

Filozofická fakulta

Ústav Etnologie a středoevropských a balkánských studií

Bakalářská práce

Bc. Valerie Alánová

**Domácí porody v České republice:
Komparace mezi domácími rodičkami a zdravotnickými
pracovníky**

Praha 2024

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jan Horský, PhD.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 24. července 2024

Valerie Alánová

Klíčová slova:

Domácí porod, porod, porodnictví, kvalitativní výzkum, diskurzivní analýza, antropologie reprodukce

Keywords:

Home birth, birth, midwifery, qualitative research, discourse analysis, anthropology of reproduction

Abstrakt:

Bakalářská práce se věnuje tématu plánovaných domácích porodů v České republice. Snaží se poodhalit jaké perspektivy, názory a jaká dominantní témata se k domácím porodům vyskytují u skupin domácích rodiček a zdravotnického personálu. Domácí porody v České republice vystupují jako poměrně kontroverzní téma, a to zejména při střetu dvou zmíněných skupin v debatě. Zároveň je ale pravdou, že téma není v širší společnosti natolik reflektováno, abychom mohli s jistotou určit, proč a jak k domácím porodům vybrané skupiny přistupují. Právě z důvodu tohoto upozadění se bakalářská práce tématem zabývá.

V teoretických kapitolách je představen dosavadní stav poznání, který mimo zásadní práce autorů a autorek na téma domácích porodů reflektuje, že v současnosti se nejedná o hojně zkoumané téma, což nás může upozornit na vhodnost se tématu věnovat. Následně je čtenáři představen kontext domácích porodů, a to včetně krátkého historického exkurzu a současné právní úpravy u nás. Mimo to jsou v kapitole blíže představeny koncepty *profesionalizace, medikalizace a genderovanosti porodu* za doprovodu teorie *Biomoci* Michaela Foucaulta. Tyto koncepty rámcují celou bakalářskou práci. Analytická část práce se skládá ze sedmi polostrukturovaných rozhovorů, čtyřmi s domácími rodičkami a třemi s lékaři/lékařkami. Analytickým nástrojem je diskurzivní analýza, která umožňuje do hloubky zkoumat, interpretovat a čtenáři představit detekované dominantní diskurzy ve výpovědích obou skupin. Identifikované diskurzivní kategorie jsou v práci detailně popsány a doplněny citacemi všech narátorů a narátorek se snahou co nejlépe diskurzy reflektovat. Ve shrnující kapitole, která se věnuje komparaci, jsou vybrané diskurzy zhodnoceny a reflektovány jejich podobností a rozdílností. Debaty nad domácími porody sice nezabírají přední strany v médiích a nejdelší debaty v poslanecké sněmovně, ale je to téma, které v sobě při bližším prozkoumání skýtá celou paletu celospolečenských a kulturních témat, jako je vztah k ženskému tělu, k biomedicíně, kontrast mezi tradicí a moderností, nebo třeba otázky „co je svoboda“ a „co je přirozené“. Snahou práce není všechny otázky zodpovědět a najít zobecnitelné závěry o obou skupinách, ale spíše poskytnout sondu do intenzivní debaty, která je pro jiné pouze zrnkem písku v poušti polarizujících společenských témat, pro jiné ale představuje jejich celoživotní náplň. Čtenáři může práce přinést nejen nové poznatky, ale možná i bližší pochopení smýšlení vybraných členů skupin, s kterými by se jinak v životě stěží setkali, anebo se dozvěděli o jejich důvodech pro souhlas či nesouhlas s domácími porody. Je zřejmé, že jakákoliv forma zobecnitelnosti názorových přístupů je u obou skupin nemožná, ale to není cílem. Cílem je imitovat konverzaci mezi těmito diametrálně odlišnými skupinami a představit, že ona diametrální odlišnost není zdaleka tak intenzivní, jak bychom si mohli myslet. Anebo je? To ať zjistí čtenář sám.

Abstract:

The bachelor thesis focuses on the topic of planned home births in the Czech Republic. It tries to identify the perspectives, opinions and dominant themes on home births among groups of home birth mothers and health care professionals. Home births in the Czech Republic emerges as a rather controversial topic, especially when the two aforementioned groups clash in the debate. At the same time, however, it is true that the topic is not sufficiently reflected in wider society to be able to determine with certainty why and how home births are accessed by the selected groups. It is precisely because of this neglect that the thesis addresses the topic.

The theoretical chapters present the state of the current knowledge. Subsequently, the reader is introduced to the context of home births, including a brief historical overview and the current legal framework in our country. In addition, the concepts of professionalization, medicalization, and gendered birth are introduced in the chapter, accompanied by Michael Foucault's theory of Biopower. The analytical part of the thesis consists of seven semi-structured interviews, four of them with home birth mothers and three with doctors. The analytical method is discursive analysis, which allows for an in-depth examination, interpretation and presentation to the reader of the dominant discourses detected in the statements of both groups. The identified discursive categories are described in detail in the thesis and supplemented with citations of all narrators and narrators in an attempt to reflect the discourses as closely as possible. In the summary chapter, which focuses on comparison, the selected discourses are evaluated and their similarities and differences are reflected upon. Debates over home birth may not dominate the front pages of the media or occupy the longest debates in the House of Representatives, but it is a topic that, on closer examination, contains a range of societal and cultural themes, such as the relationship to the female body, the contrast between tradition and modernity, and questions such as 'what is freedom' and 'what is natural'. The thesis does not seek to answer all questions and find generalizable conclusions about both groups, but rather to provide a probe into an intense debate that for others is just another polarizing social issue, but for others is their lifelong focus. Readers may find the work provides not only new insights, but perhaps a closer understanding of the mindset of selected members of groups they would otherwise hardly encounter in their lives, or learn about their reasons for agreeing or disagreeing with home births. It is clear that any form of generalization of opinions is not possible for both groups, but that is not the goal. The goal is to mimic the conversation between these radically different groups and to suggest that the radical difference is not nearly as intense as one might think. Or is it? Let the reader find out for himself.

Obsah:

ÚVOD.....	1
2. DOSAVADNÍ STAV POZNÁNÍ.....	3
3. METODOLOGIE.....	7
3.1. TYP VÝZKUMU	7
3.2. METODA VÝBĚRU RESPONDENTŮ A METODA SBĚRU DAT	7
3.3. ANALÝZA DAT	9
4. KONTEXT PROBLEMATIKY PLÁNOVANÝCH DOMÁCÍCH PORODŮ V ČESKÉ REPUBLICE .	10
4.1. HISTORICKÝ EXKURZ – VYBRANÉ KONCEPTY	11
4.1.1 <i>Od babictví k porodnictví: princip profesionalizace</i>	11
4.1.2 <i>Medikalizace společnosti v kontextu Foucaultovy Biomoci</i>	13
4.1.3 <i>Genderovanost porodu jako důsledek medikalizace porodnictví</i>	16
4.2. LEGISLATIVNÍ RÁMEC PRO DOMÁCÍ POROD.....	18
5. ANALYTICKÁ ČÁST.....	21
5.1. DISKURZIVNÍ KATEGORIE U DOMÁCÍCH RODIČEK.....	21
5.1.1 <i>Diskurz kritizující systém a Diskurz kontra biomedicínské dominance</i>	21
5.1.2 <i>Diskurz posilujícího zážitku a vlastní emancipace</i>	25
5.1.3 <i>Diskurz o možnosti volby, přirozenosti a pocitu černé ovce</i>	27
5.2. DISKURZIVNÍ KATEGORIE ZDRAVOTNICKÝCH PROFESIONÁLŮ	30
5.2.1 <i>Diskurz strážce bezpečí a ochrany, aneb zdraví nikdy není jisté</i>	31
5.2.2 <i>Diskurz odpovědnosti a limitace kompetencí</i>	33
5.2.3 <i>Diskurz pojd' me si to vysvětlit</i>	35
5.2.4 <i>Diskurz pozitivní změny a nároků těhotných a rodičích</i>	37
6. SROVNÁNÍ DISKURZŮ.....	40
7. ZÁVĚR.....	43
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:	45
PŘÍLOHA 1.: SCÉNÁŘ ROZHOVORŮ PRO DOMÁCÍ RODIČKY.....	50
PŘÍLOHA 2.: SCÉNÁŘ ROZHOVORŮ PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY	52

ÚVOD

Porod: *“Plné vypuzení či vytažení mrtvého plodu do 500 gramů, nebo živého plodu z těla matky kdykoliv, bez ohledu na dobu těhotenství”* (WHO, 2001). Porod je sociodemografický údaj, biologický proces. Porod je ale také přechodový rituál, politický nástroj, sociologické, antropologické a psychologické téma. V některých kulturách je tabu, v jiných je důvodem pro oslavy. Je nutný a nežádoucí zároveň.

Tato bakalářská práce má za cíl přispět do debaty o porodech skrze výzkum témata místa, kde dnešní žena v České republice rodí. Určené, doporučené a někdy dokonce i povinné místo pro porod v sobě skrývá společenský vztah k ženskému tělu, míru ženských práv, úroveň lékařství, vliv státní moci a mnoho dalších indikátorů. Tyto indikátory ve vztahu k celoevropskému trendu stárnutí populace a padající natalitě (ČSÚ, 2022) sahají za důležitost získávání dat a výzkumných výstupů pro rozvoj humanitních a společenských věd, a dotýkají se samotné podoby světa, ve kterém žijeme.

Domácí porody, do 19. století vnímané jako standard (Tinková, 2011, s. 90), se dnes v České republice nachází v šedé zóně nejen legálně (Jedličková, 2017), ale také společensky. Téma je obklopeno kontroverzí, tabu a mediální pozorností, která častokrát přetváří společenský dialog ve společenskou hádku. Zkoumání důvodů výběru místa pro porod sahá za zmíněné tabu a kontroverze, ale poodhaluje nám mnohem širší socio-kulturní jevy a pomáhá nám pochopit naši společnost a její proměny.

Z důvodu velké statistické nepřesnosti, která vyplývá ze specifického sběru dat ČSÚ a ÚZIS, je těžké odhadnout jak je fenomén domácích porodů rozšířen, ovšem lze obecně tvrdit, že procentuální počet plánovaných domácích porodů je ve statistikách tradičně podhodnocován (Durnová, Hejzlarová, 2021, s.10). Bez ohledu na skutečné procento plánovaných domácích porodů v populaci je ale zřejmé, že skrze medializaci problematiky a přítomnost velmi vyhraněných osobností ve veřejné diskusi téma českým prostředím rezonuje, obzvláště v posledních letech s nástupem nové generace matek, a zároveň je vůbec nejvíce medializovaným tématem z oblasti zdravotnictví (Durnová, Hejzlarová, 2022 s.152). Lze tudíž tvrdit, že ačkoliv se pro plánovaný domácí porod rozhoduje v české společnosti menšina, nejedná se o téma, které by si nezasloužilo vyšší zájem ve výzkumném bádání. Tato bakalářská práce si dává za cíl tento zájem alespoň z malé části naplnit.

V první části práce bude představen dosavadní stav poznání, který v omezené míře reflektuje dominantní autory, témata, obory a publikace, které česká akademická obec k tématu nabízí. Následovat bude představení metodologie pro analytickou práci včetně výběru typu analýzy. Samotná analytická část se v jednotlivých kapitolách bude snažit odpovědět na položenou výzkumnou otázku. Hlavní výzkumná otázka: *Jak vnímá na území ČR praxi domácích porodů zdravotnický personál a jak domácí rodičky?* napovídá, že tyto dvě skupiny se ve svých názorech k místě výběru porodu liší. Přesněji, že se liší v názoru na porod, který plánovaně probíhá doma. Cílem je právě z důvodu této předvídané rozdílnosti identifikovat diskurzy, které se ve výpovědích obou skupin nachází. Pro analýzu bude využita diskurzivní analýza, inspirována metodami foucaultovské diskurzivní analýzy a diskurzivní psychologie, přičemž kombinace těchto dvou metod je vnímána jako zastřešující metodologický a interpretativní rámec této práce.

Následující kapitoly teoretické části práce budou věnovány kontextu prostředí, ve kterém se o domácím porodu vede veřejná diskuze. Součástí tohoto kontextu je historické ukotvení domácího porodu a legislativní rámec v České republice. Kontext bakalářské práce je účelně strukturován tak, aby poskytl vhled do empirického vnímání domácího porodu skrze konkrétní momenty v historii a konkrétní případy z právní praxe, zároveň ale představuje vybrané konceptuální rámce, s kterými se v antropologickém a sociologickém bádání a zejména pak v antropologii reprodukce můžeme setkat: profesionalizace zdravotnictví, medikalizace společnosti a následně i genderovanost porodu. Zejména koncept medikalizace se odráží od Foucaultovy teorie biomoci, které bude v subkapitole taktéž věnována pozornost. Hlavními autorkami, jimiž je konceptuální rámec inspirován, jsou Daniela Tinková a Ema Hrešanová. Analytické kapitoly práce budou využívat nástroj diskurzivní analýzy a představí základní identifikované diskurzy u obou skupin. Následovat bude shrnutí a vytyčení základních rozdílností a podobností, které analýzy výzkumu vyplývají.

Je patrné, že malý výzkumný vzorek sedmi narátorů a nárátorek nemá šanci reprezentovat celou sociální realitu obou zkoumaných skupin, což není ani cílem. Nadějí práce je umožnit alespoň částečně bližší pochopení vystupujících narátorů.

Práce snad poskytne náhled do toho, jak obě skupiny vnímají svoji roli v tomto tématu, co je pro ně důležité, a jak na sebe vzájemně reagují. Zároveň práce může do jisté míry imitovat dialog mezi těmito dvěma názorovými (proti)póly, které vystupují ve veřejném prostoru simultánně, ale nikoliv integrovaně. Potažmo z důvodu absence autorčiny vlastní agendy a přesvědčení o správnosti jednoho či druhého, může práce ukázat díky zvolené analytické metodě někdy i opomíjené či skryté významy, které obě strany představují.

2. DOSAVADNÍ STAV POZNÁNÍ

Pro koherenci kapitoly a ve vztahu k tématu práce se bude přehled soustředit pouze na přibližný výčet významných prací na téma domácích porodů publikované v České republice (a částečně na Slovensku).

Na úvod je vhodné uvést dvě významné publikace, které jsou v současnosti vnímány jakožto základní práce historické analýzy vývoje a proměny porodu a porodnictví u nás. Jedná se o detailní, několika set stránkovou publikaci Daniely Tinkové s názvem *Tělo, věda, stát: zrození porodnice v osvěcenské Evropě* (2010). Autorka se zde s unikátní detailností věnuje tématu porodnictví v osvěcenské a post-osvěcenské Evropě. Zahrnuje kapitoly o roli porodních bab, procesu profesionalizace babictví a následnému přerodu místa porodu z domácího prostředí do zdravotnických institucí, kam zahrnuje témata medikalizace a genderovanosti porodnictví, kterých se dotýká kapitola práce o kontextu. Kniha pojednává důkladně o společenské, kulturní, ale též zdravotnické dimenzi a skrze historickou analýzu pramenů se věnuje dopadům, které tento přechod na jednotlivé dimenze měl. Taktéž definuje hlavní momenty tohoto přerodu, dominantní osobnosti a chronologicky představuje fundamentální momenty jako ustanovení porodnicí, zavedení oboru porodnictví do lékařského curricula apod.

Další bohaté publikace o historii porodu a porodnictví, včetně proměny legislativy jsou *Porod a ženské tělo. Diskurz a realita 19. století* (2006) a *Ženy s kufříkem a nadějí* (2019) od autorky Mileny Lenderové. Zmíněné knihy jsou taktéž multitematické a zasahují do rovin věd jako je medicína, psychologie, sociologie, biologie nebo také antropologie. Kniha z roku 2006 se věnuje převážně genezi profese porodní báby a jejímu postavení v 19. století, kniha *Ženy s kufříkem a nadějí* se taktéž zabývá rolí porodní báby (později asistentky) ve společnosti, jejímu hierarchickému postavení a proměny tohoto postavení skrze postupnou medikalizaci porodnictví.

Z důvodu historické perspektivy zmíněných knih je vhodné upozornit, že ačkoliv poskytují nezpochybnitelně zcela zásadní vhled do proměn porodnictví v průběhu 18. – 20. století, fenomény v porodu a porodnictví specifické pro svět dneška a aktuální situace jsou zde – zcela pochopitelně – opomenuty.

Prací, které se věnují tématu domácích porodů více aktuálně, a zároveň autoři/autorky pochází z České republiky, je poměrně limitovaně. Autorkou, která se aktivně zabývá tématem domácích porodů je Ema Hrešanová, antropoložka a socioložka, jenž vydala na téma několik prací. Za zmínku stojí například kvalitativní studie na téma péče a zkušeností českých žen

(Hrešanová, 2011), v které autorka provedla vlastní kvalitativní výzkum s několika desítkami žen na téma porodu u nás, článek *Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů* (2012), nebo spoluautorskou práci, která se částečně věnuje tématu domácích porodů, a to zejména ze sociologické perspektivy. Článek vydaný v Sociologickém časopise z roku 2008 s názvem *Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami* Emy Hrešanové a Jaroslavy Hasmanové Marhánkové reflektuje širší perspektivu stavu porodnictví v České republice, zahrnuje zásadní témata jako společenský a ekonomický status rodiček a popisuje vývoj oboru po roce 1989 (Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008, s.87–88).

Dalším zásadním příspěvkem do akademické debaty na toto téma v České republice je práce, součást projektu Sociologického ústavu Akademie věd ČR, s názvem *Role intimacy v české kontroverzi ohledně domácích porodů* (Prospěch Durnová, 2018). Projekt pod taktovkou Prospěch Durnové si stanovil čtyři cíle: vytvořit empirickou evidenci o problematice domácích porodů v ČR, předložit veřejněpolitickou konceptualizaci intimacy, porozumět občanskému *empowermentu* prostřednictvím intimacy a zasadit českou kontroverzi stran domácích porodů do kontextu evropské debaty o zdraví a medicíně (ibid.). Hned první výzkumný cíl, jímž byla snaha vytvořit empirickou evidenci o problematice domácích porodů, se věnovaly Anna Prospěch Durnová a Eva Hejzlarová. Výsledky svého výzkumu předložily v textu s názvem „*Domácí porody v Česku: motivace, důvody a názory žen, které rodily plánovaně doma (2015-2020)*“ (Durnová, Hejzlarová, 2021).

Práce pomocí kvantitativní výzkumné metody dotazníkového šetření mezi domácími rodičkami přináší do diskuse o domácích porodech statisticky zpracována empirická data o domácích porodech, což je na českém území zcela unikátní jev. Komplikovanost shromažďovat, a tedy pracovat s kvantitativními daty o domácích porodech je způsobeno z velké části formou zanášení informací o porodu do veřejných dokumentů (Vnitrová, Pařízek, 2018, s. 206) a jejich vyřazení z tradičního šetření českých statistických institucí.

Z šetření politoložek Durnové a Hejzlarové, které tvořilo celkem 642 dotazníkových odpovědí (Durnová, Hejzlarová, 2021, s. 1) vyšly závěry o preferencích, nespokojenostech a přesvědčeních domácích rodiček. Výsledky naznačují, že porod doma většinou preferují ženy s vyšším vzděláním (tamtéž, s. 4). Mezi základní motivace pro porod doma patří nespokojenost se stavem českých zdravotnických zařízení a zejména porodnic, s důrazem na znevažování kompetencí a schopností rodiček (tamtéž, s. 3). Druhým nejčastějším argumentem respondentek pro domácí porod byl způsob, jak „se v porodnicích k ženám chovají“ (celkem

86 % respondentek vybralo tento argument) (tamtéž, s. 6). Tento výzkum byl důležitým zdrojem pro tuto bakalářskou práci, statisticky vyhodnocené odpovědi byly totiž využity pro jednu část vlastního dotazníku k výzkumu.

Z medicínské perspektivy, tedy pohledu lékařů a zdravotnického personálu, je nejrozsáhlejší a zároveň nejaktuálnější pravděpodobně příspěvek Jany Vintrové a Antonína Pařízka do časopisu Česká gynekologie. Článek *Planned home births in the Czech Republic* z roku 2018 se věnuje zejména rizikům při domácích porodech a pomocí statistických dat reflektuje potenciální nebezpečí domácích porodů pro rodičku i dítě (Vintrová, Pařízek, 2018, s. 204). Tématu domácích porodů z medicínského hlediska se též ve svém textu věnuje Petr Křepelka (2018). Příspěvek s názvem *K bezpečnosti domácích a ústavních porodů* byl publikován též v časopise Česká gynekologie a jak již název napovídá, i v tomto textu se autor primárně věnuje tématu bezpečnosti a praktických dopadů jak na budoucí matku, tak narozené dítě při porodu v domácím prostředí. Oba články vychází ze statistických šetření různých zemí Evropy a Severní Ameriky, které využívají pro demonstraci zvýšené nebezpečnosti při plánovaných domácích porodech.

