

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra Psychologie

ZKUŠENOSTI ŽEN S TECHNIKOU HYPNOROD

WOMENS' EXPERIENCES WITH THE HYPNOBIRTHING
TECHNIQUE



Magisterská diplomová práce

Autor:

Bc. Eva Aberlová

Vedoucí práce:

PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

Olomouc

2024

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Zkušenosti žen s technikou hypnoporod*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci, dne

Podpis

Chtěla bych poděkovat vedoucí svojí práce, paní Ph.Dr Veronice Šmahajové, Ph.D. za veškerou pomoc a čas, který mi při psaní této práce věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám za důvěru a otevřenost sdílet jejich porodní příběh. Děkuji i svojí rodině, partnerovi a přátelům za bezmeznou podporu po čas celého vysokoškolského studia.

OBSAH

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 TĚHOTENSTVÍ A POROD	8
1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	8
1.2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY TĚHOTENSTVÍ.....	9
1.2.1 Psychika žen během těhotenství.....	9
1.2.2 Prenatální komunikace.....	11
1.2.3 Vliv emocí v těhotenství.....	12
1.3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PORODU	13
1.3.1 Fáze porodu.....	14
1.3.2 Přítomnost blízké osoby u porodu.....	16
1.3.3 Kontakt s miminkem po porodu.....	17
2 ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY PORODU	19
2.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	19
2.2 HISTORIE ALTERNATIVNÍCH PORODŮ	20
2.3 PŘEDSTAVITELÉ ALTERNATIVNÍCH PORODU	21
2.3.1 „Porod bez násilí“ dle Frederica Leboyera	21
2.3.2 „Znovuzrozený porod“ dle Michaela Odenta	22
2.3.3 „Bezbolestný porod“ dle Fernanda Lamaze.....	22
2.3.4 „Porod za přítomnosti partnera“ dle Roberta Bradleyho	22
2.4 ODBORNÉ STANOVISKO K ALTERNATIVNÍM ZPŮSOBŮM PORODU.....	23
3 HYPNOPOROD	25
3.1 HYPNÓZA	25
3.1.1 Definice hypnózy	25
3.1.2 Historie hypnózy	25
3.1.3 Hypnóza v porodnictví	26
3.2 VYMEZENÍ POJMU HYPNOPOROD.....	27
3.3 HISTORIE A POČÁTKY HYPNOPORODU	29
3.3.1 Koncept přirozeného porodu.....	29
3.3.2 Vznik Hypnoporodu	30

3.4	HYPNORODNÍ PŘÍPRAVA	31
3.4.1	Filozofie a poslání hypnoporodu.....	32
3.4.2	Témata hypnoporodní přípravy.....	33
3.4.3	Fyziologie strachu a porodní bolesti.....	35
3.5	TECHNIKY A PRŮBĚH HYPNORODU	37
3.5.1	Dýchání.....	37
3.5.2	Relaxace.....	39
3.5.3	Vizualizace.....	41
3.5.4	Prohlubování	42
3.6	HYPNOROD A ŠESTINEDĚLÍ	44
3.7	HYPNOROD V ČESKÉ REPUBLICE A ZAHRANIČÍ.....	46
3.7.1	Další instituty metody hypnoporod	47
3.7.2	Hypnoporod v České republice.....	48
4	ZKUŠENOSTI ŽEN S TECHNIKOU HYPNOROD.....	49
4.1	ZAHRAČNÍ LITERATURA, VÝZKUMY A STUDIE	49
4.1.1	Kvalitativní výzkumy	49
4.1.2	Kvantitativní výzkumy	50
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	52
5	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	53
5.1	CÍLE VÝZKUMU.....	53
5.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	54
6	APLIKOVANÁ METODIKA VÝZKUMU	55
6.1	TYP VÝZKUMU	55
6.2	METODY TVORBY DAT.....	55
6.3	METODY ZPRACOVÁNÍ DAT	57
6.4	METODY ANALÝZY DAT	58
7	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	61
8	ETICKÁ STRÁNKA VÝZKUMU	63
9	REFLEXE VÝZKUMNÍKA.....	64
10	VÝSLEDKY VÝZKUMU	66

10.1 POPIS JEDNOTLIVÝCH PŘÍPADŮ	66
10.2 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH PŘÍPADŮ	70
10.2.1 Kateřina.....	70
10.2.2 Eliška	77
10.2.3 Veronika.....	81
10.2.4 Michaela.....	88
10.2.5 Anežka	94
10.3 ANALÝZA SPOLEČNÝCH TEMATICKÝCH OBLASTÍ	103
10.3.1 Předchozí porodní zkušenost.....	103
10.3.2 Hypnoporod.....	106
10.4 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	110
11 DISKUSE.....	116
11.1 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	116
11.1.1 Diskuze metodologických limitů výzkumu	120
11.1.2 Přínosy výzkumu a náměty dalšího směřování	121
12 ZÁVĚR.....	123
SOUHRN.....	125
SEZNAM LITERATURY	129
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A SCHÉMÁT	149
SEZNAM PŘÍLOH.....	150

ÚVOD

Těhotenství, porod a mateřství je jedinečnou životní etapou každé ženy, a přesto jeden aspekt všechny spojuje. Tím aspektem je propojení tělesné a duševní schránky. Tělo i psychika jsou navzájem provázané a jejich interakce ovlivní průběh a prožívání celého porodního děje. Proto vnímáme jako nesmírně důležité v této životní etapě umožnit každé ženě dostatek podpory a bezpečí, aby tak snáze dokázala čelit svému strachu a nejistotě, které jsou přirozenou součástí porodního procesu. Každé ženě by mělo být umožněno, aby měla z porodu krásný prožitek, na který bude s úsměvem vzpomínat.

