a analyzovány pomocí tematické analýzy, za účelem identifikovat hlavní tematické kategorie vyskytující se ve výpovědích.

### **Etické souvislosti zvažovaného projektu**

Téma plánovaného porodu bez asistence považuji za velmi citlivé, jelikož se týká intimní tematiky porodu a ženské tělesnosti. Zároveň se jedná o téma, jež je (jako domácí porod obecně) veřejností přijímáno velmi kontroverzně a převážně kriticky, mimo to se nachází na hraně i z právního hlediska. Z tohoto důvodu se domnívám, že je podstatné řádně informátorky informovat o účelu výzkumu a o tom, jak bude nakládáno s jejich příběhy, ke kterým budu přistupovat s vědomím jejich citlivé povahy. Stejně tak budou osobní údaje, především jména, anonymizovány a v práci budou využívány pouze pseudonymy. Při rozhovorech s informátorkami bude podepisován (či vysloven) informovaný souhlas. Pokud by informátorky nechtěly na některé otázky odpovídat, či dále v rozhovoru z nějakého důvodu pokračovat, budu jejich přání samozřejmě respektovat.

### **Orientační seznam literatury**

1. Baranowska, B., M. Węgrzynowska, U. Tataj-Puzyna, S. Crowther. 2021. "‘I knew there has to be a better way’: Women’s pathways to freebirth in Poland." *Women and Birth* 35 (4): E328-E336.
2. Bonnette S., A. Broom, C. S. E. Homer. 2011. "Choosing freebirth in NSW: An exploration of expectations and experience." *Women and Birth* 24 (1): S10.
3. Cameron, H. J. 2012. "Expert on her own Body: Contested Framings of Risk and Expertise in Discourses on Unassisted Childbirth." MA diss., Lakehead University.
4. Cheyney, M. J. 2008. "Homebirth as systems-challenging praxis: Knowledge, power and intimacy in the birthplace." *Qualitative Health Research* 18 (2): 254-267.
5. Feeley C., G. Thomson. 2016. "Tensions and conflicts in ‘choice’: Womens’ experiences of freebirthing in the UK." *Midwifery* 41: 16-21.
6. Feeley, C. 2019. "Freebirthing: A case for using interpretative hermeneutic phenomenology in midwifery research for knowledge generation, dissemination and impact." *Journal of Research in Nursing* 24 (1-2): 9-19.
7. Feeley, C., G. Thomson. 2016. "Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 16 (59).

8. Freeze, R. 2008. "Born free: Unassisted childbirth in North America." Dissertation, University of Iowa.
9. Greenfield, M., S. Payne-Gifford, G. McKenzie. 2021. "Between a Rock and a Hard Place: Considering 'Freebirth' During Covid-19." *Frontiers in Global Women's Health* 2. 603744.
10. Hannah-Moffat, K., P. O'Malley. 2007. *Gendered Risks*. New York: Routledge-Cavendish.
11. Hausman, B. L. 2005. "Risky business: framing childbirth in hospital settings." *Journal of Medical Humanities* 26 (1): 23-38.
12. Henriksen L., M. Nordström, I. Nordheim, I. Lundgren, E. Blix. 2020. "Norwegian women's motivations and preparations for freebirth—A qualitative study." *Sexual & Reproductive Healthcare* 25: 100511.
13. Holten, L., E. de Miranda. 2016. "Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'." *Midwifery* 38: 55-62.
14. Jackson, M., H. Dahlen, V. Schmied. 2012. "Birthing outside the system: perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high-risk homebirths." *Midwifery* 28 (5): 561-567.
15. Lane, K. 2008. "The medical model of the body as site of risk: A case study of childbirth." Pp. 157-164 in C. Malacrida, J. Low (eds.). *Sociology of the body: A reader*. Oxford University Press.
16. Lindgren, H. E., K. Nässén, I. Lundgren. 2017. "Taking the matter into one's own hands – Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden." *Sexual & Reproductive Healthcare* 11: 31-35.
17. McKenzie G., G. Robert, E. Montgomery. 2020. "Exploring the conceptualisation and study of freebirthing as a historical and social phenomenon: a meta-narrative review of diverse research traditions." *Medical Humanities*. 46 (4):512-524.
18. Miller, A. C. 2009. "'Midwife to myself': Birth narratives among women choosing unassisted homebirth." *Sociological Inquiry* 79 (1): 51-74.
19. Miller, A. C. 2012. "On the Margins of the Periphery: Unassisted Childbirth and the Management of Layered Stigma." *Sociological Spectrum* 32 (5): 406-423.
20. Plested, M., M. Kirkham. 2016. "Risk and fear in the lived experience of birth without a midwife." *Midwifery* 38: 29-34.
21. Possamai-Inesedy, A. 2006. "Confining risk: Choice and responsibility in childbirth in a risk society." *Health Sociology Review* 15 (4): 406-414.
22. Rothman, B. K. 1982. *In Labor: Women and Power in the Birthplace*. New York: W.W. Norton & Company.