Česká gynekologie, recenzovaný časopis při Lékařské zdravotnické komoře České republiky též nese článek kolektiva autorů z minulého roku s názvem: „Domáce pôrody ako „právo“ pacientok v kontexte medicíny, legislatívy a judikatury súdov“ (2023). Autoři v něm uvádí problémy „trendu“ domácích porodů v ČR a na Slovensku. Na závěr můžeme zmínit články z jiných periodik, taktéž publikované v posledních letech: jeden byl vydán v časopise Česko-slovenská neonatologie. Pod názvem *Problematika plánovaných domácích porodů z pohledu neonatologa* (Staníková, 2022) autorka mapuje aktuální situaci domácích porodů v ČR a využívá komparativu s dalšími evropskými zeměmi. Tématu se věnuje výhradně z pozice neonatologa a v abstraktu píše, že se jakožto neonatoložka s dětmi porozenými plánovaně doma dostává do styku výhradně v situacích, které jsou pro dítě nebo matku ohrožující (tamtéž).

Druhý článek vyšel v časopise Central European Journal of Public Health, od autorů Křepelky, Velebila, Měchurové, Straňáka a Feyerisla, který se věnuje *Komplikacím domácích porodů v České republice mezi roky 2016-2017* (2020).

Autoři zde využívají v malé míře statistické informace ze zahraničí, ale zejména analyzují dopady domácího porodu skrze vlastní výzkum, pro který byl vybrán vzorek 45 pacientek s komplikacemi po domácích porodech (Křepelka a kol., 2020, s. 231-232). Závěrem jejich studie je oznámení, že ačkoliv jsou domácí porody v České republice minoritní záležitostí, jsou považovány za nebezpečné a vázané k zvýšené jak mateřské, tak novorozenecké morbiditě a

mortalitě (tamtéž, s. 235). České medicínské prostředí se nevěnuje problematice domácích porodů z akademické perspektivy natolik četně jako sociální vědy. Stojí nicméně za zmínku, že zejména v internetových archivech je možné nalézt nemalou část popularizačních rozhovorů (ve vícero podobách) s lékaři a lékařkami na toto téma. Validita pro tuto kapitolu takových rozhovorů je ovšem nepřímá, protože nepřispívá aktivně k prohloubení poznatků o plánovaných domácích porodech v akademické sféře. Tyto rozhovory tudíž zde byly vynechány.

Nelze opomenout závěrečné práce, které se tématem zabírají. Iva Štichauterová (2015) napsala diplomovou práci na téma portrétování domácích porodů v českých médiích, obdobně tak M.V. Cuřínová (2017), přičemž obě autorky se ve svých pracích zabírají výhradně mediální a obsahovou analýzou. Kvantitativní šetření s domácími rodičkami pro svou diplomovou práci provedla Marína Vlhová (2007), která ve svém výzkumu zjišťovala motivace domácích rodiček ke svému rozhodnutí rodit plánovaně doma. Ve výzkumu zahrnující 70 žen autorka zjistila, že valná většina rodiček považovala zážitek z domácího porodu za úžasný a naplňující (80 %) a 82 % porodů u dotazovaných proběhlo bez komplikací a totéž číslo, tedy naprostá většina, o domácím porodu za celý průběh těhotenství a následně ani při porodu neměla pochybnosti (Vlhová, 2007, s. 85-87).

Ve výše zmíněných akademických příspěvcích, které rozšiřují společenskou diskusi o plánovaných domácích porodech je dle mého vhodné zdůraznit totální absenci přítomnosti obou pohledů zároveň. To znamená, že v pracích týkajících se zdravotnické perspektivy kompilující názory a přístupy zdravotnických organizací, institucí a zástupců zdravotnických profesí, je zcela opomenuta zkušenost domácích rodiček a z hlediska argumentace jsou ve zmíněných textech využity výhradně zdravotnická data. Naopak v socio-kulturních pracích je opomenuta kromě základního historického exkurzu zdravotnická statistika a názory lékařů jsou předvedeny ve velmi zjednodušující podobě.

Výčet literatury a výzkumů není v žádném případě vyčerpávající a všeobsažný, cílem bylo pouze představit, v jaké podobě se na téma domácích porodů v české akademické obci nazírá a jaké momentálně dominují v problematice výzkumné zájmy, a to jak na straně sociálních a humanitních věd, tak na straně vědy lékařské.

3. METODOLOGIE

3.1. Typ výzkumu

Kvalitativní přístup byl pro práci vybrán z důvodu jeho hluboké tradice využívání při studiu člověka a jeho sociálního a kulturního chování (Agius, 2013, s. 204). Významný metodolog Creswell definuje kvalitativní výzkum jako „*Proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému...*“ (1998, s. 12 v Hendl, 2005, s. 48). Různost metodologických tradic je patrná i v přístupu, jakým se s daty pracuje, mísí se zde induktivní a deduktivní přístup (Hendl, 2005, s. 48) a analýza probíhá společně s výzkumem (tamtéž). Častým důvodem negativního vnímání kvalitativních metod výzkumu tkví v argumentaci, že získané výsledky z takového výzkumu nejsou zobecnitelné. Ačkoliv metoda nepracuje s tak vysokými počty vzorků jako kvantitativní přístupy, přináší relevanci pro širší uchopení problému v kontextu celé společnosti tím, že pro svůj výzkumný vzorek vybírá systematicky ze skupiny populace, která odpovídá vytyčeným charakteristikám, relevantní pro určenou výzkumnou otázku (tamtéž, s. 205). Jak uvádí Hendl (2005, s. 55), kvalitativní výzkum v otázce platnosti výsledků cílí na kontextuální porozumění, nikoliv zobecnění v tradičním slova smyslu. Tudíž cílem není zobecňovat a přinášet data relevantní pro co nejširší část společnosti, ale hlubinně pochopit zkoumanou skupinu či jev.

Kritika kvalitativního výzkumu se dotýká již zmíněné nezobecnitelnosti výsledků, často se též skloňuje přílišná angažovanost výzkumníka a tím pádem subjektivní interpretace, která je o to intenzivnější z důvodu jeho malé transparentnosti (Hendl, 2005, s. 50). Zejména z důvodu posledního bodu je vhodné na tomto místě zmínit etický kodex, v jehož souladu byla práce zpracovávána, a to zejména ve vztahu k získaným datům.

Evropský kodex integrity výzkumu, který v revidovaném vydání z roku 2017 vydala organizace ALLEA (All European Academies), jenž sdružuje Akademie věd mnoha evropských zemí, byl zásadním dokumentem pro zajištění integrity, transparentnosti a citlivosti při zpracovávání a uchování dat. Data, konkrétně nahrávky rozhovorů a jejich přepisy, včetně informovaných souhlasů jsou uchována na bezpečném místě v osobním archivu výzkumnice, opatřené heslem tak, jak si kodex žádá (ALLEA, 2017, s. 5). Všem účastníkům výzkumu bylo zajištěno co nejpříjemnější prostředí a byla jim umožněna možnost plné anonymizace v práci.

3.2. Metoda výběru respondentů a metoda sběru dat

Metoda výběru respondentů koresponduje s kvalitativně vedeným přístupem. Obě skupiny mají svá specifika a pro jejich poměrnou uzavřenost byla využita metoda sněhové koule, jedna z častých metod získávání dat, která zároveň poskytuje i jistou míru randomizace (Janiš, Kolaříková a kol., 2016, s. 21). Narátoři obou skupin umožnili pomocí svých kontaktů získat další potenciální účastníky pro výzkum, kteří korespondovali s charakteristikou základního výběru. Po rozšíření potenciálního výzkumného vzorku se v další fázi nesl výběr respondentů v duchu metody záměrného výběru, což je v případě původní metody sněhové koule poměrně obvyklá praxe (Miovský, 2006 v Janiš, Kolaříková a kol., 2016, s. 21). V záměrném výběru cíleně vyhledáváme účastníky výzkumu, kteří odpovídají vlastnostem souboru základního (tamtéž, s. 23).

Vlastnosti, které byly pro obě skupiny identifikovány, jsou následující: Pro zdravotnické profesionály bylo třeba, aby se jednalo o: *lékaře/lékařku se specializací v oboru úzce související s tématem výzkumu – gynekologicko-porodnické specializace, perinatologie a pediatrie s minimálně desetiletou zkušeností v oboru*. Pro domácí rodičky bylo třeba, aby měly *minimálně jedno narozené dítě doma v posledních třech letech*. Limitace metody sněhové koule lze identifikovat na základě toho, že výběrový soubor s vybranými narátory si je charakterově blízko a vybraní účastníci si mohou být podobní, což může výsledek práce zkreslovat. Tato limitace bude reflektována v závěrech práce.

Pro práci byla využita metoda sběru dat polostrukturovanými rozhovory v obou zkoumaných skupinách, tedy jak domácími rodičkami, tak zdravotnickými specialisty. Polostrukturované rozhovory umožňují z velké části obdobnou volnost, jako nestrukturované rozhovory (Bernard, 2005, s.212), ale zároveň využívají *interview guide* (neboli scénář rozhovorů), který je pro rozhovor výbornou „vodící nití“. Scénář ohraničuje témata rozhovoru, dává mu jasné instrukce a zejména v situaci, kdy rozhovor není možné zopakovat, umožňuje jak ze strukturovaného, tak nestrukturovaného typu rozhovoru využít pro výzkum to nejvhodnější (tamtéž). Zároveň je metoda polostrukturovaných rozhovorů vhodná pro vybranou analytickou metodu diskurzivní analýzy (která je více rozvedena v následující podkapitole) (Zábrodská, Petrjánošová, 2013, s.109).

Scénáře rozhovorů pro obě skupiny byly vytvořeny tak, aby si vzájemně komplementovaly v okruzích, které zahrnují. Oba scénáře disponovaly průvodní částí, kam bylo zařazeno představení a obecné informace o narátorovi/narátorce. U domácích rodiček byl kladen větší důraz na životní styl, postoj k víře a spiritualitě a vztah k přírodě. Oba scénáře disponují též

okruhem s otázkami, které se dotýkají tématu porodu obecně s cílem získání co největšího kontextu pro celou problematiku. Nejdlejší a nejvíce dominantní částí scénáře je okruh o domácím porodu, kam se řadí praktiky, zkušenosti, osobní postoj a jeho případný vývoj. Poslední část scénáře byla pro obě skupiny vytvořena protikladně, aby odpovědi na „hlavní argumenty a stereotypizace v debatě“, jak byl poslední okruh pojmenován, pomohly utvořit co nejpestřejší škálu ve skládačce perspektiv na celé téma domácích porodů a také to, jak se o něm v České republice dle dotazovaných vede diskuse.

Při tvorbě scénáře na rozhovory byla následována poučka o dotazování v polostrukturovaných rozhovorech – ptát se na jednoduché, přímé otázky na začátku a ke kontroverznějším se přesunout až posléze (Leech, 2002, s. 666). Pro přehlednost jsou modelové scénáře pro obě skupiny vloženy na konec práce, k nalezení jsou v příloze č. 1 a příloze č. 2.

3.3. Analýza dat

Jak píše Hendl (2005, s. 48), analýza i sběr dat probíhají v kvalitativním výzkumu simultánně. Analytický rámec byl pro bakalářskou práci vybrán tak, aby se výsledek práce co nejvíce přiblížil svému vytyčenému cíli, kterým je zodpovězení na výzkumnou otázku. Výzkumná otázka „*Jak přistupuje na území ČR k praxi domácích porodů zdravotnický personál a jak domácí rodičky*“ je položena s úmyslem možné interpretace získaných dat, nikoliv pouze jejich popisu. Z tohoto důvodu byla vybrána metoda diskurzivní analýzy. Jak píší Zábrodská a Petrjánošová „Volba diskurzivní analýzy je na místě, pokud v našem výzkumu předpokládáme, že realita je utvářena spíše, než reflektována“ (2013, s. 106).

Pro přehlednost je třeba definovat pojem diskurz, s kterým bakalářská práce hojně pracuje. Diskurz je velmi populární pojem, který je ale složité definovat a jeho definice se do jisté míry odvíjí od oboru, v kterém se využívá (Schneiderová, 2016 s. 23). Tato práce chápe diskurz po vzoru Krause, který vychází z přístupu Michaela Foucaulta (2007, s. 14). Je chápán jako „způsob uvažování a vyjadřování o něčem“ a to, co představuje celou řadou „vědění“ v daném komunikačním prostředí (tamtéž). Diskurz neodkazuje pouze k textu a pakliže jej chápeme skrze foucaultovská východiska, je určitým principem a pravidly pro vytváření určité skutečnosti (Schneiderová, 2016 s. 21).

Analytický rámec diskurzivní analýzy není jednotnou metodou. Jedná se o řadu interdisciplinárních přístupů, které se liší v postupech i východiskách (Zábrodská, Petrjánošová, 2013, s.105). Nejvíce známá je metoda Michalea Foucaulta, kterou autor rozvádí ve své knize

Archeologie vědění (Suk, 2004, s. 55). Diskurz pro Foucaulta neodvozujeme skrze kulturní nebo socioekonomické faktory, ale jedná se o charakteristiku diskurzu jako takového, který tvoří jeho vlastní vnitřní mechanismy (Schneiderová, 2016, s. 24). Foucaultovská diskurzivní analýza (FDA) má ve svém centru zájmu jistou „prediskurzivní realitu“ (Vávra, 2006, s. 10). Výpovědi a podmínky, za kterých jsou tyto výpovědi produkovány, jsou pro analýzu vedlejší, a naopak se zaměřuje na řád diskurzu, který umožňuje těmto výpovědím vzniknout (tamtéž). Foucault se obecně zaměřuje na „velké výpovědi“ a abstraktní diskurz (Vávra, 2006, s. 13-14), přičemž diskurz vnímá do jisté míry jako „autonomní“ a to, v jakém prostředí je diskurz konstruován a v kterém působí, je následek něčeho „ne-řečeného“, co nemůžeme nikdy zcela uchopit (Foucault, 2016, s. 41-42).

Ačkoliv tato práce pracuje metodologicky i teoreticky s ohledem na definici diskurzu z foucaultovské diskurzivní analýzy (FDA), pro analýzu dat je též využita metoda diskurzivní psychologie. Metodologické přístupy v rámci diskurzivní analýzy není neobvyklé propojovat, a navíc se jedná se o metodu, která má v praxi leccos společné metodou FDA (Zábrodská, Petrjánošová, 2013, s. 107), tudíž je toto metodologické propojení pro práci vnímáno jako vhodné. Diskurzivní psychologie přidává další perspektivu, umožňuje totiž zkoumat každodenní diskurz a v analýze se soustředit nejen na formulování vědění a distribuci moci, tak, jak nám představuje FDA, ale též na situační zázemí daného diskurzu, uchopení problému a analýzu pozice subjektu i vně diskurzu (Vávra, 2006, s. 11, 17).

Ve vztahu k tématu práce se tedy například na straně zdravotnických profesionálů nebude analytická část soustředit na definování medicínského diskurzu, ale zaměří se na konkrétní části výpovědí účastníků výzkumu (subjektů), které se mohou v tomto diskurzu pohybovat. Pomocí diskurzivní analýzy a zejména výše popsaných dvou analytických sub-typů bude možné výpovědi interpretovat, všimnout si funkce použití řeči, sdílených kulturních vzorců významů a potažmo jejich ideologických důsledků, které členové kultury využívají při konstrukci vlastní sociální reality (Zábrodská, Petrjánošová, 2013, s. 107).

4. Kontext problematiky plánovaných domácích porodů v České republice

Pro bližší pochopení problematiky domácích porodů v České republice je třeba představit roviny, v kterých o domácím porodu můžeme uvažovat, což je cílem této kapitoly.

V následující kapitole bude představen krátký historický exkurz do oblasti vývoje porodnictví v Evropě a zejména pak v českých zemích. Jednotlivé podkapitoly budou představovat vybrané

koncepty interpretativního rámce, které v antropologii a sociologii umožňují vztah k porodu a porodnictví racionalizovat a blíže pochopit. Na proces přerodu babictví v porodnictví bude nahlíženo skrze koncept profesionalizace zdravotnictví, zejména inspirovaný pracemi Daniely Tinkové. Další podkapitola se zaměří na princip medikalizace společnosti, včetně teorie biomoci od Michaela Foucaulta. Finální část kapitoly se bude snažit poskytnout přesah uvedených konceptů do současnosti a představí koncept genderovanosti porodu, který v souladu s použitou literaturou uvádíme ve vztahu s profesionalizací zdravotnicví a medikalizací porodu. Pojem genderovanost porodu vychází primárně z prací Emy Hrešanové.

Celá teoretická část představuje koncepty při antropologickém zkoumání lidské reprodukce (Hrešanová, 2012, s. 178-179), které využíváme pro pochopení proměn porodu a porodnictví z historické perspektivy, ale taktéž s ohledem na situaci dnes. Vybrané koncepty poskytují základní teoretické paradigma pro analytickou část práce.

4.1. Historický exkurz – vybrané koncepty

4.1.1 Od babictví k porodnictví: princip profesionalizace

Tato podkapitola se věnuje krátkému historickému exkurzu a má za cíl představit základní přelomové momenty, které měly na oblast porodnictví, dříve babictví z politického, sociálního a kulturního pohledu největší vliv. Jak už bylo uvedeno, rámcování tohoto přerodu vychází z prací historičky Daniely Tinkové. Je nutné dodat, že proměny související s modernizací společnosti lze uchopit různými způsoby a následující perspektiva na vybrané události je pouze jednou z možných interpretací reality minulosti.

Tinková ve své knize uvádí, že v období osvícenské Evropy se zásadně začaly projevovat vlivy vlády absolutistického státu, jehož cílem bylo rozšíření kontroly na své občany (2010, s. 96). Tyto kontrolní principy se pojí s termínem „profesionalizace“ (tamtéž, s.95). Na přelomu 18. a 19. století se začaly utvářet korpusy profesionálů řízené státem, přičemž právě proces profesionalizace tvořil jakýsi most od řemesla (které klade důraz zejména na praxi) k profesi (propojení praxe s hlubším pochopením a teorií) (tamtéž, s. 97). Profesionalizační proces zároveň směřoval ke zvýšení prestiže aktivit či řemesel, které byly doposud považovány za nižší (tamtéž). Porodnictví je z historického pohledu naprosto ukázkovým příkladem procesu profesionalizace (tamtéž). Již v polovině 17. století se můžeme setkat v některých z evropských zemí se snahou o zajištění institucionálního vzdělání porodních bab (Tinková, 2010, s. 110;

Lorenzová in Lochmanová, Soukup a kol., 2020, s. 59). Až později, v druhé polovině 18. století se v rámci profesionalizace porodnictví začíná usilovat o zavedení oblasti do medicínských oborů, pochopitelně studovaný muži (Tinková, 2010, s.124), kterou doprovází změna hierarchie a vzdělání v oboru babictví/porodnictví tak začíná vystupovat jako nejen žádoucí, ale nutné. V tomto období začínají do oblasti porodnictví vstupovat více muži: „tradiční ženský, babický element je stále více podřizován autoritě porodníka-muže“ (tamtéž). Většina mužských budoucích lékařů-porodníků je rekrutována z řad chirurgů, kteří i dříve, před založením kateder porodnictví, jako jediní muži přicházeli v krajních chvílích k porodu (Lorenzová in Lochmanová, Soukup a kol., 2020, s.63) a s porody měli alespoň základní zkušenost.

V Českých zemích probíhala profesionalizace porodnictví samozřejmě také. V druhé polovině 18. století se *chirurgia minor* (porodnictví) stává na Pražské univerzitě součástí standardního medicínského curricula (Tinková, 2010, s. 313), simultánně s postupným omezováním volnosti adeptek na porodnictví a institucionalizaci jejich oboru skrze povinné semestry na univerzitě a zkoušky (tamtéž, s. 311). Oproti zemím jako Itálie nebo Francie, kde profesionalizace porodnictví neprobíhala s významnějšími překážkami, se na našem území institucionalizované vzdělávání setkává se značnou nechtí ze strany budoucích porodních bab, což mimo jiné vyjadřovaly nedocházením na povinné kurzy a neskládáním zkoušek (tamtéž).

Největší „oříšek“ pro profesionalizaci porodnictví byl český venkov, kde měly porodní báby udělenou povinnost docházet k přezkoušení ke krajským chirurgům a fyzikům, přičemž neuposlechnutí této povinnosti bylo pokutováno (tamtéž, s. 436). Mezi venkovem a městy s Prahou v čele se začala zvětšovat propast v míře profesionalizace porodnictví, což mělo za následek mimo jiné rozdílné možnosti pro nalezení práce a finanční ohodnocení. Obecně lze říct, že adeptky na porodní báby, které absolvovaly své vzdělání na Univerzitě Karlově v hlavním městě, měly větší pravděpodobnost nalezení práce (tamtéž, s. 473).

Nelze tedy tvrdit, že by byl přechod z babictví na porodnictví jakkoliv lineární. Ačkoliv profesionalizace oboru započala v některých zemích Evropy už v 17. století a její hlavní rozptyl probíhal od poloviny století 18., a to včetně doprovodných aktivit jako např. zakládání prvních porodnic (tamtéž, s. 329), zejména na venkově přetrvávalo tradiční babictví až do 20. století (tamtéž, s. 519).