Tato diplomová práce se zabývá metodou hypnoporod. Tuto celostní předporodní přípravou založila v 80. letech americká hypnoterapeutka Marie Monganová, ve které tělesnou i duševní schránku žen propojuje. Jedním z podnětů pro zvolení tohoto tématu byla její vzrůstající popularizace. Během posledních deseti let se dostala i do českého prostředí, a nyní je již v podvědomí mnoha žen. Dalším podnětem byl zájem a zkušenost s autohypnózou, kterou považujeme za silný a účinný nástroj při práci s vlastní myslí a fyziologií těla. Velmi nás zaujalo propojení technik vizualizací, relaxací a dechových cvičení s porodním procesem a chceme tyto souvislosti prozkoumat více do hloubky.

Pro ženy je předporodní příprava velmi důležitá. Mnohdy vyhledávají kurzy, kde mohou mezi sebou a s odborníkem komunikovat a uplatnit získané informace u porodu (Nolan, 2009). Podle WHO (2005) by se měly v mateřství zohledňovat individuální potřeby žen a nabízet jim více možností volby. Předporodní příprava hypnoporod se z mnoha studií ukazuje být velmi vlivná na prožitek žen v mnoha oblastech. Rodičky ve výzkumech vykazovaly nižší úroveň strachu z nadcházejícího porodu (Bülez et al., 2019), lepší zvládání porodní bolesti a její menší intenzitu (Andriani et al., 2020), či větší aktivní přístup a pocit smysluplnosti z porodu (Uldal et al., 2023). Některé studie naproti tomu zjistily negativní důsledky hypnoporodní přípravy, kterými byly vysoká pozitivní očekávání, z čehož plynuly pocity zklamání a viny (Hollander et al., 2017). Na tento aspekt upozorňuje také Shearer (1990). Podle něj je velmi důležité vědomí toho, že i předporodní příprava ženám nemusí zaručit příznivý průběh porodu, jelikož zde vstupuje několik proměnných z hlediska jejich individuální fyziologie a psychologie. Práce si klade za cíl tyto oblasti zmapovat a hlouběji prozkoumat.

Teoretická část bude zaměřena na psychologické aspekty těhotenství a porodu. Dále zde budou shrnuty poznatky alternativních způsobů porodu v pojetí významných autorů, včetně jejich zhodnocení a porovnání s výstupy některých výzkumů a studií. Nejrozsáhlejší kapitola

se komplexně věnuje samotné metodě hypnoporod se zakotvením v odborných tématech z oblasti psychologie. V poslední kapitole budou zmíněny zahraniční studie a výzkumy, které se metodou hypnoporod doposud zabývaly, a to včetně přínosů, ale i možných negativ.

Empirická část bude obohacena o rozhovory se ženami, které mají s hypnoporodní přípravou vlastní zkušenost. Jedním z dílčích cílů práce je zjistit, proč se rozhodly hypnoporodní přípravu absolvovat a jaký dopad měly hypnoporodní techniky na jejich psychiku během těhotenství. Dále budou mapovány souvislosti mezi těmito technikami a průběhem porodu, a v neposlední řadě bude popsáno zpětné zhodnocení hypnoporodní přípravy a zreflektování jejího osobního významu. Analýza získaných dat nám pomůže k nalezení stěžejních témat a k zodpovězení výzkumných otázek. V závěrečné části srovnáváme naše zjištění s výzkumy, které se zabývají obdobnou tematikou, a nabízíme další možnosti směřování výzkumného záměru.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ A POROD

V první kapitole stručně popíšeme a vymezíme pojmy týkající se způsobů vedení porodu. Dále se zaměříme na psychologické aspekty těhotenství a porodu, včetně psychiky ženy v jednotlivých trimestrech, prenatální komunikací a vlivem emocí v těhotenství. V neposlední řadě nastíníme psychické prožívání žen v jednotlivých porodních fázích, význam kontaktu s miminkem po porodu a přítomností blízké osoby u porodu.

1.1 Vymezení základních pojmů

V oblasti porodu existují dva hlavní modely, které se odlišují ve způsobu chápání v péči o ženu a představ ohledně průběhu porodního procesu. První **medicínský** neboli **lékařský model**, lze interpretovat jako soubor opatření s cílem ochránit matku i dítě. Tato opatření musí být současně založena na již ověřených znalostech současné medicíny (Binder et al., 2011). Medicínský model zastává názor, že i bezproblémový porod vyžaduje kontrolu a opatření lékařského personálu, který následuje své zásady vyhovující mu více než samotné rodící ženě (Lábusová & Mrzlíková, 2004). Lékařsky vedený porod zastává jasné postupy a všechny organizační a medicínská opatření zajišťující optimální péči o rodičku a její plod (Hájek et al., 2014). Při závažných komplikacích však lékařsky vedený porod představuje obrovský potenciál pomoci pro zachování zdraví matky i dítěte. **Model přirozeně vedeného porodu** respektuje základní potřeby ženy a vychází z předpokladu, že je porod normální a fyziologický proces, kterému žena udává tempo a dokáže jej zvládnout vlastními silami (Lábusová & Mrzlíková, 2004). Pojem přirozený porod je v této diplomové práci více přiblížen v následujících kapitole „*Alternativní způsoby porodu*“. **Porod v domácím prostředí** může být zapříčiněn situací, kdy žena neúmyslně nestihne transport do nemocnice. Ve většině případech se však jedná o porod plánovaný, kdy si žena z jakýchkoliv důvodů přeje родit doma. Ačkoliv tento způsob porodu mnohdy zahrnuje cílenou přípravu a zajištění lékařského personálu, může přinášet jistá rizika (Mrowetz & Peremská, 2013). **Spontánní fyziologický porod** je také nazýván porodem vaginálním. Jedná se o porod, který probíhá na základě přirozených mechanismů porodního procesu bez rizikových faktorů, kdy není zde potřeba žádného lékařského zásahu (Roztočil et al., 2008). Tento přirozený způsob porodu představuje řadu psychologických i zdravotních benefitů pro matku i dítě. Opakem fyziologického porodu je **císařský řez**. Jedná se o chirurgický zákrok, kterým se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru či porod samotný z důvodu ohrožení matky, plodu či obou zároveň (Hájek et al., 2014). Císařský řez však přináší řadu rizik a psychika ženy jím může

být značně ovlivněna v podobě úzkostí či pocitů selhání (Honzák, 1999). Akutní císařský řez představuje jeden z nejsilnějších ukazatelů nespokojenosti s porodním zážitkem (Takács et al., 2015).