Z tehdejších statistik vyplývá, že ještě na začátku 20. století, tedy po vzniku institucionalizované porodnické péče v podobě klinik a ústavů, většina porodů probíhala doma. Jak uváděl ve svých ročních evaluacích porodník František Pachner: porodů v ústavní péči na území Čech proběhlo asi jen 1,5 % a na Moravě zhruba 2,5 % (Lorenzová in Lochmanová,

Soukup a kol., 2020, s. 53). Institucionalizace porodnictví se dotýká období, kdy se z řemesla porodní báby začíná stávat profese porodníka, ale nebylo tomu až do druhé poloviny 20. století, kdy se stala institucionální péče o těhotné a rodící obvyklou praxí.

4.1.2. Medikalizace společnosti v kontextu Foucaultovy Biomoci

Medikalizace společnosti a konkrétně pro tuto práci medikalizace porodu je termín, který je často uváděn v souvislosti s profesionalizací zdravotnictví, přičemž rozpuk obou jevů reprezentuje zejména období osvícenství a post-osvícenství. Medikalizace tak, jak ji chápou někteří zástupci sociálních věd, odkazuje k tendencím rozšiřovat lékařské pole do původně nelékařských oblastí každodenního života (Hrešanová, 2012, s. 182). Conrad píše, že pro medikalizaci je klíčovým aktem definování: „Medicinizace znamená definovat problém v lékařských termínech, použít lékařský jazyk k popsání tohoto problému, přijmout lékařský rámec k porozumění tomuto problému a užít lékařskou intervenci k jeho léčbě“ (1992, s. 211). Historicky, trend medikalizace „moderních společností“ mezi 18. a 20. stoletím propojujeme s rostoucí normativní mocí lékařů, doplněného o procesy odklonu od středověkých institucí (např. špitálů) k specializovanému prostředí, proměnu principu vzdělávání a zejména změny ve vnímání přirozených událostí v lidském životě, kam mimo jiné řadíme i porod (Tinková, 2014, s. 108-109).

Způsoby, jakými se skrze medikalizaci začal postoj k porodu v post-osvícenské proměňovat a jaký dopad to má na naši společnost dnes, budou předmětem následujících řádků. Ještě předtím je ale třeba uvést nástroje, které státní moc pro obecnou medikalizaci společnosti užívala.

Prvním represivním nástrojem, který v česko-rakouském prostředí medikalizaci ztělesňoval, byla tzv. medicínská policie (tamtéž, s. 110). Jednalo se o obor na pomezí osvícenské státovědy a medicíny, kam se řadila soukromá hygiena, prevence a ochrana veřejného zdraví (tamtéž). Již zde je možné nacházet snahy o kontrolu nad společenským zdravím a samotné uvědomění toho, že zdraví lze vnímat i kolektivně – idea, která nás přivádí k Foucaultově teorii *biomoci*. Teorie odkazuje k mechanismům, které se používají k disciplinaci individuálního i sociálního těla, jejímž terčem je kultivace života (Parusniková, 2000, s. 133).

Foucault píše, že moc nad životem se od 17. století rozvíjela ve dvou směrech, které tvořily dva základní vývojové póly: první pól vnímá tělo jako stroj, se snahou o kontinuální zvyšování jeho schopností, trénování a souběžný růst užitečnosti a poslušnosti (Foucault, 1999, s. 162). Typickým příkladem pólu „tělo jako stroj“ může být například armádní výcvik. Druhým pólem je ta moc, která se úzce váže k medikalizaci společnosti a následně i k ovlivňování porodnictví

a porodů. Tento pól se soustředí na tělo-prostor, na tělo „prostoupené mechanikou živého a sloužící jako podklad biologických procesů: plodnosti, porodnosti a úmrtnosti, zdravotního stavu, dlouhověkosti se všemi podmínkami, které na ni mohou mít vliv; jejich působení je vykonáváno celou sérií intervencí a regulativní kontroly – bio-politika populace“ (tamtéž). Foucault taktéž zmiňuje, že *biomoc* můžeme obecně chápat jako „kontrolované zapojení těla do aparátu produkce a přizpůsobení fenoménu populace ekonomickým procesům“ (Foucault, 1999, str. 14). Ačkoliv se v této části práce nebudeme věnovat konkrétně ekonomické rovině biomoci, kontrolní a disciplinační praktiky státu, které jsou níže rozvedeny, s teorií korespondují a pomáhají dotvořit obraz o proměnách porodnictví a porodu, který je hlavní výzkumnou oblastí této práce.

Klíčových trendů medikalizace v historické Evropě, které lze sledovat v tandemu s Foucaultovou biomocí, je hned několik. Obecně se jedná o strategie v rámci medicínského „pole“ obrácené 1) vně a 2) dovnitř (Tinková, 2014, s. 111). Mezi strategie obrácené „dovnitř“ řadíme monopolizaci, etatizaci a hierarchizaci, zatímco strategie obrácené „vně“ byly primárně vedeny skrze prevenci (tamtéž). Již zmíněný nástroj definování lze nalézt ve všech těchto kategoriích, ale zejména ve strategiích orientované „vně“ se s pomocí příruček, učebnic, standardizovaných postupů a nastavení ukázkových procesů v lidském těle začala ustanovovat škála toho, co pro člověka a jeho tělo je, a co naopak není „normální“.

Strategie orientované „dovnitř“ jako etatizace a hierarchizace probíhala zejména spojením státní moci a medicíny. Medicínská agenda byla shromažďována v centrech dle geografické příslušnosti, taktéž univerzity se staly prodlouženou rukou státu, fakulty včetně té lékařské byly podřízeny tzv. *úřadu studijního direktora*, který byl součástí státní správy (tamtéž).

Další forma medikalizace byla vedena pomocí zajišťování monopolu zdravotnických institucí. Na našem území se jednalo zejména o univerzity, které zastávaly funkci veřejného ochránce zdraví, vystupovaly jako garanti lékařského vědění a praxe, standardizace a následně i v předešlé subkapitole zmiňované profesionalizace zdravotnických profesí (tamtéž, s. 112). Státní správa nově začala být přesvědčena, že aby její společnost byla zdravá, musí na ni někdo dohlížet. Instituce díky propojenosti se státní mocí získaly naprostou kredibilitu a dlouholetá praxe tradice, rodinné dědění profesí (porodní báby jsou pouze příkladem z mnoha) a propojení člověka s přírodou začaly být vytlačovány monopolními aktéry se státním požehnáním a vodopádem publikací, které gramotné části společnosti představovaly „poslední poznatky vědy“.

Strategie směřované „vně“ měly ustanovený zastřešující cíl: prevenci společnosti. Trend prevence úzce souvisí s rozpuštěm hygieny, očkování a vědy o zdravém životním stylu (Tinková, 2014, s. 113). Úlohou těchto strategií bylo jednak zajištění zdraví a rozkvětu *veřejného těla* (Foucault, 1999 s. 162-163) a zároveň zavedení preventivního chování v rovině osobní, známé pod termínem „medikalizace osobního života“ (Tinková, 2014, s. 113). Medikalizací osobního života máme na mysli aktivity státu a jeho podřízených větví s cílem disciplinace osobního života po stránkách životosprávy, zásad odívání, zavedení povinné schopnosti poskytování první pomoci, ustanovení doporučujících postupů pro ženy v období menstruace, těhotenství, porodu nebo při výchově dětí (tamtéž). Medikalizace společnosti ve svém nejintenzivnějším období tudíž prostupovala nejen veřejným životem ve státní správě a akademické sféře, ale roli hrála i v životech jedinců. V osvícenském a post-osvícenském období Evropy propojení profesionalizace zdravotnictví a medikalizace společnosti přinesla revoluční myšlenky i v konkrétních oblastech medicínské praxe, mimo jiné porodnictví. Zvrat ve vnímání ženského těla a období těhotenství a porodu mělo za následek řadu normativních i praktických změn, jejichž důsledky jsou čitelné v medicínském řádu i dnes.

Součástí osvícenského přístupu, který prosazoval institucionalizovaný porod, tedy porod probíhající v porodnici pod dohledem zdravotnického personálu, měl dle některých výzkumníků vícero úloh. Jednalo se o zajištění bezpečí pro rodičku a dítě, ale jakožto jeden ze zásadních přechodových rituálů v životě ženy měl institucionální porod novou matku také učit kulturním standardům a hlavním pilířům společenského přesvědčení, kterým bylo mimo jiné nadřazené postavení lékařů-odborníků (Davis-Floyd, 1999 v Fox, Worts, 1999, s. 331).

Ačkoliv je institucionalizovaný porod v mnoha zemích stále naprosto dominující praxe, od 60. a zejména 70. let se objevuje kritika přílišné medikalizace porodu (Hrešanová, 2012, s. 183). Kritika nejen institucionalizovaného porodu, ale medikalizace oblasti ženského reprodukčního zdraví je slyšet jako ozvěna v rozmanitých společenských a kulturních hnutích a akademické sféry i dnes. Někteří vnímají, že nejen porod, ale menstruace nebo menopauza jsou podrobovány podrobnému lékařskému dohledu a z normálních procesů ženského těla se stává subjekt nutný lékařské péče.

V ten moment se žena z aktivní pozice posouvá do pozice pasivní – pacientky, zkoumaného „objektu“. Toto jednání s ženským tělem z „medicínského hlediska“ může mít za následek odtrhnutí ženy od vlastního těla (tamtéž, 182-182) a ubírání ženské autonomie. Nesouhlas s takzvaným medicínským diskurzem v oblasti ženského reprodukčního zdraví je v dnešní době

těž součástí argumentačního repertoáru pro hnutí a jedince, kteří u nás podporují možnost plánovaného domácího porodu (např. viz *Analýza současného stavu v porodnictví s ohledem na postavení porodních asistentek a možnosti svobodné volby žen*, Hořejší pro UNIPA, str. 6). Dle kritiků vnímá zdravotnický personál porody jako nebezpečné a do jisté míry i nemoc, kterou je třeba léčit, čímž disciplinuje ženská těla skrze nutné, povinné a preventivní zásahy pro jejich údajné bezpečí (Martin, 2003, s. 55). Pozice zdravotnického systému jakožto disciplinačního orgánu souvisí též s principem Foucaultovy biomoci, která na disciplinaci jak kolektivního, tak individuálního těla lpí ve snaze o celospolečenské „zlepšení“. Tento trend je více rozveden v kritickém konceptu genderovanosti porodu, který vkládá do rovnice debaty o porodnictví a porodu pozici genderu.

4.1.3. Genderovanost porodu jako důsledek medikalizace porodnictví

Genderovanost porodu odkazuje k jevu, který vychází z premisy, že porod není čistě ženská záležitost, protože neexistuje jako izolovaný biologický proces, ale zejména z pohledu společenských věd představuje proces sociální (Hrešanová, 2012, s. 178). Jak bylo představeno výše, porodnictví, oblast lékařství, která se porodem zabývá, se od 18. století začala skrze profesionalizaci a následnou medikalizaci společnosti dostávat do rukou téměř výhradně mužským lékařům. Vstup do oboru porodnictví, obdobně jako do ostatních lékařských profesí byl ženám odepřen, čímž započal trend maskulinizace lékařství, který v mnoha evropských zemích a v Severní Americe přetrvává doposud (tamtéž, s. 179).

V kontextu proměn tradičních postupů u porodu a přerušení zavedených zvyklostí se zhruba od poloviny 20. století, a zejména pak od 70. let setkáváme s novou normou: budoucí otcové jsou přítomni u porodu (Odent, 2009, s. 188). Periodizace této praktiky se odráží primárně od Spojených států, v jiných zemích byla samozřejmě časovost odlišná. Například v Rusku se westernizace objevuje tento trend až počátkem 21. století (tamtéž). Tento fenomén je obecně znám pod pojmem *maskulinizace porodu* a v kontextu genderovanosti porodu odkazuje k rozšiřujícímu se trendu přítomnosti mužů u porodů jak v pasivních (budoucí otcové), tak aktivních (porodníci) rolích.

Tato proměna ryze ženského prostředí pro porod z dob babictví přes domov na lékařské sály, a tím pádem proměna prostředí nejen v oblasti „kde“, ale také za doprovodu „koho“ porod probíhá, tvoří inspiraci pro kritické teorie antropologie a sociologie, které poukazují na širší dopady této transformace.

Karin A. Martin ve své zásadní publikaci *Giving birth like a girl* popisuje, jak internalizované „gender technologies“ utváří dominující socio-kulturní sílu pro ženy i při porodu. Prostředí dominované muži je pro rodící ženy z důvodu disciplinace skrze socializaci, ale také díky jejich vlastní internalizaci genderu místo, kde jsou nuceny k performanci vlastního ženství, a to i přesto, že při porodu je jejich pohlaví (sex) naprosto zřejmé (Martin, 2003, s. 57–59). Žena je tak v přístupu genderovanosti porodu vnímána v pozici, kde je skrze socializační i subjektivně integrovaná pravidla vybízena k dodržování zvyklostí v chování a jednání, které jsou všeobecně přijímány pod hlavičkou „feminní“. Již zmíněná maskulinizace porodu tomuto nastavení přispívá. Tato povinnost rodící ženy držet si své „feminní“ já i při porodu je umocňováno pozicí, do které se při porodu instalují/jsou instalováni muži; díky snadno dostupným materiálům v podobě pouček a příruček je muž při porodu své ženy instruován do pozice lídra, podpory, trenéra. Tudíž i v prostředí s nezpochybnitelnou dominancí ženy se utvrzuje patriarchální, tradicionalistický řád rozdělení genderu (Rothman, 1982 v Martin, 2003, s. 58). Hrešanová ve své práci (2011) představila kvalitativní studii s rodičkami, které mimo jiné hovořily o genderových normách v porodnici na příkladech nároků personálu a poukazovaly na genderovanost porodu v praxi. Ženy ve svých výpovědích zmiňovaly očekávání personálu, že nebudou „hysterky“, ale naopak empatické, úslužné, nesobecké a nebudou své nároky příliš prosazovat (Hrešanová, 2011, s. 67). V tomto ohledu se tedy čeká, že budou naplňovat očekávání pro chování klasicky přisuzované genderu ženy. Tradiční rozdělení gender rolí je též čitelné v již zmiňované medikalizaci porodu, která úzce souvisí s nastoupivším medicínským diskurzem od 18. století. V období pozdního osvícenství se procesy ženského těla skrze tuto systematizovanou medikalizaci akcentují v konstantní blízkosti nemoci, čímž se otvírá možnost pro důraznější zdravotní dohled nad ženským tělem. Žena je zranitelná, „revoluce“ ženského těla v podobě šestinedělí, porodu nebo menstruace jsou patologie, které k stavu nemoci ženu konstantě přibližují (Tinková, 2010, s. 515). Je možné argumentovat, že protnutí medicínského diskurzu, profesionalizace zdravotnictví a maskulinizace porodu dohromady utváří nastavení, v kterém genderovanost porodu probíhá a v němž se vyžívá.

Jedná se o fenomén, který nám ukazuje, že ani jeden ze základních biologických procesů člověka není možné vnímat ve vakuu, odtržený od historie, kultury, společenského řádu nebo politicko-náboženské dominující teze. Naopak v sobě snoubí kritiku medikalizace porodu, hovoří o mocenském diskurzu biomedicíny a v neposlední řadě vnímá porod jako akt kultury. Kultura může porod tvarovat, konstruovat, a dokonce se dotýkat tělesnosti a ženských, rodících těl, což je momentálně jedním z vůdčích výzkumných trendů v sociálně-vědním výzkumu

genderu (Hrešanová, 2012, s. 181). Kultura je nesmírně důležitý rozměr v určování správných a špatných praktik a postupů při porodu. Příkladně se může jednat o kulturně podmíněný zákrok epiziotomie (tamtéž), ponechávání či odstřihávání pupeční šňůry, již zmiňovaná přítomnost otce u porodu (tamtéž), nebo samotné místo porodu, kterému se věnuje tato bakalářská práce. Ačkoliv gender není stěžejním tématem této bakalářské práce, je důležité vnímat jeho roli v porodnictví a porodu, protože ovlivňuje, jak o porodu přemýšlíme a jak porod vnímáme v kontextu našeho socio-kulturním prostředí. V neposlední řadě se prezentuje, obdobně jako principy medikalizace a profesionalizace porodu ve vybraných diskurzivních praktikách, ve výpovědích narátorů a narátorek vlastního výzkumu práce.

4.2. Legislativní rámec pro domácí porod

Legislativa, která by přímo upravovala podobu, formu a zákonnost domácího porodu v České republice neexistuje. Hierarchicky nejvýše upravuje práci zdravotnických pracovníků Zákon č. 372/2011 Sb. známý jako *Zákon o zdravotních službách*. V tomto zákoně se nachází formulace, která je častým argumentem soudů, které rozhodují v neprospěch porodní asistentky v případě, že je souzena za vedení domácích porodů (Biskup, 2023). V §10, který se věnuje poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta je uvedeno: „V rámci zdravotní péče podle odstavce 1 lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení.“ (z. č. 732/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Odstavce 1 a 2 z citace odkazují k paliativní, pečovatelské a rehabilitační službě, přičemž do žádné z nich porod nezapadá. V nedávném soudním sporu s porodní asistentkou, které byla uložena pokuta sto tisíc korun, Nejvyšší správní soud (NSS) v Brně argumentoval právě touto zákonnou úpravou (Biskup, 2023). Jedná se o zákon, který v teorii může limitovat poskytování péče porodních asistentek v domácím prostředí při probíhajícím porodu. Zároveň je třeba dodat, že právo a právní předpisy jsou subjektem k interpretaci, tudíž rozhodnutí NSS je pouze ilustrativním použitím daného zákona ve výkladu, a nikoliv jeho jasně danou definicí.

Dalším důležitým dílem právní úpravy je vyhláška Ministerstva zdravotnictví: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. Pátý odstavec vyhlášky a následně hlava III vyhlášky vymezují činnosti porodních asistentek, včetně možnosti vést fyziologický porod (§5 f) vyhlášky č.55/2011 Sb.). Tato vyhláška je ale na základě hierarchie právních úprav v České republice podřízena zákonům, tudíž „možnost vést

fyziologický porod“ samozřejmě nelze vnímat bez limitů, který v hypotetické situaci může představovat např. uvedený *Zákon o zdravotních službách*.

Při zjišťování pozice domácího porodu v českém právním řádě je též možné pracovat s částmi občanského zákoníku, který odkazuje na právo svobodné volby člověka a jeho rodiny ve všech osobních záležitostech: „Každý má přirozené právo brát se o vlastní štěstí a štěstí jeho rodiny nebo lidí jemu blízkých takovým způsobem, jenž nepůsobí bezdůvodně újmu druhým.“ (§ 2900 z. č.89/2012 Sb., občanský zákoník ve znění pozdějších předpisů). Stejně jako u výše uvedených předpisů se i zde setkáváme s problematikou výkladu, protože *štěstí* je subjektivní pojem (Jedličková, 2019).

V roce 2013 se k problematice domácích porodů vyjádřil Ústavní soud (ÚS), který ve svém nálezu částečně ze zákona č. 89/2012 sb. vycházel: „Tato svoboda, jejíž součástí je i svoboda v osobních věcech, které člověk činí, je doprovázena určitou mírou přijatelného rizika. Právo na svobodnou volbu místa a způsobu porodu – z hlediska rodičů – je limitováno jen zájmem na bezpečném porodu a zdraví dítěte. Tento zájem však nelze vykládat jako jednoznačnou preferenci porodů ve zdravotnických zařízeních.“ (Nález Ústavního soudu ze dne 24. července 2013, sp. zn. I. ÚS 4457/12). Ačkoliv pro některé nebyla argumentace ÚS dostačující, nález byl pro právní legitimitu domácích porodů v České republice zásadním. Nálezy Ústavního soudu jsou u nás konečné, nelze se proti nim odvolat, jsou závazná pro osoby i orgány a má se s nimi zacházet jako s precedenty (usoud.cz, 2013).

Lze se domnívat, že v právní perspektivě předmět legality samotného aktu plánovaných domácích porodů není přímo rozporuplný do chvíle, dokud zde není zahrnuta pozice porodní asistentky. Skutečnost, že žena z právního hlediska *není povinna* rodit ve zdravotnickém zařízení neumožňuje legální asistenci porodní asistentky u domácího porodu. Z tohoto důvodu se poznámka ÚS k limitaci domácího porodu ohledně „zájmu na bezpečném porodu a zdraví dítěte“ stává přinejmenším komplikovaná a vytváří špatně čitelné právní prostředí pro plánované domácí porody, domácí rodičky, ošetřující lékaře, pediatry, a zejména porodní asistentky.

Tato nejasnost je reflektována hned v několika případech z posledních let. Například na jaře minulého roku Krajský soud v Plzni rozhodl ve prospěch porodní asistentky na základě její správní žaloby proti pokutě, který asistence za doprovod u plánovaných domácích porodů udělil již zmíněný Nejvyšší správní soud v Brně, a kterou podpořilo též Ministerstvo zdravotnictví (Hořejší, 2023). V posudku, který přijal odvolání porodní asistentky proti udělené pokutě mimo

jiné zaznělo: „Nelze než uzavřít, že pokud se žena rozhodne pro porod v domácím prostředí, pak přítomnost porodní asistentky, která je odborně způsobilá v oboru zdravotnické péče o rodičku a novorozence, snižuje, nikoliv zvyšuje míru rizika, která je každému porodu přítomná, a současně tím přispívá k ochraně zájmu společnosti na zdraví a životě rodiček a novorozenců u domácího porodu, a takový zájem nepoškozuje.“ (Kubíčková, 2023). Soud dále dodal, že porodní asistentka nepřekračuje své kompetence, když asistuje u domácího porodu a prolomil tak všeobecný právní úzus trestání porodních asistentek, které u porodů doma asistují.

V případech z dřívějších let tomu tak ale vždy nebylo. Můžeme zmínit proces známý případ porodní asistentky Ivany Könismargové, která čelila odsouzení za spáchání trestného činu ublížení na zdraví, když u domácího porodu, který vedla, zemřelo dítě (ČTK, 2011). Oprávnění vést domácí porod bylo Krajským úřadem v Moravskoslezském kraji též odmítnuto porodní asistence, která podávala žádost v minulém roce – situace, která také vedla k soudnímu řízení (ČTK, 2023).

Zásadní změnou v problematice přítomnosti porodních asistentek u plánovaných domácích porodů bylo již uvedené rozhodnutí Krajského soudu v Plzni, ke kterému se mimo jiné vyjádřil právník Unie porodních asistentek (UNIPA), Richard Hořejší, následovně: „Krajský soud v Plzni, poprvé v historii naší moderní demokracie, otevřel cestu k tomu, aby si každá žena mohla svobodně zvolit místo porodu a dostalo se jí odborné profesionální služby porodní asistentky, která jí může poskytnout péči bezpečně a bez trvalého pocitu ohrožení. Soud odmítl paternalismus a patriarchát a přiblížil nás k evropským hodnotám svobody a rovnosti“ (Hořejší, 2023).

Zároveň je důležité podotknout, že ani na nadnárodní úrovni nepanuje shoda ohledně plánovaného domácího porodu, což je zřejmé i na velmi odlišném legálním rámcování plánovaných porodů doma v jednotlivých zemích Evropy. Dle WHO (Světové zdravotnické organizace) je domácí prostředí bezpečnou volbou pro místo porodu (WHO, 1991, s.13), zároveň Velký senát Evropského soudu pro lidská práva ve svém vyjádření k dalšímu českému případu z roku 2016 uvedl, že „Evropské země nemají v otázce domácích porodů jasno“ (ČTK, 2016) a téhož roku odepření porodu doma dvou stěžovatelek z České republiky neuznal jako pomýlené (tamtéž). Advokátka jedné z žen, které k Evropskému soudu podaly odvolání uvedla, že tak bylo rozhodnuto s úmyslem, že český stát porodní péči sám od sebe zlepší. Ve své odpovědi pro Českou televizi řekla: „Soud vyzval Českou republiku ke zlepšení systému

porodní péče tak, aby reflektoval vývoj v oblasti práva, medicíny a vědy,“ (Cangliota, 2016 v ČTK, 2016).

Je otázkou, zda Ministerstvo zdravotnictví bude dále pracovat na koncepci péče o matku a dítě (ČTK, 2023), která by měla do budoucna ujasnit právní situaci o domácích porodech. Zatím nezbyvá než doufat v lépe čitelné odpovědi a pravidla české justice ohledně práv a povinností porodních asistentek, míry svobody rodičky a odpovědnosti za zdraví dítěte u plánovaných domácích porodů tak, aby právní úprava korespondovala s ústavními svobodami jednotlivce, a zároveň aby bezpečí dítěte a matky nebylo ohroženo. Je zřejmé, že se nebude jednat o lehký úkol.

5. ANALYTICKÁ ČÁST

V analytické části bakalářské práce budou představeny výsledky vyhotoveného výzkumu. Jak již bylo uvedeno, výzkum byl založen na polo-strukturovaných rozhovorech s domácími rodičkami a lékaři/lékařkami z perinatologických oborů. V první kapitole a následných subkapitolách budou představeny kategorie diskurzů, základního analytického konceptu metod diskurzivní analýzy a diskurzivní psychologie (Zábrodská, Petrjánošová, s. 112).

Primární snahou je zodpovědět na hlavní výzkumnou otázku práce: „*Jak přistupuje na území ČR k praxi domácích porodů zdravotnický personál a jak domácí rodičky?*“.

Je nezpochybnitelné, že výzkum nemá šanci otázku plnohodnotně zodpovědět a zajistit zobecnitelné výsledky, ale spíše za pomoci vybrané analýzy blíže pochopit uvažování, argumenty a perspektivy vybraných narátorů a narátorek. Citace ve všech diskurzivních kategoriích jsou vybrány ilustračně, pro určení diskurzivních kategorií jich bylo v prepisech rozhovorů identifikováno větší množství, nicméně pro přehlednost je výčet citací limitován.

5.1. DISKURZIVNÍ KATEGORIE U DOMÁCÍCH RODIČEK

5.1.1. Diskurz kritizující systém a Diskurz kontra biomedicínské dominance

Jak již název napovídá, první identifikovaná kategorie diskurzů u domácích rodiček se zaměřuje na postavení narátorek kontra biomedicínskému „systému“. *Biomedicínský* v tomto kontextu odkazuje na termín, který je všeobecně využíván jakožto zastřešující název pro „západní profesionální medicínu“ (Gaines, David-Floyd, 2004, s. 2-3). Biomedicína mimo jiné představuje daný hierarchický řád a rozdělení práce a pravidel jak v sociálních, tak klinických

podmínkách (tamtéž). Biomedicína má ve svém centru lidské tělo, které může být vnímáno jakožto „konstrukt biomedicínské kultury“ (Foucault, 1975 v Gaines, David-Floyd, 2004, s. 3).

Hlavním orientačním bodem pro utváření této diskurzivní kategorie bylo opoziční postavení narátorek vůči „systému“. Systém nebyl v žádném z rozhovorů přímo definován, ale často byl implicitně stavěn do pozice jakéhosi živého organismu s konkrétními charakteristikami a jednáním, dominantní silou, vůči které je třeba se vymezit. Jednalo se o slovo, které se ve všech výpovědích často objevovalo. Doprovodnými motivy při rekonstrukci střetů se „systémem“ byly potřeba se bránit, pocit nepříjemnosti, nedůvěra nebo též zmiňovaná „absurdita“ některých procesů a jednání, které v nemocnicích probíhají. V názvu jsou obsaženy dvě diskurzivní kategorie, ale ve výpovědích narátorek lze identifikovat jejich příbuznost. Všeobecně by kategorie mohla nést název „diskurz kontra biomedicínské systémové dominance“, nicméně je nutné respektovat nuancovanost jednotlivých výpovědí a z toho důvodu jsou rozděleny. Kategorie je tématicky i obsahově nejširší; snoubí se v ní pocity podřazenosti vůči institucím a dominantnímu názoru a kritika systému, která je doprovázena často empirickými zkušenostmi a obecný étos proti-pozice.

Diskurz kritizující systém

Narátorka J.R.P. zmiňuje, že se pro porod doma rozhodla protože *„nechtěla bezhlavě poslouchat systém“* a ve vztahu ke svému prvnímu porodu, který probíhal ambulantně dodala, že *„systém často ženy schroustne, a proto je potřeba mít s sebou ten živý štít. Třeba tu asistentku, manžela nebo partnera nebo kamarádku“*. V rozhovoru také zaznělo, že *„ten systém to tak má nastavený, že se rodí jinde a mně to přijde nesmyslný“*. Obdobně reagovala narátorka J.M., která měla taktéž zkušenost s ambulantním porodem, která zmínila, že *„je vlastně strašně těžké vůbec pro tu ženu něco argumentovat nebo se nějak dohadovat, jak něco chce, bojí se a má pocit, že vlastně vůbec nic nemůže v ten moment říct“*.

Narátorka E.B. explicitně zmiňuje: *„já asi prostě obecně nemám tak silnou důvěru v doktory“* a rétoricky se ptá, *„jestli je ten systém v týhle společnosti dobře nastavenej“* a dodává, že jí vadí, jak *„ten systém k porodu přistupuje a taky mi vadí, že si ho (dítě) ten systém hned nárokuje“*. V závěru rozhovoru také dodala, že by *„doktoři neměli rozhodovat, co je pro každé dítě správné“*.

Narátorka T.R. zmínila, že typickou tradicí u plánovaných domácích porodů je *„o tom nemluvit“*, což přiřadila jako důsledek tomu, že institucionální zdravotnictví v ČR je

„nepřátelskej systém“. Ve své argumentaci pro rozhodnutí nerodit v ústavním zařízení, zmínila, že tím, *„jak je teď český porodnictví nastavený skrze procesy jako je měnění směn, zrychlování porodu, vyvolávání porodu, řešení, kdy ten porod má stejnej termín a potom se vyvolává a furt se mění doba, jak se může čekat, jak se čekalo před deseti lety a je to vlastně vymyšlený celý nebo mi přijde jako že to je spíš, aby to bylo komfortní pro ten systém“*.

K otázce věnované vztahu mezi českým zdravotnictvím a domácími porody narátorka J.R.P. reagovala následovně: *„Protože ten systém kterej se tady jako holedbá tím, jak to má děsně pod kontrolou a my ženy co rodíme doma jsme nějaký bláznivý lesany co tady rodíme v chatrči – tak přesně tenhle systém není schopný ženě pomoci v tomhle období (období šestinedělí). Řešte tohle třeba! To, že ženě nastanou v tomhle období třeba dost silný problémy už nikoho nezajímá: hlavně rodte v porodnici. To mi přijde prostě úplně jako bizarní, že si snaží držet otežte něčeho a ujždí jim vlak někde úplně jinde“*. Narátorka taktéž v odpovědi na otázku, která původně směřovala k vnímání vlastního těla dodala, že fyziologicky, tedy „přirozeně“ porodila v porodnici při svém prvním porodu nikoliv díky nemocnici a „systému“, ale jemu „navzdory“. Ve výše uvedených výrociích, lze identifikovat, že narátorky vnímají „systém“ jako autonomně existující entitu, která něco dělá, nastavuje, nějak jedná. Je vnímán unifikovaně a pohlíží se na něj kriticky, zároveň jej nejde snoubit s rozhodnutím rodiček plánovaně rodit doma.

Diskurz kontra medicínské dominance

V následných výpovědích J.M. a J.R.P., žen, které mají zkušenost jak s ústavním, tak domácím porodem, lze vyzpozorovat z rekonstrukcí vlastních prožitků negativní konotaci vůči standardizaci, která je v institucionálním zdravotnictví zavedena. Identifikuje se tak další motiv, který vystupuje kontra dominanci biomedicíny. Narátorka J.M. zmínila zkušenost z nemocnice a pocity, které v ní tato zkušenost vyvolala. Je citelné, že žena vnímala zdravotnický personál v instituci jako entitu, která znevažuje její postavení jako matky: *„Uvědomila jsem si, že si musím XX víc chránit, prostě aby mi ho nevzali... on tam řval, tak jsem se koukala, co se děje, byla tam nějaká paní, která to musela dělat už dvacet roků určitě, bylo to jak s gumou kdyby házela...převlíkali mi ho, protože já jsem přece prvoroďička a nevím, jak na to“*.

V rekonstrukci své zkušenosti s ambulantním porodem též zmínila, že oddělení šestinedělí v jedné z nejmenovaných nemocnic nebylo „vůbec příjemné“: *„Šla jsem se osprchovat, protože oni strašně naléhali ať se hned osprchuji, mně se ještě nechtělo, protože právě dorodíte a oni vás ženou do sprchy, navíc tam musí být nějaká paní která na vás kouká, jestli sebou nesecknete, takže tam musíte všechno domluvit no a pro mě to bylo tedy hrozné sci-fi (smích)“*.

Taktéž kriticky reflektovala situaci při porodu, v které ji místní porodní asistentka zamítla rodit v poloze, jak si přála (na žíněnku ve stoje): „...*tak jsem si lehla na záda což mi ten porod samozřejmě ztížilo, takže byl potom nástřih hráze, protože mi vysvětlovali že bych se jinak roztrhala a všichni by v podstatě umřeli – no a co má žena v tu chvíli udělat, když tam není žádná podpora a neměla jsem komplexní informaci a ani asi jenom odvalu říct, že se neroztrhnu. Protože tam je někdo, komu máte vlastně věřit a kdo má vám k tomu porodu pomoci, ale já jsem přesvědčena o tom, že by ten nástřih nebyl potřebný, kdybych rodila v poloze, v které jsem chtěla*“.

Obdobný zážitek měla J.R.P.: „*Místní asistentka mě ona ze své pozice začala štelovat, jak budu rodit, poslala mě do té velké místnosti, kde bylo světlo, bylo to takový celý jako ne peliškový – jako člověk potřebuje – a tohle bylo všechno obráceně a začala mi říkat v jakých polohách mám rodit a já jsem se nechala takhle jako štelovat, protože mi to přišlo přirozený a normální, protože já přece nevím a ona ví ...*“.

V rámci kritického nazírání na standardizované postupy a metody biomedicíny další narátorka zmínila: „*No já si nedovedu představit, že bych rodila v té “standardizovaný poloze”...to je jako u gynekologa... a i tam se cítím nepříjemně. Jak porodit v té poloze, to fakt nevím (smích).*“

Narátorka T.R. ve svém vztahu k biomedicíně řekla: „*Mně přijde, že to porodnictví hraje hodně na tu notu patologii a možnejch problémů a mně přijde, že ten porod je hodně jinde než jakákoliv jiná nemoc a prostě to spolu nekoresponduje. Že ty služby, který se nabízí v té nemocnici prostě jdou úplně mimo přirozenýho porodu a to, že by mohl u toho bejt problém je prostě malá šance.*“

Ačkoliv je zde stanovena důvěra „k systému“, stále je doplněna slovem „vcelku“, které představuje jistou míru rezervy oproti plnohodnotné důvěře ke zdravotníkům. Narátorka J.M. mi sdělila, že kategorizaci ústavního porodu jakožto jediného správného a to, že dle některých aktérů je nebezpečí porodu domácího mnohonásobně vyšší, vnímá jako „*absurdní*“. Ve svém dovětku na konci rozhovoru také zdůraznila, že „*porod není patologie*“, což bylo sekundováno též narátorkou J.R.P., která dodala, že „*porod nemá s nemocí nic společnýho, což je právě ten divnej úhel pohledu, co tady v Čechách máme.*“ Další narátorka mi řekla, že díky předporodním kurzu u jedné z komunitních porodních asistentek pochopila, že „*porod není žádná nemoc.*“

V neposlední řadě lze pozorovat motiv, který vystupuje proti biomedicínskému systému skrze perspektivu, kterou narátorky nabízely v jejich zkušenostech se stykem s institucionální péčí v období po domácích porodech. Například narátorka J.M. vnímala při návštěvě své pediatri, že byl její domácí porod „*démonizován*“. Nesouhlas pediatri s domácím porodem se projevil tak,

že musel její novorozenec podstoupit mnoho nestandardních vyšetření, protože nevěřila, že by porodní asistentka provedla potřebné poporodní testy řádně.

J.R.P. se rozhodla, že svůj domácí porod bude prezentovat jako překotný a neplánovaný: *„Ono mi to dávalo takový alibi, že to jako bylo neočekávané. Ale překvapilo mě, že někdy ten střet právě s tím systémem tradičním jako – že na mě nahlížely tak divně jako co jsem za divnoženu.“* Narátorka E.B. taktéž dodala, že na oficiální návštěvy a kontroly těsně po porodu *„neměla nervy“* a většinu z nich absolvoval partner, *„abych ty komentáře nemusela poslouchat.“*

Ženy se obecně vyhrazovaly ve větší či menší míře vůči zavedeným, standardizovaným postupům, které jsou součástí biomedicíny reprodukce. V některých případech šlo interpretovat výroky jako ironizující a imitující některé z osobností, s kterými se setkaly nebo pravidel, o kterých se „mluví“. Součástí této diskurzivní kategorie je taktéž averze vůči klinickému vnímání porodu jako „patologii“ nebo „nemoci“. Absolutní proměna vnímání porodu a to, že žena se ocitá v nemocnici a hospitalizována, tedy v kategorii „pacientů“ jen skrze fakt, že je těhotná, lze vnímat jako jeden z důsledků procesu medikalizace porodu, na který je odkazováno v jiné části práce.

5.1.2. Diskurz posilujícího zážitku a vlastní emancipace

Další z diskurzivních kategorií, které se podařilo ve výpovědích domácích rodiček identifikovat, je diskurz takzvaného „posilujícího zážitku a vlastní emancipace“. Tato kategorie se váže zejména k momentům ve výpovědích, při kterých ženy hovořily o přesahu porodu za standardně považovaný hlavní cíl porodu: „zdraví a bezpečí matky a dítěte“.

Tuto skutečnost reflektovala T.R, která se vyjádřila, že není spokojená, jak se na porody v České republice nahlíží: *„Hodně těch příběhů je vedených jako „přežije matka přežije dítě“ a to je to co se nejvíce řeší v Čechách, ale že by měl z toho člověk nějaký super zážitek tam fakt není.“*

Charakteristické pro tuto diskurzivní kategorii jsou momenty, při kterých ženy hovoří o proměně vlastního postavení. Pomocí domácího porodu se postavily do pozice, ve které měly absolutní moc při rozhodování o svém těle a svém dítěti. Narátorka J.R.P. v kontextu přeorientování svého rozhodnutí z ambulantního na domácí porod během druhého těhotenství uvedla, že si uvědomila, že *„ačkoliv to proběhlo bez problémů, tak jsem ten systém vlastně nepotřebovala...“*. K otázce o pochybnostech nad rozhodnutím rodit své druhé dítě doma mi odpověděla: *„je to moje tělo a budu vědět a poznám, když bude něco špatně...nechtěla jsem si zvědomovat, že to špatně dopadne a šla jsem cestou, že všechno bude dobré.“* Také se vyjádřila,

že po porodu v sobě odhalila touhu „*věci nedělat bezhlavě protože se to tak dělá, ale přemýšlet nad tím, jaký ty formy v životě jsou ideální pro nás.*“

Narátorka J.M. na konci rozhovoru k otázce, zda by dokázala domácí porod doporučit, řekla: „*No určitě bych doporučila zvážit ženám, které mají rádi kontrolu nad svým životem a obecně rádi přistupují aktivně k životu obecně, ale samozřejmě i když jsou zdravé, a to těhotenství v pořádku, určitě je to jedna z možností, které by se mohly zvážit. No a zjišťovat si ty vlastní informace, určitě se nespolehat na to, že nějaký bulvární plátek zveřejní pár citátů někoho z lékařské komory – to nestačí.*“ Pobídnutí k zjišťování si vlastních informací též na konci rozhovoru sdílela narátorka J.R.P., která ženám doporučila, aby si „*zmapovaly terén*“, protože porod je zásadní věc a rozhodování o něm „*by se nemělo nechávat na nikom dalším a sám člověk by si měl vybrat tu cestu.*“

Narátorka E.B. v rozhovoru zmínila, že ji „*vytáčí*“ zarytá rétorika, že ženu někdo „*odrodil*“: „*Ženy by měly vědět, že je neodrodí doktor, ale že dítě se narodí a ona ho porodí.*“, což podpořila větou, že je důležité aby „*lidi vnímali svoje tělo a ženy obzvlášť a neodevzdávaly kompetence o nás někomu jinému.*“ Žena se v rétorické praxi, kdy je „*odrozena*“ nachází v pasivní pozici, která je pravým opakem perspektivy, které narátorky ve svých výpovědích prezentovaly, a tudíž nesouhlas s touto praxí přímo reflektuje jejich protipólní postavení.

Narátorka T.R. k tomu, jak porod obecně vnímá, přispěla poznatkem o rituálu, což je jeden z diskurzů, které lze obecně vnímat jako jeden z využívaných konceptů v antropologickém zkoumání reprodukce (Hrešanová, 2012, s. 180): „*No mně to přijde jako úplně zásadní ženská iniciace, takovej rituál a přijde mi jako že vlastně muži tohle nemaj a je to taková škoda pro ně (smích). A potom vlastně vznikaj kruhy těch žen, který rodily a z pozice žena se dostaneš do pozice žena co rodila, anebo třeba i potratila a máš zkušenost s těhotenstvím a porod je jako ještě vyšší fáze...a jako by se mi zdá že jsem se začala potkávat s holkama a přijde ti že prostě patříš do nějaký skupiny, kam máš*“.