1.2 Psychologické aspekty těhotenství

Těhotenství je pro mnoho žen důležitým přechodovým obdobím. Jedná se o motivovaný krok zrání a složitý proces ovlivněný hormony, které regulují všechny fyziologické děje včetně mateřského chování (Benedek, 1956). Těhotenství zasahuje do všech rovin osobnosti ženy. V důsledku těhotenství se mění i sociální oblast – mezilidské vztahy, které se mohou s očekáváním nového člena rodiny posílit nebo naopak oslabit. Také může postupně docházet ke změnám režimu a rutinních aktivit zahrnujících větší sebekpěči, změny ve stravě a prenatální kontroly. Tyto aktivity se mohou výrazně lišit od období před otěhotněním (Dunkel-Shetter & Tanner, 2012).

1.2.1 Psychika žen během těhotenství

I v případech chtěného těhotenství jej každá žena vnímá zcela odlišně. Velmi záleží na celém kontextu a okolnostech, ve kterých se nachází. Těhotenství s sebou nepřináší jenom radost a pozitivní emoce, ale mnohdy i strach a úzkost. Na počátku těhotenství žena může mít obavy, jak její partner tuto zprávu přijme (Hájek et al., 2014). Na psychiku ženy má rovněž velký vliv, jestli je miminko plánované a chtěné. Neplánované těhotenství s sebou přináší velmi často smíšené pocity než radostné chvíle očekávání (Roztočil, 2011; Řičan, 2004). Žena také může mít nadměrná očekávání od svého fungování. Tato očekávání se mohou promítat i do jiných oblastí, kdy při jejich nenaplnění se mohou dostavit pocity zklamání. Žena očekává, že bude naplněna láskou k dítěti a dalším členům rodiny, či že bude vnímat od svého okolí sociální oporu. Dále žena může doufat, že příchod nového členalepší kvalitu partnerského vztahu. Také může očekávat zvýšení vlastní hodnoty, kde se na druhé straně nachází strach z jejího poklesu například v oblasti zaměstnání či sexuality (Skutilová, 2016). Také tělo ženy podléhá značným fyziologickým změnám mající dopad na její duševní stránku. Na změně nálady se podílí prudký nárůst hormonů estrogeneru a progesteronu, které také hrají velký vliv ve vývoji dítěte. Hormony mohou způsobit pocity únavy, rozrušenosti, či kognitivní změny. Někdy může docházet i k depresivním symptomům či dalším poruchám nálad (Hanáková, 2010). Psychický stav ženy je také značně ovlivněn na fázi těhotenství a jednotlivých trimestrech (Newham & Martin, 2013). Pro mnoho žen je první trimestr spojen

s fyzickými symptomy nevolnosti, zatímco pozdější fáze těhotenství jsou pravděpodobně charakterizovány vyšším fyzickým stresem a únavou (Lubin et al., 1975).

První trimestr¹ těhotenství s sebou přináší první tělesné změny, které ženě mohou pomoci k postupné přípravě na mateřství (Höfer & Szász, 2021). Žena si v tomto období může klást plno otázek ohledně mateřství a pocitu připravenosti stát se matkou. Také se může dostavit pocit nevratnosti, strach ze zodpovědnosti a z nadcházejícího porodu, či nechuť k vlastnímu tělu a vyrovnávání se se změnou tělesného schématu (Vágnerová, 2008). Myšlenky ženy se mohou také týkat úvah o domácích a pracovních změnách, které budou nutné při přípravě na příchod miminka (Öhman et al., 2003; Ruble et al., 1990; Statham et al., 1997). Další obavy se také mohou týkat strachu z časně ztráty miminka, obzvláště když nějaký potrat samy zažily či znají někoho blízkého, který potratil (Hájek et al., 2014). Ženy může provázet nejistota, rozladěnost a přecitlivělost, či obavy z infekčních nemocí, které by mohly narušit vývoj plodu (Ratislavová, 2008). Některé ženy mohou pociťovat nevolnost, nespavost, či naopak pocity velké hladu, a tyto stavy mohou náladu ženy značně ovlivnit. Obecně je prvních několik týdnů podle Gregory a Velemínského (2017) nejtěžších, a pokud se žena necítí být ve své kůži, je potřeba jí vlít důvěru, že se její stav v dalším období zlepší. Na druhé straně ženy mohou pociťovat výrazné pocity štěstí, radosti a těšení se na miminko.

V **druhém trimestru** předchozí problémy většinou odeznívají a kolísání nálady je stabilnější. Ženské tělo se výrazně mění, a je možné vidět miminko na ultrazvukovém vyšetření lépe a zřetelněji. Ve dvacátém týdnu těhotenství je obvykle určen zdravotní stav plodu, což může představovat významný zdroj obav. Po této kontrole mohou rodiče znovu získat více klidu (Eurenius et al., 1997). Také Gregora a Velemínský (2017) hodnotí druhý semestr jako nejkrásnější období. I přes to, že je každá žena odlišná, obvykle v tomto čase nachází sama sebe a měla by využít čas k odpočinku a klidu. Těhotenství má vliv i na sociální oblast ženy, jelikož je na první pohled patrné pro okolí a rodina i přátelé mohou přicházet s různými radami. Žena v tomto období potřebuje sociální oporu a její sociální bublina ji tak v některých ohledech může zklamat (Gregora & Velemínský, 2017). Pokud má žena po svém boku partnera, může myslet na jeho přítomnost a na vznik a budování nové rodiny, která se skládá z otce, matky a dítěte (Ratislavová, 2008). Pohyby miminka jsou ve druhém trimestru zřetelnější a žena si v tomto období tak většinou začne plně uvědomovat budoucí mateřskou roli. Höfer a Szász (2021) ve své knize píše, že uvědomování si budoucího mateřství může vyvolat vzpomínky a srovnávání se s vlastní matkou.

¹ 1. trimestr je období prvních tří měsíců těhotenství (Hanáková, 2010).