Jedna z narátorek hovořila o období mateřství a porodu jako o „*magickém*“ a zmiňovala, jak se v té době začal její pohled na porod přetvářet: „*že to není jen nějaká mechanická záležitost, ale vlastně tam lze odkrývat jemnější vrstvy celé lidské duše a toho celkového lidského bytí...vlastně je to super příležitost se kouknout do sebe samého*“. Dodala, že se jí díky těhotenství a zejména porodu změnil pohled na vlastní tělo a nazvala celou situaci jako „*zážrak*“. Také reagovala na citaci ze scénáře rozhovoru, která domácí porod označila za nebezpečný: „*matku a dítě vnímám trochu jako jeden organismus*“, což obdobně komentovala též narátorka E.B., která o svém průběhu porodu doma řekla, že se mu „*totálně odevzdala*“ a poslouchala „*své tělo a v něm i*

dítě, jako bych na něj byla napojená a cítila, jak ono samo se cítí“. Tři ze čtyř žen mi sdělily, že během přípravy na domácí porod, ať už v rámci předporodních kurzů nebo pravidelných setkání se svou porodní asistentkou došly k závěru, že porod má být **zážitek**. Slova, která se nacházela v blízkosti pojmu zážitku, zněla: *posilující, posilňující, wow*, nebo dokonce i *magický*. Skutečnost, že porod je zážitkem, sdílely všechny čtyři narátorky. Ve všech případech se ženy také shodly na tom, že rodit doma je více posilující než rodit v porodnici.

J.R.P. mi při otázkách, které se dotýkaly témat ženství, mateřství a porodu sdělila, že jí přestala vyhovovat péče gynekologa, protože se *„tam vůbec nerozebíraly pocity a emoce, nějaký psychologický rozložení“*. Vnímání se jí změnilo po docházení do poradny porodní asistentky, která ji ukázala, že *„porod je o zážitku“*. Také na konci rozhovoru zmínila, že ženy z porodu *„můžou mít hezkej zážitek a je mi hrozně líto, když má z porodu někdo zážitek ošklivej – s tím se pak musí pracovat a je to velká rána na duši“*.

Narátorka T.R. se mnou sdílela obdobný motiv a vlastní proměnu vnímání, co pro ni porod znamená: *„A potom jsem šla na předporodní kurz k Zuzaně Š. a ona byla úplně první, kdo mi na to břicho šáhnul, řekl „tak, tady je hlavička“ a byl to úplně jinej zážitek, úplně jiná důvěra“*.

J.M., matka dvou dětí se zkušeností s ambulantním i domácím porodem hodnotila oba porody jako *„neskutečně posilující zážitek“* a dodala, že z nich čerpá energii dodnes. Pro všechny ženy bylo téma zážitku také jedním z důvodů, kterým rozhodnutí pro domácí porod argumentovaly. Narátorka J.R.P., která také rodila doma i v porodnici zmínila, že domácí porod hodnotí jako více posilující. Když jsem se ptala proč, odpověděla: *„nakonec mi to dodalo sebevědomí a takovej vlastně posilující pocit – já jsem sama zvládla takovouhle věc, to je jako nesmyslný, co jsme schopný udělat. A tím jsem se jako ve svý hlavě dostala vejš v rámci hierarchie – jako – ne povýšila – to ne – nad ty ženy – ale vnímám to jako že je to větší wow“*.

Matka tří dětí, které všechny porodila doma, narátorka T.R., se k roli porodu v životě ženy vyjádřila následovně: *„...takže mi přijde že je to fakt jako zásadní no a hodně to určuje – mně přišlo – že mě to hodně posilnilo a když vládneš ten porod tak jak chceš a tím, že očekávání před prvním porodem je takový nejasný a říct si zpětně že jsi to zvládla nejlíp jak to jde hrozně posiluje charakter ženy. No.“* V částech rozhovorů, které se týkaly role porodu v životě ženy bylo u všech narátorek citelné, že porod pro ně nereprezentuje pouze proces porození potomka, ale zasahuje do intimních částí identity, síly a role jakožto ženy a matky. Skutečnost, že porod proběhl doma, byl veskrze vnímán jako přidaná hodnota, která intenzitu *zážitku* pouze zvyšuje.

5.1.3. Diskurz o možnosti volby, přirozenosti a pocitu černé ovce

Definování této diskurzivní kategorie vycházelo ze skutečnosti, že již v průběhu rozhovorů jsem si všimla značného nadužívání slov, které implikují svobodu nebo přirozenost. Konkrétní výrazy jako volba, svoboda, přirozenost, vlastní rozhodnutí a přivlastňovací zájmena „moje“ a „naše“ se objevovaly nejčastěji v kontextu reaktivních odpovědí na stereotypní argumentace a citace stran lékařských sdružení, lékařů a vědců. Některé také vycházely z narativních výpovědí o zkušenostech s osobními lékaři, nejčastěji gynekology a též ze střetů s rodinou, přičemž obě situace se výhradně týkaly rozhodnutí rodit doma. Tato diskurzivní kategorie má reflektovat jednak to, jak ženy komunikovaly vlastní rozhodnutí nesvěřovat se s plánovaným domácím porodem na rozličných úrovních (rodina, lékaři), ale zároveň představit formu sebe-hájení, kterou následně využívaly a jakou perspektivu pro své argumenty využily. Dohromady se v této kategorii můžeme setkat s diskurzí, které reflektují možnost volby, přirozenost a pocit *černé ovce* – jedná se o formulaci, kterou jedna z narátorek využila pro popis svého postavení jakožto domácí rodičky ve společnosti.

Narátorka J.R.P. rekonstruovala svou zkušenost se svým prvním gynekologem a skrze ni ospravedlňovala jednak změnu svého ošetřujícího lékaře a jednak rozhodnutí o plánovaném domácím porodu nesdělit: „*On byl takovej zastánce jako takovýho ženská, co vy si tady vymýšlíte, vždyť máte vysokou školu – takovým způsobem se se mnou bavit a já jsem si řekla, že to s nim prostě nechci řešit: Jákýkoliv rozhodnutí je moje rozhodnutí*“. Ostatní výpovědi, které se dotýkaly motivů svobody a svobodné volby se také často stáčely ke skutečnosti, že ženy se staví za možnosti alternativ pro porod v České republice a kritizují, že se nachází v „šedé zóně“, nebo že vůbec v Česku nejsou. J.M. k tomuto tématu ve své výpovědi sdělila: „*To je asi takový obecný názor, který panuje ve společnosti (že dom. porod je nebezpečný), ale když se podívá člověk na statistiky – ačkoliv domácí porod není pro každého, je to vždy na rozhodnutí ženy, jak by chtěla rodit a jakou cestu si vybere a je pravda, že tato cesta je taková trnitější protože není nijak schvalovaná, takže by tu měla být minimálně možnost aby si žena mohla vybrat...takže to by měl být základ, takže když se cítí dobře v nemocnici nebo doma, tak by jí to mělo být minimálně umožněné*“.

Obdobně se vyjádřila narátorka T.R., která ve své odpovědi také reflektovala, do jaké pozice je žena ve společnosti stavěna, pakliže se rozhodne nejít cestou ústavního porodu. Ve svém popisu použila slovní spojení „*černá ovce*“. V rozhovorech se dalo i z nepřímých odpovědí určit, že všechny ženy se rozhodly své rozhodnutí nesdělovat: ať už na úrovni komunikaci s lékaři, tak v některých případech též s rodinou a blízkými. Lze usuzovat, že právě pocit této „*černé ovce*“ a z výpovědi J.R.P. implikováno ponižující jednání, které zpochybňuje inteligenci žen, které se

pro domácí porod rozhodly, byly hlavní motivy pro větší diskrétnost. T.R. přesně v rozhovoru řekla: *Jako já to vnímám tak, že tady není alternativa a fakt existuje jen ta jedna správná cesta a tou je porodit v porodnici nebo nějaká jako nouzová situace jako porodit v taxíku, kdy si všichni řeknou jako a no tak co se dá dělat: tak se jako vlastně přiřadíš cestou tý správný volby, nebo přiznáš všechno a seš černá ovce nebo prostě jako mlčíš no – že kdyby tady byla volba: sám/sám s porodní asistentkou, v porodnici se svojí porodní asistentkou, v porodnici s jejich porodní asistentkou. Nebo nějaký porodní dům, tak je to najednou takový pestřejší a cokoliv řekneš, tak se cítíš dobře a že to není jen černobílý“.*

Jak už bylo zmíněno, často se v argumentaci pro rozhodnutí plánovaného domácího porodu, která stála v kontrastu přijetí pozice ve společnosti jakožto *černé ovce*, využívaly principy přirozenosti a svobody. K možnosti svobodně se rozhodnout se R.J.P. vyjádřila následovně: *„Nepřijdu si jako nevzdělaný nebo hloupej člověk kterej by nevážil všechny varianty a přijde mi, že to bylo velmi vědomý rozhodnutí a proto mě uráží, že někdo tvrdí tohle – a i když to tvrdí, tak bych si stejně přála, ať je to moje věc. Protože služba lékaře je pro mě služba, stejně jako když si třeba půjdu na pedikúru, tak si můžu vybrat ke komu půjdu na pedikúru tak bych si stejně tak chtěla vybrat ke komu půjdu k doktorovi a stejně bych si chtěla vybrat jako kde budu rodit a jakým způsobem a upřímně by to podle mě jako nikomu nemělo vadit. Podle mě.“*

Ženy bez toho, aniž bych jakýmkoliv způsobem jejich inteligenci znehodnocovala, argumentovaly vlastní inteligencí a odmítaly, že by jejich rozhodnutí mělo být odsuzováno a hodnoceno. Téma přirozenosti se reflektovalo v kontrastu s ústavními porody: přirozený porod byl něčím, co si ženy zaopatřily právě díky tomu, že rodily plánovaně doma. *„Domácí porod mi přišel jako naprosto přirozená volba, spíš než nějaké rozhodnutí nebo argumentace jsem to měla tak, že by mě někdo musel přesvědčit jít do nemocnice než naopak“* byla odpověď J.M. na můj dotaz, který se dotýkal nejistot a pochybností ohledně jejího rozhodnutí.

Narátorka E.B. mi řekla, že *„není nic přirozenějšího, než rodit doma“* a jakoukoliv kritiku v oblasti sobeckosti matky ve vztahu k jejímu pohodlí versus bezpečí dítěte odmítla s argumentací, že *„přirozený prostředí je to, co dává tomu dítěti bezpečí a poskytuje mu příjemnější místo, kde se poprvé podívá na svět“*. K otázce nebezpečí domácího porodu mi T.R. řekla, že díky četbě literatury „o přirozeném porodu“ zjistila, že *„spíš rodit v porodnici je takový zahrávání si“* a že *„ty služby který se nabízí v tý nemocnici prostě jdou úplně mimo přirozenýho porodu a to, že by mohl u toho bejt problém je prostě malá šance“*. Také dodala, že pobyt v porodnici matku *„svádí k narušení toho přirozenýho porodu“* a domácí porod zajišťuje vůbec nejvíce přirozenější průběh.

J.M. mi vyprávěla, jakým způsobem její rozhodnutí přijala její rodina a mimo jiné v příběhu zmínila, že bylo potřeba si „*to svoje rozhodnutí bránit*“ a argumentovat, že její rozhodnutí bylo „*její volba a byla to ta nejbezpečnější volba pro mě i moje dítě*“. Obdobnou situaci zažila také E.B., která se musela ospravedlňovat zejména u své tchýně, která, jak mi světila, skutečnost že její vnouče bylo porozené v domácím prostředí stále „*naprosto ignoruje*“.

Z této závěrečné diskurzivní kategorie lze usuzovat, že ženy, které měly úspěšný plánovaný domácí porod jsou zvyklé na situace, ve kterých své rozhodnutí musí obhajovat. Všechny domácí rodičky se setkaly s lidmi, kteří jejich volbu zpochybňovali. Způsob, jakým ženy nejvíce argumentovaly a který je portrétován výše, se dotýkal zejména možnosti svobodného rozhodnutí a zajištění přirozeného porodu, přičemž pro některé z narátorek ústavní porody a instituce stojí přirozenosti v opozici. I tento motiv lze volně navázat na trend medikalizace a také Foucaultovy biomoci, ve které se využívají zásahy do lidských těl pro zvýšení efektivity a funkčnosti. Ženy reflektovaly, že se díky domácímu porodu cítily volně, „*ne jako číslo*“ a nemusely sebe a své tělo bránit zásahům, které stojí v opozici jimi pojímané přirozenosti a v poslední řadě je „*nikdo nepopoháněl*“ a neřikal jim „*co mají dělat*“.

5.2. DISKURZIVNÍ KATEGORIE ZDRAVOTNICKÝCH PROFESIONÁLŮ

Příklady lékařských studií ze světa na téma plánovaného domácího porodu

Jedna z největších studií z roku 2015 se věnovala komparaci nebezpečí mezi domácími porody a porody ústavními. Z amerického státu Oregon bylo vybráno více než 80 tisíc porodů a závěrem šetření bylo, že u domácích porodů lze očekávat větší procento perinatální smrti, než u porodu ústavních (Snowden et al., 2015, s. 2642). Kohortní studie z roku 2005 ze Severní Ameriky se vzorkem téměř 5,5 tisíce žen došla k závěru, že „plánované domácí porody nízkorizikových žen s profesionální porodní asistentkou byly asociovány s podobnou mírou neonatální úmrtnosti jako ženy s nízkorizikovým těhotenstvím v porodnicích“ (Johnson, 2005). Studie ze Švédska zhodnotila, že plánované domácí porody jsou asociovány s větším počtem neonatálních komplikací a menším procentem lékařských intervencí (Cheng et al., 2013, s. 325, e.1). Větší míru rizika u domácích porodů uvedla též rozsáhlá studie z Izraele. Závěrem bylo, že domácí porody jsou třikrát nebezpečnější, než porody v porodnici (Solomon et al., 2019). Systematická srovnávací studie kanadských výzkumníků, která využívala data z několika zemí včetně USA, Nizozemska, Norska, Japonska a dalších, vytvořila dvě kategorie systémů: „dobře integrované“ a „ostatní“ systémy, přičemž systémy „ostatní“ dle charakteristiky mohou do jisté

míry odpovídat domácím porodům; riziko perinatálních komplikací pro matku i dítě v „ostatních“ systémech bylo třikrát vyšší u prvorodiček a zhruba o polovinu vyšší u vícerodiček oproti porodu v systému „dobře integrovaném“ (Franěk, 2019).

Cílem tohoto malého výčtu medicínských studií není poskytnout podklady pro argumentaci jedné nebo druhé skupině, ale spíše uvést kontext, v kterém se zdravotnický personál pohybuje a z nichž teoreticky může získávat informace ještě předtím, než budou představeny diskurzivní kategorie této skupiny. Nutné je podotknout, že žádná ze studií se přímo nevěnuje nebo nezahrnuje Českou republiku, tudíž zde existují sociální, ekonomické a kulturní rozdílnosti, které samozřejmě výsledky výzkumů ovlivňují. Mezikulturní komparace je tak v „kultuře porodu“ nebo „kultuře porodnictví“ o to složitější, protože se vyvíjela různě, a to včetně (ne)obvyklosti domácích porodů a tím pádem komunitních porodních asistentek. Tyto rozdílnosti zahrnují další zásadní proměnné: například v izraelské studii si nemůžeme být jisti, jak dalece byly ve výzkumu zakomponovány ultraortodoxní komunity, které pochopitelně k domácímu porodu přistupují jinak, než zbytek izraelské společnosti.

5.2.1. Diskurz strážce bezpečí a ochrany, aneb zdraví nikdy není jisté

Tato diskurzivní kategorie byla vytvořena zejména z částí výpovědí, v kterých se lékaři a lékařky věnovali míře nebezpečí, kterou domácí porody přináší. Všichni narátoři se shodli, že domácí porod je nebezpečnější než porod ústavní. Diskurz *strážce bezpečí a ochrany aneb zdraví nikdy není jisté* získal svůj název díky odpovědím, v nichž se lékaři nesnažili poukázat na konkrétní negativa domácích porodů, ale upozorňovali na skutečnost, že jsou nebezpečnější a oni nemohou domácí porody schvalovat, protože jejich hlavním cílem a pracovní náplní je „zajistit bezpečí“. Názor na plánované domácí porody lze ve výsledku interpretovat u všech narátorů jako negativní. Úvodním příkladem může být citát MUDr. M.N, která mi na otázku, zda rozumí tomu, proč se ženy pro domácí porody vůbec rozhodnou, odpověděla: „*Můj vlastní názor je takový, že můžu chápat ty pohnutky, které ty ženy k tomu rozhodnutí vedou, ale s těmi zkušenostmi, které jsem nasbírala s lety praxe z porodnice, tak mi to přijde nebezpečné a přijde mi to jako zbytečné hazardování se životy těch žen i těch dětí*“. Lékař A.B., primář gynekologicko-porodnického oddělení jedné z největších českých nemocnic, označil domácí porody, obdobně jako MUDr. M.N. za „*rizikové*“. Při vyprávění osobního příběhu o domácím porodu s nešťastným koncem, v němž byla rodička převezena z domova do porodnice, dodal, že se mu jeho „*profesionální názor pouze utvrdil*“. Zároveň zmínil, že nejnebezpečnější na domácích porodech je to, že budoucím matkám nikdo „*pořádně nevysvětlí rizika, a ještě k tomu je pořádně nevyšetří*“.

Lékař K.B. mi řekl, že v momentech střetu s komplikacemi z domácího porodu necítí hněv, ale spíše „frustraci“, MUDr. M.N. mi řekla, že v této situaci vnímá pocit „marnosti“. Oba narátoři při rozhovoru potvrdili, že své emoce nijak na rodičku neprojektují.

Kontra k výpovědím domácích rodiček, tedy zejména výroku, že svá těla dobře znají a poznají, když se v něm něco špatného děje, mi MUDr. K.B. oponoval: „*To, že matka sama pocítí, že se chystá problém, není pravda. Prostě to tak není. Matka nepozná, že přijde problém, to by musel být sakra problém, nevím jaký, ale může se samozřejmě stát během toho porodu, který doposud probíhá dobře, cokoliv a pak je potřeba ho rychle ukončit. A když je doma, tak se to asi nestihá.*“ Lékař se také několikrát nazval jako „advokát dítěte“ a řekl, že z důvodu „*neskutečného množství rizik*“ nemůže k domácím porodům přistupovat kladně, obdobně, jako mi sdělili též zbylí narátoři. Dodal, že právě pro to se rodí v nemocnicích, protože „*bohužel ty přístroje odhadnout komplikace dřív než my. Je tam riziko toho lidského erroru, a není malý*“. Lékařka M.N. dále dodala: „*Ale v tom domácím prostředí na to nejsou podmínky, nejsou tam možnosti a ty komplikace se nedají vyřešit. To jako když bude fyziologický porod, tak to ta žena zvládne i bez porodní asistentky většinou. To je záležitost přírody, takže buď to běží nebo se to zkomplikuje – a když se to zkomplikuje, tak na to doma nebude mít podmínky, aby se ta komplikace vyřešila.*“

Všichni tři lékaři ve svých odpovědích uznali, že většina porodů proběhne v pořádku, fyziologicky a bez komplikací. Zároveň mě ale v průběhu rozhovorů několikrát upozorňovali, že velké množství (lékař A.Č. řekl, že se jedná o 80 %) problémů u porodu nelze indikovat předem. MUDr. K.B. konkrétně k tomuto tématu dodal: „*Takže on se jako denně na tom porodním sále a drtivá většina porodu dopadne dobře, maminka odejde po svých, dítě jde za dva, za tři dny domů, někdy jde třeba rovnou, když si matka přeje, může odejít rovnou. Ale jsou situace, kdy bez přítomnosti toho lékařského nebo sestrsko-porodnického týmu anebo pediatrického týmu, by jeden z těch dvou, buď to matka nebo dítě zemřeli. A to zase je reálná situace, to není něco, co si vymýšlím, abych strašil!*“ Závěrem také doplnil: „*Ale to zase jako chápu že je profesionální deformace, je pravda, že někteří to považují spíš za přirozený ten porod doma než porod v instituci. Ve většině populací a historicky spíš standardní byly porody doma, žejo, to je posledních já nevím, sto let, kdy se jezdí na porody do nemocnic. Ale proč zase nevyužít ty výdobytky. Ale to je můj úhel pohledu, to nechci nikomu vnucovat.*“

Lze usuzovat, že ani jeden z narátorů neměl v této diskurzivní kategorii za cíl dehonestovat nebo výslovně kritizovat rodičku a její volbu. V rozhovorech se jednalo spíše o vyčerpávající výčet a opakující se upozorňování na všechny potenciální problémy a rizika. Z důvodu, že si

všechny tyto problémy a rizika lékaři uvědomují, není dle jejich uvážení možné, aby s plánovaným domácím porodem souhlasili. Na závěr můžeme zmínit výrok lékaře K.B., který uzavřel jeden z našich diskurzivních okruhů takto: „*Tady jsou hodně konzervativní lidi, jako ale já prostě stojím za tou svobodou, každé má svobodu si vybrat. Sam bych si to nezvolil, ale já taky dělám řadu věcí, který by jiní nedělali, no.*“

5.2.2. Diskurz odpovědnosti a limitace kompetencí

Tato diskurzivní kategorie se týká motivů odpovědnosti a kompetencí. Odpovědnost je zde vázána na roli porodních asistentek (PA) a ve výjimečných případech také dul. Motivy se projevovaly ve dvou základních momentech: první, obecná odpovědnost PA v porovnání s lékaři, všeobecně uznávaná hierarchie a vyprávění vlastních příběhů – konkrétně zkušeností s domácími porody, u nichž musela být žena převezena do porodnice. V druhém momentu figurovala zejména odpovědnost a částečně též kompetence při „přiznání pochybení“ u domácích porodů. V rozhovorech se vnímání porodní asistentky proměňovalo ve vztahu k její roli a potenciálně skrze názory PA k plánovaným domácím porodům. Asistentky v nemocnicích vždy byly popisovány jako „zásadní“, „potřebné“ a „důležité“, nicméně při konverzaci o jejich roli byly brány v potaz kompetence a zejména jejich limitace, které působily též jako nástroj k argumentaci proti domácím porodům. U porodních asistentek jsou kompetence ambivalentní téma i s ohledem na český právní řád, což někteří z narátorů této skupiny též refleктоvali.

MUDr. M.N. při popisu, jak obecně funguje porod na jejím pracovišti uvedla, že u porodu „*může být porodní asistentka, ale porod je lékařský vedený.*“ V principu se jedná o to, že oficiálním nastavením je lékař dohlížející a má oficiální odpovědnost za všechny porody: „*kdyby to bylo v kompetenci porodní asistentky, tak by nesla odpovědnost i za ty komplikace*“, tudíž kompetence PA jsou limitovány mimo oficiální právní a institucionální nastavení též osobností lékaře.

Obdobně je to na dalším pracovišti, na kterém působí MUDr. A.Č. Limitující kompetenci, a tedy převedení odpovědnosti z PA na lékaře ilustroval takto: „*Je pravda, že může vykonávat různé kompetence a podobně, ale ty její kompetence někde končí. A ty kompetence končí v momentě, kdy – a na to je ona školená, na to studuje a na to má být vyučená, aby ona odhalila, kdy pozná, že k tomu momentu dojde a ten moment je tehdy, když se začíná objevovat nějaké komplikace, začíná se objevovat nějaký problém, ke kterému už ona není kompetentní...PA má místo, kde končí její kompetence, ale je úplně jedno, že je to asistentka, ale prostě k něčemu nemá oprávnění.*“ Těmito dvěma výroky lze ilustrovat, že porodní asistentka má dle narátorů

důležitou roli a své nezadatelné kompetence, které se ale nachází pod úrovní odpovědnosti a kompetencí lékařů. Lze usuzovat, že pro dotazované není PA bez přítomnosti doktora kompetentní vést domácí porod samostatně z důvodu, kterým se částečně zaobírá první diskurzivní kategorie: neočekávaných komplikací. Lékař K.B. k limitaci schopností PA řekl: *„Když bych to jako vzal ve srovnání lékař nebo asistentka, tak je to dáno mírou odpovědnosti, kdo je tu za co odpovědný. Pokud ta asistentka jako vykoná nebo absolvuje s tou maminkou dobrou porod, fyziologický, ale teprve když se něco stane, ať už s matkou nebo s dítětem, tak se najednou začnou rojit ty pochybnosti o té kompetentnosti – a je to tak jako po bitvě je každé generál“*. Omezení kompetencí vnímá lékař mimo jiné skrze podobou daného porodu, zda se jedná o porod fyziologický či nikoliv.

Totéž sekundovala též MUDr. M.N.: *„No ona může vést fyziologický porod, ale když nastanou komplikace, musí je umět vyřešit, musí být připravena převzít zodpovědnost a umět to vyřešit! Nemůže vést fyziologický porod a pak když se to pokazí, tak už to není fyziologický porod, a kdo to pak vyřeší. To je ta část, která je na těch domácích porodech nedořešená, dokud je to fyziologický, tak je to všechno hezký a pak ten fyziologický porod se může velmi rychle přeměnit během vteřin, minut v patologický, a to pak musí umět někdo vyřešit. No“*.

Odpovědnost asistentek byla zejména u lékařů A.Č. a K.B. také diskutována s ohledem na jejich osobní zkušenosti s plánovaným domácím porodem, při kterých byla pro komplikace rodička převezena do nemocnice. Zde se téma odpovědnosti částečně proměnilo a z poměrně neutrálního popisu lékařských pracovníků a jejich rolí v institucionální hierarchii byly ve vybraných částech rozhovoru vnímány asistentky kriticky: *„Opakovaně jsme zažili že se k tomu ta porodní asistentka jako by nepřiznala, že ten porod vedla a tvrdila, že šla náhodou kolem a ona byla ta, která zavolala fakticky pravda – protože tu sanitku opravdu zavolala. Ale to, že tam byla těch šest hodin předtím a šest hodin vedla ten porod, tak to už třeba nepřizná – ale náhodou šla kolem a volala. Ale to už nepřizná.“*. „Přiznání se“ k nepovedenému domácímu porodu také zmiňoval lékař A.Č., který mi sdělil, že jednu z porodních asistentek, které z nemocnice přešly do komunitní péče zná a *„docela toho lituju“*: *„Znám jednu, která už tady byla několikrát s takovým průserem, že sem přijela a umírali jí děti. Takže ano, znám takovou – odešla na žádost, má svoji nějakou praxi na nějakou živnost, několikrát volala k ženě sanitku, vždycky pod záminkou že to nebyl porod doma, my všichni už ji tady ale známe, je to taková jako známá firma a jako nedopadá to u ní vždycky dobře a nejhorsí na tom je, že nám vždycky takhle kecá a dělá z nás idioty“*.

Tento druhý motiv odpovědnosti tudíž už nesouvisel s kompetencemi, které mají PA v institucích, kde pracují, ale týkal se komunitních porodních asistentek a hodnocení chování v krizových situacích. Z výroků, které se tématu konkrétně týkají, lze vyčíst, že se oba lékaři proti tomuto chování vyhrazují. Zároveň můžeme s jistotou tvrdit, že dle všech tří narátorů má porodní asistentka omezené kompetence „vhodně“; když jsem se ptala, zda by neměly být kompetence asistentek navýšené, odpovědi byly výhradně záporné a odůvodnění tkvělo v nebezpečí kritických a komplikovaných situacích, na jejichž řešení má erudici a zkušenosti pouze lékař.

Tuto interpretaci můžeme poměrně dobře podložit mimo jiné citací od MUDr. K.B: „*Já asi moc nerozumím tomu, co nabízí ta asistentka. Péči, jestli to je v domácím prostředí, ano, je to možný. Nejsem si úplně jistý, nebo jsem si spíš jistý, že ta porodní asistentka zadarmo to nedělá a nemyslím si, že těm budoucím maminkám dokáže úplně erudovaně zhodnotit profit, benefit toho domácího porodu oproti riziku.*“

5.2.3. Diskurz *pojďme si to vysvětlit*

V této diskurzivní kategorii jsem se snažila zachytit témata v rozhovorech, v nichž se profesionálové ze zdravotnictví stavěli do pozice „vysvětlujícího“. Dvě oblasti, v kterých tento vysvětlující či poučující diskurz zazníval nejčastěji, byly jednak reakční části v rozhovorech na vybrané výroky ohledně znevažování rodiček a neautorizovaných zákroků v nemocnici, jednak oblast debaty o domácích porodech jakožto celospolečenského dialogu. Na první pohled se může jednat o nesouvisející tématické oblasti, ale z hlediska diskurzivní analýzy je důležité, že v obou případech se zde narátoři stavěli do pozice, v níž zastávali aktivní roli vysvětlujícího. Na druhou stranu se také lékaři nechali v některých případech slyšet, že „druhá strana“ (tedy ti, kteří jsou domácím porodům v opozici) se snaží svobodu volby domácích rodiček respektovat a tím pádem nekomentovat. Lze usuzovat, že vysvětlující přístup k tématu převažuje, ale z rozhovorů je znát, že tak tomu nemusí být ve všech situacích a u všech členů skupiny, která s domácími porody nesouhlasí.

Lékařka M.N. při popisu, jak probíhá v její instituci příprava na porod řekla: „*A pokud někdo nechce, pokud mi kdokoliv řekne, že něco v průběhu porodu nechce, tak jsme schopní se domluvit.*“ Dále hovořila o porodních plánech některých žen, v kterých zmiňovala například monitoraci dítěte, epiziotomii, nebo vážení dítěte po porodu. Epiziotomie neboli nástřih hráze je zákrok, který mnoho žen odmítá a je modelovým příkladem při diskusích o neautorizovaných lékařských zákrocích v porodnicích. Paní doktorka M.N. mi sdělila k odmítnutí epiziotomie: „*...někdy tak trvají na dodržování svých představ, že nechtějí poslouchat, že by si tím mohly*

ublížit a pak si tím ublíží, i když jsem se jim to snažila vysvětlit. Ale pokud ta pacientka mi opakovaně před svědky říká, že v žádném případě ne, že se radši natrhne, že má pocit, že je to přirozené, že jí to udělá dobře, no já jí to dopřeju – ale přijde mi to smutné a přijde mi to zbytečné.“ K tématu porodních plánů či přání rodiček a jejich dodržování v krajních situacích se vyjádřila MUDr. skrze argumentaci ochrany dítěte za každou cenu, což bylo sekundováno taktéž ve výpovědi MUDr. K.B.: *„Ona je sice matka, ale od doby, kdy začnou pravidelné kontrakce, tak to dítě už má vlastní právo na život. Takže jako ta matka by neměla říct, jako pro své pohodlí tohle nechci, něco, co by ohrozilo to dítě. Takže já jako zdravotník ve zdravotnickém zařízení prostě k tomu přistupuju tak, že potřebuji, aby to dítě dobře dopadlo“*. Lékařka mi také vyprávěla příběh o rodičce, která si přála specifickou porodní polohu, ale v níž se jí nicméně porodit nedařilo. Ve chvíli, kdy ji lékaři „vysvětlili“ jak by mohla porodit jinak a lépe, tak to najednou šlo: *„Takže ono někdy to, co chtějí, neznamená že je to nejlepší, ale jestli to chtějí, no tak ať to mají.“*

Když jsem se MUDr M.N. ptala, zda vnímá alternativní metody při porodu za komplikovanější, tak s výrokem souhlasila a dodala: *„Pokud té pacientce vysvětlíte, co je nejlepší a ona to akceptuje, tak neříkám že vždycky, ale velmi často to pak proběhne hladce. A když pak ona ty různé věci nechce akceptovat, takže jdete oklikou, je to komplikovanější, obtížnější, je to zbytečné a no samozřejmě vám to přidělá práci, protože je to delší, je tam větší riziko komplikací, pak musíte řešit komplikace.“*

MUDr. A.Č. se mnou hovořil o stavu porodnictví v České republice a konkrétně v Praze, přičemž zmínil, že existuje pro těhotné „mnoho alternativ“. Když jsem se doptávala, proč si myslí, že některé z žen alternativu pro jejich představy ohledně porodu v institucích nevidí, odpověděl mi: *„Tak jednak protože je to hnusný, to prostředí, někdo se k nim choval ošklivě, nebo mají od někoho nějaký názor – vsugerovaný, nechci říct naočkovaný, to je silné slovo, a pak ten člověk který se s nima baví, není schopen jim to nějak vysvětlit, no. Ztroskotává to pak na nějaké jako komunikaci, prostě jako domluvě – nedoporučuji vám to, protože u vás jsou taková rizika, protože – což souvisí s takovou tou informovaností jako takovou, těch lidí – těch rodiček. To je potřeba si vysvětlit tyhle věci, no.“*

Ohledně kritiky chování některých pracovníků v porodnických zařízeních mi MUDr. K.B. sdělil, že to mohou ženy vnímat více intenzivně, protože jsou „citlivější“ a také z důvodu tzv. *syndromu mýtu*, kde představil, že nespokojená menšina žen je hlasitější a zkušenosti se tudíž přenáší a šíří, což způsobuje „zacyklenost“ zmíněné nespokojenosti. Zároveň dodal, že je vše o tom, *„pořádně si věci vysvětlit a prostě spolu komunikovat.“*

Motiv vysvětlování, jak už bylo zmíněno v úvodu diskurzivní kategorie, bylo možné identifikovat ve dvou základních rovinách. Následující citace se vážou k vysvětlujícímu motivu při obecných společenských debatách a podobě, jak se v českém prostředí dle zdravotnických profesionálů vedou. Lékař K.B. řekl: „*Jasně, ale přesto si myslím, že já mám alespoň snahu to pochopit a nějak ten jiný názor připustit. Minimálně to nekomentovat, i když je to těžký... Ale jako ty militantní porodní asistentky a dudy hlavně, já to tedy nechci spojovat, ale jsou takový útočný, kategorický, na všechno maj odpověď a já mám podezření, že to nemaj podložený dost znalostma, informacema, ale to je moje podezření. On si každé může myslet co chce, no. Ale pak je problém o čemkoliv se bavít a vysvětlit si, odkud ty naše obavy prameněj.*“

Reakci na špatnou komunikaci mezi oběma názorovými skupinami mi na závěr našeho rozhovoru narátor MUDr. A.Č. představil následovně: *No vlastně se furt bavíme o tom samém a vůbec se nedostáváme k tomu jádru, k tomu proč, k tomu řešení. Protože je jednodušší se pohádat někde na půdě senátu, parlamentu, než se snažit prostě celkově tu situaci zlepšit, nějak korigovat a tak, no. Je to takový furt dokola a únavný. Pokud lidi – a teď nemyslím jako jen jedna nebo druhá skupina, ale všichni, nenajdou nějaký společný dialog, tak určitě ne... Tady ten cíl je vlastně jednoznačný, vlastně pro obě skupiny stejný: zdravá žena, zdravá rodička, zdravá po porodu a zdravé dítě – nic jiného tady vlastně cílem není. Pokud se tady na to nenajde nějaký společný dialog, tak ne. Bohužel ty skupiny jsou vedený velmi specifickými osobnostmi, takže se bojím, že asi ne.*“

Výše uvedené citace mají ilustrovat diskurzivní praktiky zdravotnických profesionálů z nichž je znatelné, že vysvětlující pozice je místo, do kterého sami sebe automaticky při tématu domácích porodů instalují. Interpretace těchto motivů může tkvět v jejich sebejistotě a expertíze v oblasti porodnictví, na což se váže téma bezpečí, uváděné v prvním motivu kategorie a dále tématu „otevřenosti a naslouchání“, přítomném v motivu druhém, který se více než na pozici vůči rodičkám, orientuje na jejich obecně zaujímanou pozici v debatě.

5.2.4. Diskurz pozitivní změny a nároků těhotných a rodičích

Závěrečná diskurzivní kategorie má za cíl portrétovat, jakým způsobem se narátoři vyjadřovali ke stavu českého porodnictví a nároků, které na něj v současné době rodičky mají. Obdobně, jako u výše uvedených diskurzivních kategorií se jedná jen o ilustrativní výčet citátů, které dle mého nejlépe portrétní formu, podobu a obsah argumentace a názorů na vybranou oblast. V první řadě se všichni tři narátoři v rozhovorech vyjádřili velmi kladně k úrovni českého zdravotnictví včetně oblastí porodnictví, gynekologie a neonatologie. MUDr. A.Č. řekl, že „*v porovnání se zbytkem světa včetně západu, kterým se ve mnoha věcech inspiřujem jsme jedni*

z nejlepších“ a dodal, že neonatologie je „absolutní špica“. MUDr. K.B. obecně komentoval, že úroveň těchto zdravotnických specializací je „lepší, než si myslíme“.

Když jsem se ptala, zda lékaři vnímají nějaké změny v oblastech, které jsou pro domácí porod relevantní, všichni odpověděli souhlasně. Lékař A.Č. mi řekl, že od doby, kdy začal, pociťuje velký rozdíl v tom, jak *„se zachází s těhotnými“* a obecně velký odklon od *„paternalistické medicíny“*. Ilustroval to na příkladu ambulantních porodů a otců přítomných u porodu, což jsou dva dříve nemyslitelné elementy, které teď *„považujeme za normální“*: *„Víte, my jsme koukali na nějakou dokumentaci tady u nás z nemocnice starou asi sto let a dneska jak ženy jsou na oddělení šestinedělek maximálně tři dny, tehdy to bylo i deset. A prvních pár dní vůbec nemohly vstát z postele, děti se svázely jen na kojení. Dnes to je úplně jiný“.*

Proměny při průběhu porodu v instituci reflektovala také MUDr. M.N., a to příkladně na postoji rodiček: *„Před těmi dvaceti lety vlastně většina těch rodiček přišla a nechala sebe s tím zdravotnickým personálem, tím porodem. Dneska velká část pacientek přichází s nějakými představami o tom, jak chtějí, aby ten porod proběhl“*. Tatáž narátorka se také vyjádřila k tomu, že ačkoliv je zaměstnankyní jedné z méně populárních nemocnic s ohledem na alternativní přístupy, gynekologicko-porodnické oddělení dokáže ženám vyhovět, což také vnímá jako jednu ze znatelných proměn: *„No a myslím, že je víc těch rodiček, které chtějí rodit alternativními způsoby. My nejsme nemocnice, která by tím byla vyhlášená. Ale neznamená to, že když pacientka řekne, že chce něco jinak, že jí to zakážeme nebo neumožníme. Obzvlášť ne v těch posledních letech.“*

Zároveň narátoři několikrát v rozhovorech zmínili situace, události anebo obecně pronesli, že některá z přání žen, které chtějí rodit alternativně, jsou „přehnaná“. Lékař K.B. řekl, že si myslí, že ženy své specifické požadavky *„nemají ze své hlavy“* a popsal, že některé požadavky jsou *„úsměvné až směšné“* a konkrétně odkazoval k jeho zkušenostem s doulou u porodu. Zároveň ale dodal: *„Ale to je věc názoru...jako já jsem natolik liberální, že pokud si někdo bude chtít rodit s papouškem, tak si ho může přinést no...“*.

MUDr. A.Č. pronesl, že ženy, které nechtějí rodit v porodnicích *„do jisté míry chápe“*, zároveň nicméně imitoval ve své výpovědi absurditu některých přání rodiček: *„Ano, to je ale přesně to, jak to ještě před pár lety bylo. A proto si myslím, že bychom to mohli a měli to porodnictví posunout jiným směrem. Jako ano, proč by ta žena nemohla rodit půl porodu ve vaně, když chce, proč ne – s růžovou pěnou a bublinkama.“* Také lékař K.B. zmiňoval požadavky a potřeby žen, s kterými se v nemocnici setkává a vložil je ve své odpovědi do komparace s nosností tématu domácích porodů ve společnosti: *„Častěji se spíš skloňuje teď to, že se snažíme vyhovět*

požadavkům maminek, které nejsou teda úplně standardní a občas někdy nejde úplně vyhovět. A ne vždycky to je možné, takže třeba přestupují a končí v jiné nemocnici, ale myslím si, že děláme dostatečně toho, aby se tady těm maminkám líbilo, aby byly spokojené, aby odcházely s tím nějakým zážitkem, spíš pozitivním, a ne negativním a paradoxně to není o té medicíně, ale spíš o té společenské části. Takže je spíš zajímavá, jaký kachličky jsou v koupelně než to, jakej lékař přijde na vizitu.“

Dva narátoři se vyjádřili k porodním plánům, které v posledních letech nabírají na popularitě. Všeobecně se jedná o plán či seznam, s kterým ženy přichází do porodnice: součástí může být přání ohledně nástřihu, zacházení s novorozencem, podávání/nepodávání medikace a další.

MUDr. K.B. k porodním plánům a jeho zkušenostmi s nimi řekl: „*No tak jako já si nemyslím, že tyhle požadavky nemají ze své hlavy, tím, že ty porodní plány jsou všechny totožný a stažený z internetu, tam je zmiňován kolega z jiné instituce, jakožto největší odborník na to a to a on si nemyslím, že by dal posvěcení, že se jeho jméno má použít v porodních plánech...no a tyhle porodní plány si stáhnou nebo jim to doporučí si stáhnout nějaká ta společnice, dula nebo porodní asistentka.“* Lékařka M.N. řekla, že porodní plány jsou většinou tvořeny výčtem toho, co si ženy nepřejí. Dále dodala: „*Jako fajn to je, snad je vidět, že o tom přemýšlejí, ale občas ty maminky jsou z toho zoufalé, což si pamatuju. Teď už tam nebývám tak často, ale když jsem byla v těhotenské poradně, ty pacientky přišly úplně zoufalé. A jako musím mít ten porodní plán, ptaly se mě, ale já jsem říkala vůbec ne...A pak zmateně si zkopírují z internetu nějaký porodní plány, který tam někdo napsal. A pak když to probíráme, já říkám, tady máte psaný, že nechcete léky proti bolesti. A ona říká, dejte mi, mě to bolí. Nebo prostě takový, některý opravdu mají ten porodní plán jenom proto, že se to tak dneska dělá. Nevědí, co mají dělat, jsou zmatené, tak člověk netuší, do čeho jde.“*

Obecně se také lékaři v rozhovorech shodli, že je více žen, které chtějí rodit „alternativně“. V této diskurzivní kategorii bylo také znát, že lékaři zaznamenali pozitivní změny v oblasti institucionálního porodnictví, které se obecně vydává více respektujícím směrem k rodičkám. Zároveň dali najevo, že se požadavky žen zvyšují: dva ze tří narátorů dodali, že se snaží tyto požadavky naplnit, ale ne vždy to jde. Třetí narátor pouze komentoval, že chápe potřebu žen mít věci podle svého a ústavní lékařská péče by jim to měla poskytnout. Obecně můžeme tuto kategorii vnímat jako jakousi reprezentaci ústavní péče v pozitivním světle a ospravedlnění momentů, kdy požadavky, části porodních plánů a přání není možné ženě vyplnit a postavení lékařů ke spektru přání rodiček: co je ještě v pořádku a co je absurdní.