Třetí trimestr se nese ve znamení blížícího se konce těhotenství, což s sebou může přinášet netrpělivost a nervozitu ženy i jejího okolí (Gregora & Velemínský, 2017). Žena přestává mít obavy ze ztráty miminka, a naopak může nastupovat strach a nervozita z porodu, bolesti a možných komplikací (Adam & Daimler, 1991, citováno v Hudáková & Kopačiková, 2017). Obavy z porodu jsou výraznější u prvorodiček, nebo u žen majících špatnou zkušenost z předchozího porodu (Wilhelmová et al., n.d.). Negativní emoce mohou plynout z narůstajícího nepohodlí z důvodů bolestí zad a pánevního dna, a také z nespavosti a únavy. Žena má také zvýšenou potřebu pozornosti a podpory od svého partnera, a je pro ni velmi důležité zázemí (Ratislavová, 2008). Pro mnoho žen je třetí trimestr z hlediska emocí stejně náročný a komplikovaný, jako ten první (Höfer & Szász, 2021). V epidemiologických studiích bylo toto potvrzeno růstem diagnóz úzkosti a depresivních poruch v prvním a třetím trimestru (Lee et al., 2007).

1.2.2 Prenatální komunikace

Prenatální komunikace je středem zájmu prenatální psychologie, kdy se jejímž prostřednictvím **vytváří vztah** mezi dítětem a rodiči již před jeho narozením. Tato komunikace se dá nazvat jako první učitelkou dítěte, která má vliv na jeho budoucí vývoj. Komunikace je neustálá a mezi matkou a dítětem probíhá instinktivně a nenuceně (Teusen & Goze-Hänel, 2003). Jedním z významných představitelů, kteří se prenatální komunikací v našem prostředí zabývali, byl Zdeněk Matějček. Psal o souvislostech mezi prožíváním matky a dopady na plod, zejména silnými duševními pohnutky, které vyvolávají odezvy v organismu dítěte. Dle něj jeho duševní život začíná dávno před porodem. „*Dítě nepochybně žije dávno před tím, vnímá, učí se, pamatuje si*“ (Matějček, 2005, s. 229).

Prenatální komunikace se vyznačuje schopností plodu učit se. Plod je aktivní a již v děloze se připravuje na život po narození (Šulová, 2004). Bílkovinné struktury adrenokortikotropní hormon, vazopresin, melanocyty a další polypeptidy souvisí s tvorbou centrální nervové soustavy umožňující plodu vnímat nitroděložní informace (Fedor-Freyberg, 2013). S prenatální komunikací také úzce souvisí nitroděložní vývoj smyslů, které se tvoří v druhé polovině těhotenství a jsou zodpovědné za vstřebávání informací z vnějšího okolí (Teusen & Goze-Hänel, 2003). Rettner (2009) popisuje pozorování reakcí plodu skrze ultrazvuk na stimulaci jemnými vibracemi. První podráždění vedlo k vylekání, ale další stimulační byly pro plod klidnější a došlo k postupné habituaci². Habituace se podle

² Habituace je raným projevem schopnosti učení a paměti. Dítě využívá selektivní pozornost a

Chamberlaina (2014) vyvíjí až ke konci těhotenství spolu s vývojem centrální nervové soustavy. Dle Marka (2002) plod v děloze dokáže snít, a projevuje se relaxací a rozjímáním.

Žena je s dítětem spojena převážně **emočním poutem**, které se ještě více upevní s jeho prvními pohyby, které přicházejí zhruba v polovině těhotenství. Poměrně rychle dokáže jednotlivé pohyby rozeznat a navnímat jeho sdělení (Beránková, 2014). Pohyby miminka lze lépe zaznamenat na konci dne při odpočinku, kdy nervová soustava plodu začíná být aktivnější, čímž stimuluje dělohu (Teusen & Goze-Hänel, 2003).

Existuje několik způsobů, jak s nenarozeným dítětem komunikovat. Jedním z nich je skrze **dotek**, který je nejčastějším a nejpřirozenějším projevem lásky a náklonnosti. Plod velmi dobře reaguje na doteky matčiny dlaně (Teusen & Goze-Hänel, 2003). Dalšími metodami může být **hudba a zpěv**. Samotný hlas matky je pro plod více výrazný než ostatní zvuky. Nejdříve je schopen rozeznat zvuky nižších vibrací a následně přechází k tónům s vibrací vyšší (Marek, 2002). Podle Ondriové a Cínové (2013) se prostřednictvím hudby v těhotenství může rozvíjet budoucí talent a kreativita. Také samotná **řeč** matky je pro dítě uklidňující. Už při čtení pohádek v těhotenství se mateřské pouto rozvíjí (Teusen & Goze-Hänel, 2003). Další z metod jsou **vizualizační techniky**, při kterých si matka vytváří představu dítěte a jeho budoucí příchod na svět. Podle Machikena (2016) prostřednictvím vizualizace matka může rozeznat, co si dítě přeje. Tento způsob komunikace je také časem, kdy si žena užívá chvíle pro sebe a se svým nenarozeným miminkem (Teusen & Goze-Hänel, 2003).

1.2.3 Vliv emocí v těhotenství

Na prenatalní komunikaci navazuje téma emocí v těhotenství. V mnoha výzkumech a odborných studiích je popsána teorie **stresu v těhotenství** a jeho negativního dopadu na miminko. V kontextu těhotenství je prokázána souvislost mezi stresem a negativními důsledky fyziologických procesů v těle ženy a současně vyvíjejícího se plodu (Padgett & Glaser, 2003). Jelikož je žena biochemicky s plodem propojena, vstupují stresové neurotransmitery do krevního oběhu plodu přes placentu, a ovlivňují jeho totožné tkáně a orgány jako u matky. Při chronickém stresu těhotné ženy stresové hormony ovlivňují distribuci průtoku krve k plodu, a tímto procesem mění fyziologii rozvíjejícího se plodu. Například produkce nadměrného kortizolu vede ke změně tvorby nefronů plodu a k inhibici jeho růstu, což vede k jeho nižší porodní váze a porodním komplikacím s ní spojenými

ignoruje nepodstatné podněty (Thorová, 2015).