6. Srovnání diskurzů

Na základě sedmi zhotovených rozhovorů bylo pomocí diskurzivní analýzy identifikováno několik základních diskurzů v obou zkoumaných kategoriích: domácích rodiček a zdravotnických profesionálů. Základním rozdílem, který lze vložit do širšího kontextu celého dialogu o domácích porodech je otázka *bezpečnosti*. Ženy, domácí rodičky, se shodly na tom, že je domácí porod bezpečný, dvě narátorky nazvaly porod doma za „*nejbezpečnější volbu pro ně i jejich dítě*“. Naopak lékaři se v rozhovorech shodli, že domácí porod bezpečný není, a to zejména z důvodu absence zdravotnického prostředí, které poskytuje široké možnosti pro řešení případných komplikací. Tento názor také sdílí mnoho profesních zdravotnických organizací, včetně zastřešující České lékařské komory (ČLK, 2012). S argumentem bezpečnosti také souvisí její pozice v žebříčku důležitosti. U lékařů bylo implicitně ustanoveno, že bezpečnost matky a dítěte je vždy na prvním místě a to primárně skrze argumentaci, proč některá přání budoucích matek v nemocnici jednak není možné splnit a jednak si zaslouží kritiku. V druhé skupině matek se objevoval v rozhovorech trend přesahu porodu za „*pouhé přežití*“: porod je vnímán také jako zážitek, přičemž tento přístup tvořil natolik zásadní část rozhovorů s matkami, že pro motiv „*porod je zážitek*“ byla ustanovena plnohodnotná diskurzivní kategorie.

Kategorie „*zážitku*“ souvisela s dalším tématem, který se objevoval v rozhovorech s oběma skupinami, a tím byly požadavky rodiček v nemocnicích. Dvě ženy, které měly zkušenost s ústavním porodem se mnou sdílely své zážitky z nemocnice a v obou případech zastávaly názor, že skrze mocenské postavení zaměstnanců v porodnicích se podvolily např. změně místa porodu, změně polohy, anebo v případě narátorky J.M. podstoupily částečně nedobrovolnou epiziotomii. Lékaři naopak ve svých odpovědích na otázky, které se týkaly paternalistického přístupu k rození zejména v otázkách medikace a standardizovaných metod tento přístup odmítali a upozorňovali na pozitivní reformy ve zdravotnictví a s nimi související snahy vyhovět rodičkám s každým přáním. V neposlední řadě lze pozorovat rozdíl ve vnímání role porodních asistentek. Lékaři mi popsali ve všech třech rozhovorech roli asistentek jako velmi důležitou až zásadní, v jedné z institucí, o které jsem se díky rozhovoru dozvěděla podrobněji mi MUDr. A.Č. sdělil, že pakliže je porod bez komplikací, celý porod je vedený právě asistentkami. Zároveň ale všichni rozeznávali limitaci kompetencí u porodních asistentek, zejména vycházející z hierarchického uspořádání pracovníků a taktéž omezeného vzdělání, přeneseného ve znalosti. V případě domácích rodiček se z pochopitelných důvodů náhled na asistentky lišil: vnímaly je jako plnohodnotné zdravotníky, které jsou schopné vést porod zcela bez dohledu, což bylo podpořeno nesouhlasem s jejich právním omezením vést porod doma. S

ohledem na velmi intimní zkušenost s porodními asistentkami ženy přistupovaly k jejich roli u porodu velmi odlišně oproti lékařům, v jejichž výpovědích byly charakterizovány slovy jako „pomocnice“, „mladé holky, bakalářky“ a dalšími, neosobními tituly. Intimita vztahu mezi zdravotníky a matkami nebyla v diskurzích lékařů nijak reflektována.

Vyhotovené rozhovory také odhalily základní podobnosti v obou skupinách, a to zejména stran debaty o domácích porodech ve své celistvosti. Obě skupiny se shodly na tom, že současná podoba společenského dialogu není podnětná. Lze interpretovat, že v obou skupinách rezonoval názor, že s druhou skupinou takzvaně „není řeč“: MUDr. M.N. nazvala debaty nad domácím porodem „vyhrocené“ a „agresivní“, MUDr. K.B. pojmenoval část domácích rodiček (kterou blíže nespecifikoval) jako „militantní“. Domácí rodička J.R.P. nazvala současné metody v porodnicích za „zastaralé“ a narátorky T.R., J.R.P. a J.M. se mnou sdílely negativní zkušenost s lékaři v jejich okolí, z kterých implicitně vyplývalo, že téma svého domácího porodu vědomě nezmiňovaly, nebo dle slov J.R.P. a T.R. „mlžily“. Zároveň tři narátorky hovořily o lékařství jako o „službě“, rodička J.R.P. kritizovala postavení lékařů ve společnosti a přirovnala lékařskou péči k službě, jako kdyby „šla na pedikúru“. Ženy hovořily ve svých dodatcích k rozhovorům o problémové komunikaci se širší veřejností o popisu, kdo jsou ženy, které rodí doma a proč se tak rozhodly z důvodu obav celospolečenských předsudků. Na druhé straně hlavní kritikou ze strany lékařů byla přílišná medializovanost debaty a „extrémní“ postoje domácích rodiček, zatímco – slovy MUDr. K.B. – „menšina co si nejvíc stěžuje je slyšet nejvíc a ta spokojená většina mlčí“.

Zároveň je nutné podotknout, že v případech téměř všech rozhovorů (s výjimkou rodičky E.B.) mi narátor či narátorka sdělila, že druhou skupinu chápe. Domácí rodičky hovořily o tom, že chápou, proč lékaři mají kritický pohled na domácí porod a lékaři a lékařka zase měli pochopení pro domácí rodičky. Ženy, které rodily doma intenzivně argumentovaly osobní svobodou a možností si vybrat vlastní místo porodu, což bylo v rozhovorech s lékaři respektováno a lze obecně tvrdit, že případná kritika v rozhovorech směřovala spíše (ne ovšem zcela) směrem k porodním asistentkám, které domácí porody vedou. Obě skupiny se také shodly na tom, že pro zlepšení celé situace v České republice by bylo vhodným krokem zřídit a více iniciovat zakládání porodních domů a dalších institucí, které by se specializovaly na alternativní metody při porodu a zajistily by rodičce co nejpříjemnější prostředí, a zároveň by zde byl všudypřítomný lékařský personál a plnohodnotné lékařské vybavení. Obě názorové skupiny také využívaly příklady ze zahraničí, ale zatímco domácí rodičky koukaly na země jako

například Holandsko nebo Velkou Británii jakožto inspirující, lékaři upozorňovaly na rozdíly těchto zemí s Českou republikou, za jejichž pomoci portrétovali jistou „nepřenositelnost“ zavedené praxe domácích porodů do Česka. Lékař A.Č. například využil argumentaci dobré praxe ze zahraničí pro opačný účel a vyprávěl o své zkušenosti z porodnic v Dánsku, kde je jeho slovy „*absolutně nemyslitelné, aby někdo rodil doma, protože to nikdo nemá zapotřebí*“ z důvodu vysoké úrovně tamního porodnictví. Na závěr je zde vhodné zmínit dominantní motiv ve výpovědích domácích rodiček, kterým byla „kritika systému“, jenž se různorodě vázal k širšímu či užšímu chápání biomedicíny, lékařských metod nebo samotných lékařů. Lékaři v rozhovorech hodnotili úroveň českého lékařství za nadprůměrné, nicméně se všichni shodli v názoru, že „je co zlepšovat“. MUDr. A.Č. nejvíce komentoval nedostatek financování českého zdravotnictví, MUDr. M.N. zase zmiňovala nepřehlednou a praxi zpomalující byrokracii.

S ohledem na všechny vysledované diskurzivní kategorie je možné tvrdit, že narátoři obou skupin se v názoru na domácí porod zásadně neshodnou. Z rozhovorů bylo znatelné, že perspektivy, které přináší „opoziční“ skupina nenachází pochopení u té původní: argumentace zdravím a bezpečím ze strany lékařů, argumentace svobodou a přirozeností ze strany domácích rodiček se vždy setkaly s větší či menší kritikou a kontra-argumentací. V nejzazších případech tak bezpečí, hlavní motiv pro názorové ukotvení lékařů bylo domácími rodičkami hodnoceno jako zbytečný strach nebo profesní deformace a přirozenost či svoboda v argumentech rodiček byla lékaři hodnocena jako sobeckost a neinformovanost. Na druhou stranu šlo v částech rozhovorů vyzorovat obdobné smyšlení nad konkrétními oblastmi: obě skupiny sdílejí postoj vůči potenciálním reformám ústavní gynekologicko-porodnické péče u nás, a to primárně stran již zmíněných alternativních podob institucí. Ačkoliv byla atmosféra rozhovorů proměnlivá, s ohledem na co nejpřesnější interpretaci, byť subjektivní, není možné říci, že by kdokoliv z narátorů a narátorek vystupoval militantně, agresivně nebo zcela zamítavě vůči perspektivě druhé skupiny.

7. ZÁVĚR

Historicky zcela běžná záležitost domácích porodů se během modernizace stala pro mnohé „abnormální“ praxí. Jedna z interpretací, proč se tomu tak mohlo stát a jaké dopady tato proměna měla, byla portrétována v teoretické části bakalářské práce. V jednotlivých subkapitolách se ustanovily konkrétní motivy transformace vztahu společnosti ke zdravotnictví a medicíně, jmenovitě *profesionalizace zdravotnictví, medikalizace a genderovanost porodu*. Interpretativní rámec pro tyto kapitoly poskytly zejména autorky Daniela Tinková a Ema Hrešanová, skrze jejichž optiku jsem se pokusila představit některé z možných přístupů, jak lze vnímat obecnou změnu modernizace společnosti. Je nutné upozornit, že modernizace se projevuje ve více oblastech, než pouze ve vztahu společnosti k institucionálnímu zdravotnictví a reprodukci. Interpretační rámec byl také obohacen teorií Michaela Foucaulta a konkrétně pojmem *biomoc*, který se dotýká dalších oblastí, a to zejména autority a mocenských vztahů. Zmíněné analytické kategorie byly využity jako jedny z mnohých, které se v akademické sféře snaží logicky uchopit a popsat mnohem komplikovanější a vrstevnatější realitu.

Komplikovanost lidské reality a její proměnlivost se ostatně projevila v analytické části práce, a to na příkladu interpretace debaty, hlavních problémů a vnímání skupiny „těch druhých“ pocházejících od sedmi narátorů a narátorek. Analytická část bakalářské práce si stanovila za cíl vyslyšet a pokud možno racionalizovat a popsat názorové postoje, perspektivy a představy dvou zásadních skupin v současných debatách o plánovaných domácích porodech: ženami, které rodily doma, tedy tzv. domácími rodičkami a lékaři z oborů příbuzných reprodukci a porodům. Pro práci bylo nahráno celkem sedm polo-strukturovaných rozhovorů s poměrem čtyř domácích rodiček a tří lékařů. Metodologická kapitola představila způsob výběru narátorů a narátorek pro výzkum a zdůvodnila analytický rámec pro práci, kterým je diskurzivní analýza. Za pomocí diskurzivní analýzy a prvků diskurzivní psychologie byly definovány základní diskurzivní kategorie v obou skupinách, jejichž podrobné představení a vybrané citace z rozhovorů tvořily dvě primární kapitoly analytické části práce. Diskurzivní kategorie byly následně porovnány a zhodnoceny ve shrnující komparativní kapitole. Z rozhovorů a jejich následné analýzy bylo možné implikovat, že obě skupiny přistupují k domácím porodům fundamentálně odlišně a soustředí se ve své argumentaci vlastního názoru na zcela protikladné jevy: v perspektivách lékařů dominovala obava, strach a absence bezpečí, u domácích rodiček tomu naopak byla přirozenost, svoboda a bezpečí.

Ačkoliv diskurzivní kategorie portrétují převážně rozdílnosti, v rozhovorech bylo možné identifikovat mezi oběma skupinami taktéž podobnosti a vzájemné pochopení. Jak lékaři, tak

domácí rodičky chápali popudy pro názorové ukotvení druhé skupiny a shodli se na společném cíli: vytvoření prostředí pro debatu, v níž se obě skupiny budou cítit vyslyšeny a respektovány. Jakým způsobem se tento společný cíl bude manifestovat je otázkou, na které dost možná neexistuje jedna odpověď. Plánované domácí porody v České republice stále levitují v šedé zóně mezi legalitou a ilegalitou, obklopeny předsudky a nepochopením.

Tato bakalářská práce si neustavila za cíl představit řešení výše popsané nejasnosti pozice domácích porodů, nalézt mezi zkoumanými skupinami kompromis nebo hodnotit rozhodnutí ženy kde, jak a s kým bude rodit. Také nemá za cíl zhodnocovat míru nebezpečí plánovaných domácích porodů, anebo kritizovat pracovníky českých porodnic. Cílem bylo naopak poskytnout platformu, která by oběma skupinám umožnila svobodně se vyjádřit, a následně využít poznatků antropologické vědy pro co nejpřesnější analýzu sdělení obou názorových skupin. Nemůžeme na základě sedmi rozhovorů určit charakteristiku ani jedné skupiny, anebo definovat celou debatu nad domácími porody. Mimo to má práce velké množství dalších limitů, například metodologické nedostatky: charakterově obdobný výzkumný vzorek, který může výsledky bádání zkreslovat, podvědomé subjektivní hodnocení ze strany výzkumnice, nemožnost určit míru upřímnosti výpovědí narátorů, anebo potenciální pochybení při tvorbě scénářů rozhovorů.

S ohledem na tyto limitace se ovšem domnívám, že tato bakalářská práce může sloužit jako malý krůček k dalšímu bádání o domácích porodech v českém prostředí a postupně poodkrývat motivy, které tvoří naši sociálně-kulturní realitu v níž je téma domácích porodů kontroverzní, skupiny domácích rodiček a lékařů spolu odmítají komunikovat, porodní asistentky čelí stasisícovým pokutám, porodnice jsou podfinancované a věda o ženské reprodukci je v českém prostředí přinejmenším nepopulární. Vytrvalé zkoumání těchto jevů nám může v budoucnu pomoci poodhalit komplexnější problémy, které naše společnost prožívá. Může se například jednat o rozkol mezi individuální volbou a systémem, kterou u nás můžeme provázat se vzdorem komunistickému režimu a připojit tak do nekončícího řetězce o otázkách svobody jednotlivce pár dalších dotazů. Jak můžeme odlišit legitimní touhu po vlastní individualitě a svobodě volby s apriorní vzdorovitostí?

Kde končí kolektivní zdraví a začíná moje vlastní možnost rozhodnout se? Jak můžeme nalézt balanc mezi přirozeným a bezpečným? Jsou domácí porody krokem zpět, anebo naopak krokem kupředu? Domnívám se, že pokud nepřestaneme bádát o zdánlivě společensky marginálních tématech, dozvíme se o našem společensko-kulturním jádru více, než se na první pohled zdá. Žádné rozhodnutí jednotlivce neexistuje ve vakuu a ani jev, s kterým se identifikuje zhruba 1 % populace není natolik zanedbatelný, aby si nezasloužil naši pozornost.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

AGIUS SJ., 2013. *Qualitative research: its value and applicability*. The Psychiatrist. 37(6), 204-206. doi:10.1192/pb.bp.113.042770

ALLEA. (2024). *THE EUROPEAN CODE OF CONDUCT FOR RESEARCH INTEGRITY*. All European Academics. Retrieved July 17, 2024, from <https://allea.org/code-of-conduct/>

BERNARD, H. R. (2006). *Research Methods in Anthropology* (4. ed.). AltaMira Press. <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/40820/1/17.pdf.pdf>

BISKUP, P. (2023). *Asistenci u domácích porodů porušují zákon. Trestu se ale zatím bát nemusí*. Novinky.cz. citováno 17.7.2024, Dostupné z: <https://www.novinky.cz/clanek/domaci-asistenci-u-domacich-porodu-porusuji-zakon-trestu-se-ale-zatim-bat-nemusi-40453770>

CONRAD, P., 1992. Medicalization and social control. *Annual Reviews in sociology* 18(2), s.209-232. Conrad, P., 1992. Medicalization and social control. *Annual Reviews in sociology*, 18(2), 209-232. Dostupné z: <https://people.uncw.edu/ricej/deviance/Medicalization%20of%20Deviance,%20by%20Conrad%20and%20Schneider.pdf>

CUŘÍNOVÁ, V.M., (2017). *Domácí porody v kontextu českého zdravotnictví*. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova. Fakulta sociálních věd.

ČLK. (2012). *ODBORNÉ STANOVISKO VĚDECKÉ RADY ČLK K PORODŮM V DOMÁCNOSTI*. Česká lékařská komora. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>

ČSÚ. (2023). *Aktuální populační vývoj v kostce*. Český statistický úřad. Citováno 7.17, 2024, Dostupné z: <https://csu.gov.cz/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>

ČTK. (2011). *Za vážné chyby při porodu potvrdil soud Königsmarkové podmínku*. ČT24. citováno 17.7. 2024, Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/za-vazne-chyby-pri-porodu-potvrdil-soud-koenigsmarkove-podminku-257528>

ČTK. (2016). *Soud ve Štrasburku nevyhověl stížnosti dvou Češek kvůli domácím porodům*. ČT24. Citováno 17.7.2024, Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/soud-ve-strasburku-nevyhovel-stiznosti-dvou-cesek-kvuli-domacim-porodum-105968>

ČTK. (2023). *NSS zamítl stížnost porodní asistentky, porody doma zákony zatím neumožňují*. Česká justice. Citováno 17.7.2024, Dostupné z: <https://www.ceska-justice.cz/2023/06/nss-zamitl-stiznost-porodni-asistentky-porody-doma-zakony-zatim-neumoznuji/>

DURNOVÁ, A., & HEJZLAROVÁ, E. (2021). *Domácí porody v Česku: motivace, důvody a názory žen, které rodily plánovaně doma (2015-2020)*. GAČR, FSV UK. Dostupné z: https://fsv.cuni.cz/sites/default/files/uploads/files/18-10042s_vyzkumnazprava_Durnova_Hejzlarova_27_1_2021.pdf

ERDÔSOVÁ, A., GAŠPAROVÁ, P., BALLOVÁ, Z., & DOSEDLA, E. (2023). *Domáce pôrody ako „právo“ pacientok v kontexte medicíny, legislatívy a judikatury súdov*. Česká

Gynekologie, 5(3), 116-135. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2023-5-6/domace-porody-ako-pravo-pacientok-v-kontexte-mediciny-legislativy-a-judikatury-sudov-135556>

FOUCAULT, M. (1999). *Dějiny sexuality I - Vůle k vědění*. Hermann & Synové

FOX, B., & WORTS, D. (1999). Revisiting the critique of medicalized childbirth. *Sociology of Birth, Gender & Society*, 13(3), 326-346. dostupné z: <https://doi.org/10.1177/089124399013003004>

FRANĚK, O. (2024). *Domácí porody – konečně nějaká použitelná data?* Záchraná služba. Citováno 17.7.2024, Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>

GAINES, A. D., & DAVIS-FLOYD, R. (2018). *ON BIOMEDICINE*. Robbie Davis-Floyd PhD. Citováno 17.7.2024, Dostupné z: <http://www.davis-floyd.com/wp-content/uploads/2016/11/GAINES16ss.pdf>

HEJZLAROVÁ, E.M, DURNOVÁ, A, 2022. Spor o domácí porody jako příklad aktivizace občanské sféry: koncept societalizace Jeffreyho Alexandera. *Sociologický časopis*, 58(2), 151-180.

HENDL, J., 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. PORTÁL s.r.o. ISBN 978-80-262-1968-2

HOŘEJŠÍ, A. (2024). *Analýza současného stavu v porodnictví s ohledem na postavení porodních asistentek a možnosti svobodné volby žen*. UNIPA. Retrieved July 17, 2024, from https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/11/Právní-kontext_Adela-Horejsi.docx.pdf

HOŘEJŠÍ, R. (2013). *PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY U DOMÁCÍHO PORODU JE LEGÁLNÍ! KRAJSKÝ SOUD V PLZNI VYDAL PRŮLOMOVÝ ROZSUDEK, KTERÝM ZASTAVIL SYSTÉMOVÉ PORODNICKÉ NÁSI*. UNIPA, Unie Porodních Asistentek. Citováno 17.7.2024, Dostupné z: <https://www.unipa.cz/pece-porodni-asistentky-u-domaciho-porodu-je-legalni-krajsky-soud-v-plzni-vydal-prulomovy-rozsudek-kterym-zastavil-systemove-porodnicke-nasili/>

HREŠANOVÁ, E. (2011). Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 12(2), 63-74. <https://www.genderonline.cz/pdfs/gav/2011/02/07.pdf>

HREŠANOVÁ, E. (2012). Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů. *Antropowebzin*, 3(3), 177-186. <http://www.antropoweb.cz/cs/genderovanost-porodu-jako-priklad-antropologickeho-zkoumani-lidske-reprodukce-prehled-klicovych-konceptu>

HREŠANOVÁ, E., HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ J. (2008). „Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 44 (1), 87–111, Dostupné z: <https://doi.org/10.13060/00380288.2008.44.1.05>

HUTTON, E. K., REITSMA, A., SIMIONI, J., BRUNTON, G., & KAUFMAN, K. (2019). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a

metaanalysis. *The Lancet, eClinicalMedicine*, 14(59-70), 2642-2653. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>

JEDLIČKOVÁ, V. (2019). *Jsou domácí porody legální?* Věra Jedličková Advokátka. citováno 17.7.2024, Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108284/e68459.pdf?sequence=1>

JOHNSON K.C, DAVISS B. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 2005; 330 :1416, citováno 17.7.2024, Dostupné z: doi:10.1136/bmj.330.7505.1416

KŘEPELKA, P. (2016). Příspěvek k bezpečnosti domácích a ústavních porodů. *Praktická gynekologie*. Praha: Facta Medica,, (2), 84-88. ISSN: 1211-6645

KŘEPELKA, P., VELEBIL, P., MĚCHUROVÁ, A., STRAŇÁK, Z., & FEYEREISL, J. (2020). Complications of planned home births in the Czech Republic between 2016–2017. *Central European journal of public health*, 28(3),230–236. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/cejph.a5641>

KUBÍČKOVÁ, K. (2023). *Česká republika se v oblasti porodního práva konečně mírně přiblížila Západu. Rodit doma není zločin.* Alarm. Citováno 17.7.2024, Dostupné z: https://denikalarm.cz/2023/03/ceska-republika-se-v-oblasti-porodniho-prava-konecne-mirne-priblizila-zapadu-rodit-doma-neni-zlocin/?fbclid=IwAR1GjcY2augOfIm4g-h6-qDUQ_Z92sY5qr6T8yIR_JDxZmSWD9FwpuY3FSo

LEECH, Beth L. Asking Questions: Techniques for Semistructured Interviews. *Political Science and Politics*, 35(4), 2002, 665–68., Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/1554805>.

LENDEROVÁ, M. (2006) Porod a ženské tělo. Diskurz a realita 19. století. *V bludném kruhu. Mateřství a vychovatelství jako paradoxy modernity*. Praha: Slon. 131-154 s. ISBN 80-86429-49-0.

LENDEROVÁ, M., HALÍŘOVÁ, M., HANULÍK, V., PAVELKOVÁ ČEVELOVÁ, Z., STOKLASOVÁ, H., STRÁŇÍKOVÁ, J.(2019). *Ženy s kufříkem a nadějí: porodní báby a asistentky v českých zemích od poloviny 19. do poloviny 20. století*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN: 978-80-246-4475-2.

LOCHMANNOVÁ, A., SOUKUP, M., HENDRYCH LORENZOVÁ, E., JANOUŠKOVÁ, K., RATISLAVOVÁ, K., RYCHLÍK, M., & SALCMANOVÁ, J. (2022). *Porod v proměnách času a kultur*. Pavel Mervart.

Martin, K. A. (2003). Giving Birth like a Girl. *Gender and Society*, 17(1), 54–72. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/3081814>

MIOVSKÝ, M.,2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

ODENT, M. (2009). The Masculinisation of the Birth Environment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23(3), 186-191. https://www.birthpsychology.com/wp-content/uploads/journal/published_paper/volume-23/issue-3/Jn0Yv0VP.pdf

PARUSNIKOVÁ, Z. (2000). Biomoc a kult zdraví / Bio-Power and Healthism. *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review*, 36(2), 131–142. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/41131533>

Postavení a pravomoci Ústavního soudu. (2011). Ústavní Soud. Citováno 17.7.2024, Dostupné z: usoud.cz

PROSPĚCH DURNOVÁ, A. (2022). Role intimity v české kontroverzi ohledně domácích porodů. *Sociologický ústav: Akademie věd ČR* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, Dostupné z: <https://www.soc.cas.cz/projekt/role-intimity-v-ceske-kontroverzi-ohledne-domacich-porodu>

PROSPĚCH DURNOVÁ, Anna. (2022.) Role intimity v české kontroverzi ohledně domácích porodů. In: *Sociologický ústav: Akademie věd ČR* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2018, Dostupné z: <https://www.soc.cas.cz/projekt/role-intimity-v-ceske-kontroverzi-ohledne-domacich-porodu>

PŮČKOVÁ, M., (2019). *Domácí porody v rozhodovací praxi ESLP*. Brno, ČR. Diplomová práce. Právnická fakulta, Masarykova univerzita.

SCHNEIDEROVÁ, S., (2015). *Analýza diskurzu a mediální text*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 9788024628844.

SNOWDEN, J. M., TILDEN, E. L., SNYDER, J., QUIGLEY, B., CAUGHEY, A. B., & CHENG, Y. W. (2015). Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 27(373), 2642-2653. Dostupné z: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1501738>

SOLOMON, S. (2024). *Home births are three times more dangerous than hospital ones; study shows*. Times of Israel. citováno 17.7.2024, Dostupné z: <https://www.timesofisrael.com/home-births-are-three-times-more-dangerous-than-hospital-ones-study-shows/>

STANÍKOVÁ, A. (2022). Problematika plánovaných domácích porodů z pohledu neonatologa. *Česko-slovenská Neonatologie*, 28(2), 307-327. <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-neonatologie/2022-2-30/problematika-planovanych-domacich-porodu-z-pohledu-neonatologa-132987>

SUK, J. (2024). Foucaultův příchod do Čech. *Soudobé dějiny*, 11(4), 52-65. Dostupné z: <https://sd.usd.cas.cz/pdfs/sod/2004/04/03.pdf>

ŠTICHAUEROVÁ, I. (2015). *Domácí porody v médiích*. Diplomová práce (Mgr.) -Univerzita Karlova. Fakulta humanitních studií, 2015.

TINKOVÁ, D. (2014). BIOMOC A „MEDIKALIZACE“ SPOLEČNOSTI JAKO RYSY „MODERNITY“. *Antropowebzin*, 3(4), 107-117. <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/11878/1/Tinkova.pdf>

TINKOVÁ, Daniela. (2010). *Tělo, věda stát: zrození porodnice v osvícenské Evropě*. 1. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0223-9.

Ústavní Soud. (2013). *Plné znění nálezu sp. zn. I. ÚS 4457/12*. Ústavní soud. Citováno 17.7.2024, Dostupné z: <https://www.usoud.cz/aktualne/plne-zneni-nalezu-sp-zn-i-us-4457-12>

VÁVRA, M. (2006). *Tři přístupy k analýze diskurzu – neslučitelnost nebo možnost syntézy?* Dostupné z: <https://explorer.cuni.cz/publication/114925?query=diskurzivni+analýza>

VINTROVÁ, J. a PAŘÍZEK A., (2018). Planned home births in the Czech Republic, 2018. *Česká gynekologie*, 83(3), 204-211. ISSN 1210-7832.

VLHOVÁ, M. (2007). *Plánované porody doma v České republice*. 2007. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta.

WAX, J. R., LUCAS, F. L., LAMONT, M., PINNETE, M. G., CARTIN, A., & BLACKSTONE, J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(3), 2642-2653. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.05.028>

WHO. (1999). *DEFINITIONS AND INDICATORS IN FAMILY PLANNING MATERNAL & CHILD HEALTH AND REPRODUCTIVE HEALTH*. World Health Organisation. Citováno 17.7.2024, Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108284/e68459.pdf?sequence=1>

WHO. (1999). *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Normální porod. citováno 17.7.2024, Dostupné z: <https://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/08/pece-u-porodu-WHO.pdf>

ZÁBRODSKÁ, K., PETRJÁNOŠOVÁ, M. (2013). Metody diskurzivní analýzy. In Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. a kol. (eds.) *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 105-138. Dostupné z: [https://d11.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu\(1\).pdf](https://d11.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu(1).pdf)

Vyhláška č. 55/2011 Sb., *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*

Zákon č. 372/2011 Sb., *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*

Zákon č. 89/2012 Sb., *Zákon občanský zákoník*

PŘÍLOHA 1.

OKRUHY OTÁZEK K ROZHOVORŮM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE NA TÉMA *Domácí porody v České republice*

Verze pro domácí rodičky

Výzkumná otázka:

Hlavní výzkumná otázka reflektuje výzkumný problém rozdílného vnímání tématu domácích porodů mezi zdravotnickým personálem a ženami, které se rozhodly родit doma. Je formulována následovně:

1) Jak přistupuje na území ČR k praxi domácích porodů zdravotnický personál a jak domácí rodičky?

1. Okruh: představení narátorky

- Kolik je vám let, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, jaké je Vaše bydliště?
- Jaké máte zájmy? Co Vás baví, naplňuje, čemu se věnujete?
- Jak byste mi popsala Váš životní styl? Máte například specifickou dietu (veganismus apod.?)
- Můžete mi říct, kolikanásobná matka jste? Pokud jste rodila vícekrát, byly Vaše porody domácí, nebo některé institucionalizované?

2. Okruh: téma porodů z obecného hlediska

- Jak vnímáte porod, jak se Váš pohled na porod vyvíjel? Například dospívání/dospělost atd?
- Jak se postupem času měnil Váš pohled na domácí porod, jak se vyvíjela vaše Cesta k zjišťování informací?
- Jste součástí nějaké komunity domácích rodiček?
- Jak vnímáte porod? je to pro Vás součástí sexuálního života, jakou roli pro Vás hraje ve vztahu k porodu Vaše ženskost a intimita?

3. Okruh: osobní příběh rodičky

- Jaká je Vaše filozofie, víra, spiritualita? Jste součástí oficiální církve?
- Mohla byste mi prosím popsat Váš vztah k tělu? Jak ho vnímáte ve vztahu k přírodě, Vaší víře, k Vašemu dítěti?
- Kolikrát jste byla těhotná – *mohu se zeptat, zda jste prožila potrat a jaký vliv na Vás tato zkušenost měla? Ovlivnilo to například nějak rozhodnutí, kde a jak budete rodit?*
- Proč jste zvolila porod v domácím prostředí a co pro vás tato volba znamená?
- Co se domníváte že je důležité pro dítě, role dítěte a jeho zdraví/bezpečí atd.?
- Strachy, obavy, nejistoty, které Vás při rozhodování provázely?
- **Jak domácí porod probíhal**
- Koho jste měla u porodu, byl to asistovaný porod? (Stihla asistentka přijet?)
- Proběhlo u Vás doplňující vzdělání o domácích porodech? (Literatura, osobní příběhy známých, konzultace, předporodní kurzy atd.)
- Reakce okolí – širší rodiny a manžela (jak reagovala matka, tchýně, věděla to rodina předem?)
- Jak probíhala komunikace s partnerem, byl pro/proti, jakou měl partner roli a jak ji vnímal? (Pokud byly porody domácí i institucionalizované, bylo vnímání porodu jiné?)

4. Okruh: Domácí vs. porod ve zdravotnické instituci, období po porodu

- Jaká byla reakce ošetřující/ho gynekologa/gynekoložky/pediatra (jak se pediatr projevoval?)
- Jakým způsobem jste si zajistila screeniny (3. den), základní péči a jaká zde byla reakce zdravotníků?
- Pokud negativní, jak se s reakcí rodička vypořádala?
- Je něco, čeho jste se po domácím porodu bála zejména v šestinedělí, prvotních dnech po porodu/ ve vztahu ke zdraví dítěte?
- Jaké největší pozitiva a negativa vnímáte jak u domácích porodů, tak porodů ve zdravotnické instituci? (Prosím neváhejte využít osobní, nejen obecné argumentace)

5. Okruh: Stereotypy v debatě a argumentace

- Jak přistupujete k názoru, že domácí porod je „zbytečně nebezpečný a ohrožuje jím nejen sama sebe, ale též i jejího budoucího potomka? “
- Jak vnímáte oficiální stanovisko zdravotnických institucí, jako např.: České lékařské společnosti JEP a dalších institucí – např. České asociace sester, České neonatologické společnosti („*V zájmu zdraví obyvatel naší země není ze zdravotních důvodů vhodné, aby nastávaly takové legislativní úpravy, které by domácí dále porody přímo podporovaly.* “)?
- Jak se stavíte k oficiálnímu stanovisku ČLK (České lékařské komory) a ČPGS (České porodnicko-gynekologické společnosti) která o plánovaných domácích porodech hovoří jako o postupu „*v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tj. „non lege artis.* “?
- Jak vnímáte argument bezprostřední ochrany práv dětí, které dle argumentace většiny oficiálních lékařských společností je plánovaným domácím porodem sníženo a/či ohroženo?
- Jak vnímáte argument lékařských společností ve vztahu k plánovaným domácím porodům že „*snižuje úroveň české perinatologie*“ a přibližuje ČR k úrovni méně rozvinutých zemí?

6. Okruh: Doplnění

- Je něco, na co jsem se Vás v průběhu rozhovoru nezeptala, co byste ještě ráda sdělila nebo nějakou z Vašich odpovědí doplnila?

PŘÍLOHA 2.

OKRUHY OTÁZEK K ROZHOVORŮM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE NA TÉMA *Domácí porody v České republice*

Verze pro lékaře

Výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka reflektuje výzkumný problém rozdílného vnímání tématu domácích porodů mezi zdravotnickým personálem a ženami, které se rozhodly родit doma. Je formulována následovně:

1) Jak přistupuje na území ČR k praxi domácích porodů zdravotnický personál a jak domácí rodičky?

1. Okruh: Představení lékaře/lékařky

- Kolik je vám let, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, jak dlouhou máte lékařskou praxi?
- Proč jste se se rozhodl/rozhodla pro povolání lékaře/lékařky, co Vás k rozhodnutí vedlo?
- Jaké oblasti v lékařství se věnujete, jaká je Vaše hlavní náplň práce?
- Co Vás na práci nejvíce naplňuje a co jsou pro Vás osobně naopak její největší úskalí?
- Čemu se věnujete ve volném čase? Jaké jsou Vaše zájmy, záliby?

2. Okruh: Obecné otázky (lékařství v ČR a institucionalizované porody)

- Jaký máte vztah k tzv. alternativní medicíně a co si pod tímto termínem představujete?
- Jaká je dle Vás úroveň lékařství v České republice?
- Jaké hlavní úskalí vidíte v českém zdravotnictví?
- Můžete mi prosím ve zkratce popsat, jak probíhá porod v nemocnici a jaké jsou institucionální pravidla tam, kde provozujete svou profesi?
- Jaké registrujete momentální trendy v porodnictví ve světě a v České republice?
- Jaká je dle Vás úroveň porodnictví, neonatologie a přidružených oborů v České republice?
- Jak si dle Vás vedeme v kontrastu se zbytkem světa?

3. Okruh: Obecná debata o domácích porodech v ČR

- Ve vztahu k tématům domácích porodů, jak vnímáte momentální debatu na území České republiky? (její intenzitu, důležitost, prezenci v médiích či v lékařském prostředí)
- Pamatujete si nějakou událost, které pro Vás v posledních letech byla v tématu domácích porodů rezonující?
- Jak často se s tématem domácích porodů setkáváte?

5. Okruh: Vlastní Názor na domácí porody

- Můžete mi popsat Váš osobní názor na domácí porody?
- Změnil se nějak Váš názor a co tuto změnu případně způsobilo?
- Odkud si myslíte, že touha žen po domácím porodu pramení?
- Zaznamenal/a jste v posledních letech růst touhy po domácích porodech?

- Máte osobní či profesní zkušenost s porodními domy? Jak k nim přistupujete?
- Jaký máte názor na nové iniciativy v oblasti gynekologicko-porodnických klinik, jako je např. *Centrum porodní asistence* v rámci FN Bulovka nebo FN Brno?
- Jak vnímáte roli porodní asistentky?
- Máte vlastní zkušenost s porodními asistentkami, které se rozhodly pro provázení domácích porodů?
- Setkal/a jste se někdy ve Vašem profesním životě situací, kdy ve Vašem rozhodnutí nekorespondoval osobní názor či přesvědčení s tím lékařským? Jak jste se s tou situací vyrovnal/a a čeho se týkala?
- Setkal/a jste někdy v rámci Vaší profesní kariéry s plánovaným domácím porodem, který musel být s důvodu komplikací dokončen v nemocničním prostředí? Jak situace probíhala a můžete mi popsat Vaše pocity při a po zákroku?
- Jak byste reagoval/a na skutečnost, že by někdo z Vašich nejbližších (sourozenci, partnerka, dcera) projevila zájem o domácí porod?

7. Okruh: Stereotypy v debatě a argumentace

- V roce 2017 proběhl 7. ročník konference zaštiťovaný ČLK na téma *Etická dilemata 21. století – Kontroverze současné medicíny*. MUDr. Helena Stehlíková tentýž rok napsala do časopisu *Tempus Medicorum*, kde proti sobě debatovali Mgr. Candigliota a Prof. MUDr. Antonín Pařízek, CSc. a prim. MUDr. Martin Čihař následující: „*Zastánkyně domácích porodů hovořily hlavně o svých pocitech a nechci se nikoho dotknout, ale jako kdyby porodem doma dokázaly něco víc než ty, co rodí v porodnici.*“ Jak k tomuto tvrzení přistupujete?
- Co si myslíte o názoru doc. MUDr. Víty Weinbergera, Ph.D., přednosty gynekologicko-porodnické kliniky FN Brno ve vztahu k roli porodních asistentek? („*Tímto krokem jsme udělali jasno v tom, jaká oblast patří do rukou porodní asistentky a jaká do rukou lékařů, přičemž obě profese vidím jako rovnoprávné. Porodní asistentka je tou nejvhodnější zdravotnickou profesí v péči o zdravou těhotnou a rodící ženu.*“)
- Ve výzkumu, pracujícím s daty mezi lety 2016-2020 Týmů katedry Veř. a Soc. politiky FSV UK, který zahrnoval dotazníkové šetření mezi 642 ženami které rodily doma, téměř 100% uvedlo, že jedním z největších slabin české porodní péče je **nevažování schopností a kompetence rodičky a realizace zákroků bez jejího souhlasu (téměř 100 % žen velmi nebo spíše vadí)** - co si o tomto tvrzení myslíte a můžete jej nějak zhodnotit?
- **95 % - 96 % dotazovaných v témže výzkumu odpovědělo, že jim velmi či spíše vadí následující: Ponižování, zesměšňování/ Manipulace s rodičkami a rutinní nástřih hráze:** Můžete mi přiblížit vlastní profesní zkušenost ve vztahu ke zmíněným slabinám? Jsou dle vás tyto slabiny aktivní součástí českého porodnického prostředí v nemocnicích?
- V roce 2020 podala porodnice FN Motol trestní oznámení na porodní asistentku Z. Štromerovou, která asistovala u domácího porodu, v jehož průběhu zemřelo dítě. Soudní znalec a porodník Antonín Doležal k případu konstatoval: *zavinění obžalované nespočívá v nedbalosti, lajdáctví či vědomém zanedbání povinností porodní asistentky, nýbrž v jejím přesvědčení stoupenkyně tzv. alternativních metod. Nemám ji za člověka, který by byl*

*nečestný, ale ona má své přesvědčení, které ji dovedlo do takové situace. Je tady mrtvé dítě a je to následek, když to mírně nazvu, velice nejobtímného chování. "Můžete se s tímto tvrzením ztotožnit, uvažujete o domácím porodu taktéž jako o tzv. **alternativní metodě**?"*

- Jak přistupujete k názoru angažovaných organizací (jako např. UNIPA), která se snaží o prosazení *svobodné volby ženy v otázce volby místa porodu*?
- Na základě směrnice EU, která byla při vstupu ČR implementována do českého právního řádu (z. o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb *O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů*) stanovuje, že porodní asistentka, která po získání odborné způsobilosti a splní zákonem stanovené podmínky (registrace apod.) je „**způsobilá vykonávat své povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu.**“: nedává jí tedy toto uzákonění právo vést samostatně fyziologický porod?
- V čem je dle Vás debata o domácích porodech v ČR nejvíce problematická?

8. Okruh: Doplnění

- Je něco, na co jsem se Vás v průběhu rozhovoru nezeptala, co byste ráda sdělil/a nebo nějakou z Vašich odpovědí doplnil/a?