(Wadhwa et al, 1993). Úzkost a stres u žen podle Dunkel-Shettera a Tannera (2012) zvyšuje riziko předčasných porodů a způsobuje nízkou porodní váhu novorozenců a vrozené vady. Plod je od okamžiku početí neustále naladěný na matčino chování, myšlenky a emoce, což ovlivňuje vývoj jeho mozku, a tím i budoucí osobnost, temperament a inteligenci (Phillips-Moore, 2012). Literatura a studie ukazují, že snížení strachu a úzkosti spojených s porodem snižují celkové vnímání bolesti, užití analgetik a umělého oxytocinu při porodu a zvyšuje celkovou spokojenost s prožitím porodu, a zároveň snižuje míru výskytu poporodních depresí (Isbir & Okumus, 2011). **Pozitivní emoce** a prožívání jsou v těhotenství jeden z nejdůležitějších aspektů. Jones (1942) tvrdí, že pokud je postoj ženy k nenarozenému dítěti čistě pozitivní, průběh těhotenství a porodu, s výjimkou možných fyzických komplikací, bude provázen láskou a hrdostí. Vnímání subjektivní pohody v těhotenství je také úzce spjato se sociální oporou, která podle Battulga et al. (2021) může snížit riziko deprese během těhotenství. Tato nedávná čínská studie provedla systematickou revizi studií v databázích PubMed, ScienceDirect a Google Scholar, které se zabývaly vlivem sociální opory na subjektivní pohodu těhotných žen. Výsledky ukázaly, že sociální opora měla významný vliv na prožívání pozitivních emocí a well-beingu. Ženy s vyšší sociální oporou vykazovaly větší zdraví, vitalitu, a také měly lepší těhotenské výsledky. Emocionalitu v těhotenství ovlivňují i osobnostní faktory těhotné ženy (Jones, 1942). Výsledky švédské studie Sjöströma et al. (2004) zkoumala pocit smyslu koherence (SOC)³ u těhotných (N=120) žen na jejich vnímání duševní pohody a zvládání stresových situací v těhotenství. Ženy vyplnily Dotazník smyslu koherence, Index zdraví a Škálu nemocniční úzkosti a deprese. Autoři přišli s pozitivními výsledky provázanosti vyšší SOC s vyšším hodnocením subjektivní pohody, menší mírou úzkosti a nižší náchylnosti k depresi (Sjöström et al., 2004).

1.3 Psychologické aspekty porodu

„Porod, podobně jako smrt, představuje univerzální zkušenost. Může být tím nejmocnějším tvůrčím zážitkem v životě mnoha žen. Může být zlomkem v proudu lidské existence, fragmentem, který nemá nic nebo jen málo společného s vášnivou touhou, jež vytvořila toto dítě. Anebo je možné prožívat ho krásně a s důstojností a porod sám může být oslavou radosti.“

³ Koncept SOC od Antonovského je postaven na složkách srozumitelnosti, zvládnutelnosti a smysluplnosti. Lidé s vyšší mírou SOC lépe zvládají stresové situace, což vede k lepšímu duševnímu prožívání (Antonovsky, 1987).

Zrození nového života je jeden z významných přechodových rituálů každé ženy. Tak mimořádná událost, jakou je porod, mění ženu v celé její komplexnosti. Marek (2002) popisuje porod jako zázrak, kdy denně dochází k početí u devět set tisíců žen a narodí se čtyři sta dětí. Narození dítěte nemá význam pouze pro samotnou ženu, ale také pro její nejbližší okolí. Rodina a její kontext se s příchodem nového jedince na svět navždy změní (Simkin, 2000). Stejně jako se každá žena liší prožíváním svého těhotenství, není tomu jinak ani u porodního procesu. Porod je velmi mimořádná a zátěžová situace, která může mít nepříznivý fyziologický i psychický dopad na matku i dítě (Ratislavová, 2008). Dick-Read (1949) o porodu mluví jako o události která není čistě pouze mechanická, ale je úzce propojena s různými emocionálními fázemi. Dále dodává: „*Porodnictví spočívá v chápání mysli stejně jako těla žen, aby mohla porodit své dítě s minimálním zraněním jak tělesné, tak emocionální schránky*“ (Dick-Read, 1949, s. 652). Průběh porodu má významný dopad na navázání vztahu s dítětem i na integritu osobnosti ženy (Leboyer, 2020). Jinými slovy vše, co se u porodu děje, bude mít dopad na to, jak žena bude vnímat samu sebe, a tento zážitek si s sebou nese po celý život. V dlouhodobé perspektivě se kruh uzavírá, a společnost sama pak ovlivňuje způsob, jakým děti přicházejí na svět (Štomerová, 2010).

1.3.1 Fáze porodu

Samotný porodní proces je složen ze tří částí, a jeho délku může ovlivňovat mnoho faktorů. Jedním z nich může být souvislost s první či vícerou porodní zkušeností, kdy se u druhorodiček porodní fáze ukazují být oproti prvorodičkám kratší (Cheng et al., 2007). Před třemi porodními fázemi je tzv. **přípravná fáze**, což je období posledních týdnů těhotenství a doba před začátkem porodu, kdy se tělo ženy na porod připravuje (Macků, 2000). Objevují se poslíčky – předzvěstné stahy, které mají podobu bolestí v podbřišku. Mohou se objevit už měsíc před samotným porodem. Jsou na rozdíl od pravých porodních kontrakcí nepravidelné a při pohybech nezesilují. Poslíčky žena milně může považovat za počátek porodu, zvláště pokud ji čeká její první porodní zkušenost. V tomto období poklesne děložní fund, což je způsobeno vstupem hlavičky do pánevního vchodu. Tím zmizí tlak v oblasti plic a zmírní se děložní obtíže. Naopak stoupá tlak na močový měchýř (Roztočil et al., 2008). Přípravná fáze je naplněna očekáváním. Podle Dicka-Reada (1949) není v životě ženy náročnější období než poslední dva týdny před porodem.

První fáze porodu je nazývána **počáteční** či **otevírací**. Tato fáze je ze všech nejdelší, ale zároveň nejméně intenzivní ze všech tří fází. Je charakterizována kontrakcemi trvajícimi

30–60 sekund s rozestupem od pěti do dvaceti minut, kdy se čípek rozevívá na tři centimetry (Harms, 2004, citováno v Landolt & Milling, 2011). Žena v této porodní fázi může zažívat různé pocity. S nástupem porodního procesu se mohou dostavit pocity úlevy a radosti, ale i úzkosti a strachu (Simkin, 2000). Ratislavová (2008) ve své knize píše o pocitech rozrušení, které žena s přicházejícím porodem zažívá. Žena ví, že se porod blíží a je před ní dlouhá fáze otevírání. Uvědomuje si, že bude muset pravděpodobně čelit porodním bolestem a přichází myšlenky na to, jestli tyto bolesti zvládne. Po časně fázi porodu nastává **fáze aktivní**, kdy je děložní branka otevřena na 4 cm a postupně se otevírá až na 8 cm. Tímto vlivem přichází také intenzivnější a bolestivější kontrakce, přičemž v tuto chvíli mohou ženy žádat o analgezii či epidurální anestezii (Harms, 2004, citováno v Landolt & Milling, 2011). Žena je velmi zaneprázdněna porodním procesem, soustředí se sama na sebe a ve své mysli může být velmi neklidná. V této chvíli se může současně cítit osamocena a nejvíce ze všeho si přeje společnost a podporu (Dick-Read, 1949; Simkin, 2000). Tento dlouhý proces může rodící ženu brzy vyčerpat, a ke konci může mít pocit nucení na tlačení (Ratislavová, 2008). Vnímání bolesti může také ovlivňovat předchozí zkušenost s porodem, kdy prvorodičky vnímají mnohem více sensorické bolesti (Jones et al., 2012). Porod se postupně překlene do tzv. **přechodové fáze**, kdy se porodní branka zcela otevře a hlavička dítěte se nachází v porodních cestách a postupuje jimi ven. Přechodná fáze je nejkratší, ale zato velmi intenzivní, a děložní čípek je rozšířen do plných deseti centimetrů (Harms, 2004, citováno v Landolt & Milling, 2011). Některé ženy mohou projevovat své pocity pláčem či křikem, kdy mohou vzniknout i pocity paniky, že žena své dítě nezvládne porodit (Simkin, 2000).

Druhá porodní fáze neboli **fáze vypuzovací** či **tlačení** zahrnuje silné intenzivní kontrakce s možnými pocity pálení v oblasti hráze. Fáze začíná po dosažení plného rozšíření děložního čípku a končí, jakmile se miminko narodí (Littleton & Engebretson, 2004, citováno v Landolt & Milling, 2011). Druhá fáze je charakterizována úzkostí a bolestí. Dick-Read (1949) mluví o tzv. třetí emoční fázi, kdy plno žen v tento moment chce porod vzdát a uniknout. Simkin (2000) píše o ambivalentních pocitech, kdy mají ženy silné nutkání tlačit, ale zároveň pociťují velmi intenzivní bolest z tlaku hlavičky dítěte na stěnu pochvy. Může být pro ně v tuto chvíli velmi obtížné pracovat s děložním svalstvem, které je nezbytné uvolnit pro příchod dítěte na svět. Mnoho žen v tuto chvíli přestává tlačit kvůli velkému strachu z roztržení a poranění. Pokud se ženě podaří tento strach překonat, může přijít pocit síly a impulz porod dotáhnout do samého konce (Anderson, 2010).

Třetí závěrečná porodní fáze zahrnuje narození miminka i vypuzení placenty, které trvá minuty až desítky minut. Aby se vypuzení placenty usnadnilo, děloha je ještě ve fázi

mírných kontrakcí, které už však nejsou bolestivé (Harms, 2004, citováno v Landolt & Milling, 2011). Dick-Read (1949) hovoří o úžasné proměně vyčerpané ženy, která vynaložila všechno úsilí, ve šťastnou a spokojenou usmívající se ženu. Po porodu je žena plně koncentrovaná na své miminko, na jeho vlásky, prsty a všechny ostatní rysy. Společně s partnerem mohou v tuto chvíli prožívat jednu z nejkrásnějších chvil svého života (Hanáková, 2010).

1.3.2 Přítomnost blízké osoby u porodu

Sociální opora není pro ženu významná pouze v těhotenství, ale také u samotného porodu. Pro rodící ženy je důležitá stálá podpora blízkého člověka a zároveň minimální péče ze strany zdravotnických pracovníků (Ratislavová, 2008). V nejčastějších případech se jedná o **partnera** ženy, který má dnes mnoho možností, jak se do porodního procesu aktivně zapojit. Podle Simkina (2000) je velmi důležité, aby partner u porodu uměl zachovat klid a porod jej zcela nepohltil. Na téma pomoci a přítomnosti mužů u porodu bylo v minulosti provedeno mnoho výzkumů. Lábusová a Mrzlíková (2004) odkazují na jeho působení v celkovém průběhu porodu a ulehčení práce odborníků. Dle Gungora a Bejiho (2007) ženy hodnotí porodní zkušenost pozitivněji, když je s nimi u porodu jejich partner. Avšak Waldenström et al. (1999) uvádí, že souvislost s přítomností partnera u porodu a následnou spokojeností s porodním procesem nemá spojitost. Pokud se však partner rozhodne účastnit se porodu, je podle Roztočila et al. (2008) ideální s partnerkou navštívit předporodní kurzy pro získání základního přehledu o těhotenství a porodu.

Přestože je dnes přítomnost partnera u porodu běžnou a přirozenou záležitostí, je podmíněna volbou obou partnerů a její užitečnost sami zvažují a reflektují. Partneři by měli vycházet ze svých vlastních představ. Co je pro někoho nezapomenutelným zážitkem, může být pro druhého stresující událostí (Macků, 2000). Také Feyereisl a Křepelka (2015) hovoří o tom, že by si partner měl svoji přítomnost u porodu svobodně zvolit a za svým rozhodnutím si stát. Jeho přítomnost je dle autorů u porodu důležitá, ale ne úplně nezbytná.

Podporující osobou u porodu nemusí být pouze partner, ale i jiný člen rodiny, dula⁴, nebo jiná **důvěrná osoba**, kterou si žena vybere. Ve své době si byl tohoto aspektu vědom i Odent, který ve své knize píše: „*Přese všechnu důležitost pohlaví musí být podstatnou vlastností spoluúčastníka porodu – ať už je to žena či muž – schopnost pomoci ženě, aby se*

⁴ Dula je žena, která na základě vlastní zkušenosti rodiče při porodu poskytuje emocionální i fyzickou podporu, avšak není zdravotnickým pracovníkem (Bašková, 2015; Feyereisl & Křepelka, 2015).

cítila v bezpečí a volněná“ (Odent, 1995 s. 70). Goer a Královec (2002) tvrdí, že ženy, které mají u porodu dulu, zažívají během porodu méně bolesti, a po porodu pociťují větší uspokojení a naplnění. Pozitivní vliv přítomnosti duly u porodu potvrzuje i Roztočil (2011) a uvádí, že ženy vykazují kromě spokojenosti s porodem také úspěšnější kojení a menší množství intervencí během porodu. Sociální opora celkově představuje protektivní faktor před depresivními symptomy po porodu (Tani & Castagna, 2017). I když je podpora rodičky dnes pokládána za běžnou součást péče, podle Enkina et al. (1998) vždy záleží na konkrétní porodnici a na **přístupu zdravotnického personálu**. Catala et al. (2020) zdůrazňují důležitý aspekt podpory ze strany zdravotníků na celkovou spokojenost žen s porodem. Významnou roli v tom může hrát **porodní asistentka**, která je na rozdíl od duly zdravotnickým pracovníkem. Proto může být významné navázání důvěry rodičky s porodní asistentkou už před samotným porodem. Podle Waldenströma et al. (2004) spokojenost žen se zdravotní péčí následně ovlivní hodnocení porodního zážitku.

1.3.3 Kontakt s miminkem po porodu

První kontakt matky a miminka po porodu má zásadní význam. Vrchol porodního procesu mnohdy netkví v narození dítěte, ale v okamžiku bezprostředním kontaktu s ním po porodu. Proces tvorby vztahu mezi matkou a dítětem se nazývá **bonding**. Podle Gaskinové (2010) se jedná o původní a okamžité spojení mezi matkou a dítětem, kdy mezi nimi dojde ke stmelení emocionálního a fyzického pouta. To je nezbytné pro zajištění péče a přežití novorozeného miminka. Cílem je také podporovat zdravé adaptační mechanismy dítěte a vytvořit vzájemný vztah nejen s matkou, ale i s dalšími významnými členy rodiny (Mrowetz & Peremská, 2013). Proto by po narození od sebe matka a její dítě neměli být odděleni a nemělo by docházet k jejich rušení v prvních dvou hodinách po porodu. V tento moment dochází k velké pozitivní hormonální reakci a odezvě u obou, k vzájemnému poznávání se, k prohloubení vztahu a navázání pouta – zamilování se (Wilhelmová et al., n.d.). Čím více se po porodu podpoří tento kontakt „kůže na kůži“, tím více se ulehčí start novorozence do života a jeho adaptování se na vnější prostředí. Tímto krokem zdravotní personál také pomůže matce k posílení zvládnutí jejích budoucích rodičovských kompetencí a situací spojených s výchovou (Mrowetz & Peremská, 2013). V 70. letech o význam společného kontaktu matky a dítěte po narození píší ve svých studiích pediatri Klaus a Kennell, kteří vycházejí z teorie citové vazby od J. Bowlbyho (Kennell et al., 1974, citováno v Lozoff et al., 1977). Přišli s pojmem tzv. senzitivní perioda, což je období vývojových změn, během něhož má vystavení se daným podmínkám nejvíce dosažitelný efekt (Knudsen, 2004).

Důležitým faktorem ovlivňujícím vzájemný vztah matky a dítěte je tedy doba v blízkém kontaktu v prvních hodinách a dnech života. Tento proces připoutání má následný dopad na dlouhodobé mateřské chování a vztahy s dětmi (Kennell et al., 1974).

2 ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY PORODU

V této kapitole vymezíme základní pojmy týkající se alternativních způsobů porodu. Představíme si jejich historii včetně významných autorů a metod, kterými jsou Frederic Leboyer, Michael Odent, Ferdinand Lamaze a Robert Bradley. Také zde shrneme poznatky některých zahraničních studií, které se alternativními metodami u porodního procesu zabývaly.

2.1 Vymezení základních pojmů

Alternativní způsoby porodu změnily přístup mnoha lékařů k porodnické praxi (Monganová, 2010). V této oblasti se lze setkat s několika pojmy, které jsou navzájem propojené. Pojmem alternativní způsob porodu spadá pod **humanistický model** porodnictví, který klade důraz na pohodu rodící ženy a dítěte se snahou být co nejméně invazivní (Rattner, 2009). Humanistický model má zvnitřněné zásady **přirozeného porodu**, jehož záměr podle WHO zní: „*Cílem péče je dosažením zdraví matky i dítěte s nejmenším zásahem, který se slučuje se zajištěním základního bezpečí. Tento přístup respektuje přirozený proces porodu a jakýkoliv zásah by měl mít platný důvod*“ (World Health Organization, 1985). Místo léků, které se při lékařsky vedeném porodu používají ke snížení vnímání bolesti, se u přirozeně vedeného porodu užívá přírodních, nefarmakologických metod, a není využívána ani epidurální analgezie (Štromerová, 2010).

Podle Lábusové a Mrzlíkové (2004) je **alternativní způsob porodu** propojení jak obecných medicínských principů a poskytování lékařských služeb, tak lidský přístup zabývající se psychickou stránkou žen. Jde o alternativy k zavedenému způsobu porodnictví, které se snaží poskytnout emocionální podporu během celého porodního procesu s ohledem na potřeby, hodnoty a přání rodičky, ale zároveň nezanedbávají bezpečnost matky a dítěte. Eberhard a Geissbühler (2000) popisují alternativní metody jako takové, které pečlivě sledují a řídí porod, omezují využívání invazivních metod, podporují přirozený porodní proces, a umožňují ženě se aktivně podílet a činit volby podle vlastních potřeb. Rattner (2009) pojednává o přechodu od humanistického modelu k **holistickému**, jež je řízen individuální péčí a zahrnuje pohled na porod jako na událost zahrnující biologickou, kulturní, sociální i duchovní složku.

2.2 Historie alternativních porodů

Ke konci 19. století se porody začaly postupně přesouvat do prostředí nemocnic. Ve střední Evropě se porodnost v 30. letech 20. století postupně navyšovala, a v 70. letech byl porod v nemocnicích běžnou záležitostí (Sarti & Sparnacci, 2007). V té době byl uplatňován princip autority, která rozhoduje, a rodička jakožto podřízená osoba měla tyto nařízení uposlechnout (Marek, 2002). Těhotné ženy byly vnímány jako bezbranné, a většinou rodily na úzkých postelích, v chladných místnostech, připojené k monitorům a bez možnosti svobodného pohybu (Eberhard & Geissbühler, 2000). V polovině 20. století působil britský porodník Grantly Dick-Read, který kritizoval lékařské zásahy do porodního děje (Roztočil et al., 2008). V té době měly ženy zájem o přípravu k porodu, a tak vznikaly první knihy, kde byly většinou jen obecné informace o těhotenství a porodu (Sarti & Sparnacci, 2007). Read začal v době svého působení prosazovat předporodní kurzy, jejichž program vymyslel a který následoval principy přirozeného porodu (Mander, 2014). Read rodičky informoval o průběhu porodu, učil je celkové relaxaci, nácviku dýchání, čímž se snažil přiblížit porodnické psychoprofylaxi⁵. Taktéž zdůrazňoval vytvoření příjemného prostředí při porodu (Mohapl, 1998). Obecně však představa přirozeně vedeného porodu byla ve společnosti stále neukotvena. Na základě medicínsky vedených porodů a využívání invazivních metod se zastánci přirozeně vedených porodů pokusili během 70. let o tzv. *humanizaci porodu*, jejímž cílem bylo převážně umožnit blízkým osobám rodičky vstoupit na porodní sál (Roztočil et al., 2008). Jednalo se o tendenci k přirozenějšímu, rodinně orientovanému porodnímu procesu, v jehož středem pozornosti byl pár a jejich zkušenost, nikoliv zdravotničtí pracovníci (Mathews & Zadak, 1991). Ženy v té době zčásti začaly vyžadovat jiné porodní alternativy a způsoby vedení porodu (Sarti & Sparnacci, 2007). V 80. letech 20. století v rámci reakce na rozšířenou medikalizaci porodu v zemích Evropy i USA vyústila kritika na lékařsky vedené porody (Hašková, 2001; Martucci, 2018).

Historie alternativních porodů sahá do hlubší problematiky porodnictví. Zastánci přirozených porodů nebyli jen porodníci, ale připojili se k nim i lidé z veřejnosti. Tito reformátoři hlásali své myšlenky ve prospěch feministického hnutí, zatímco jiní vnímali přirozený porod jako jediný správný model porodu (Doughty, 2013). Porod se tak stal v éře ženského hnutí jako prostředek k posílení žen ve společnosti (Martucci, 2018). Doughty

⁵ Psychoprofylaxe je pojen označující předporodní přípravu, jejímž cílem je získat co nejvíce informací a dovedností. Tato předporodní příprava by ženě měla umožnit zvládnout období těhotenství, porodu a po porodu (Bašková, 2015).

(2013) míní, že koncept přirozeného porodu podléhá mnoha interpretacím a v některých případech se v minulosti nejednalo pouze o oblast porodnictví, ale také o způsob společenské reformy. Ačkoliv byly snahy o reformu porodnictví v mnoha případech úspěšné, autonomie žen během porodu stále zůstává do určité míry omezena (Leavitt, 2009).

2.3 Představitelé alternativních porodu

V době reformy porodnictví působilo několik odborníků, kteří vedli porod alternativními způsoby respektující zásady přirozeného porodu, a své zkušenosti z praxe sepsali do vlastních knih. Tito odborníci vnímali základní potřeby žen, k nimž patří potřeba nerušeného klidu, tepla, intimity a bezpečí (Lábusová & Mrzlíková, 2004). Autoři alternativních způsobů porodu vyzdvihovali kontextuální a psychosociální prvky v porodním prostředí, které významně ovlivňují zážitky s porodem a jeho fyziologické procesy (Olza et al., 2020). Nejvýznamnější z nich budou přestaveni v následujících podkapitolách.

2.3.1 „Porod bez násilí“ dle Frederica Leboyera

Francouzský lékař Frederic Leboyer měl jako první odvahu vystoupit proti zaběhnutým medicínským postupům. V roce 1974 napsal knihu *Porod bez násilí*, ve které kritizoval tehdejší způsob porodnické péče, převážně nemocničního prostředí a neosobního přístupu porodního personálu (Pařízek, 2008). Porodní sály se za jeho vedení proměnily na bezpečnější a tiší místo zajišťující optimální a bezpečné prostředí. Novorozenci nebyli matkám po porodu ihned odebráni a vzájemný kontakt byl výrazně delší. Rodičky měly možnost svého potomka ihned nakojit a pupeční šňůra byla odstřižena až po jejím dotepání (Evans, 1997; Marek, 2002). Leboyer byl na novorozence velmi napojen a pozitivní atmosféru na porodním sále vnímal jako velmi důležitou. Dle něj má být zachováno ticho, při němž je matka na dítě napojena, dotýká se ho a masíruje mu záda (Pařízek, 2008). Novorozence viděl jako lidské bytosti, které přicházejí na svět za šera a klidu matčina lůna, a proto chtěl zamezit oslňujícím světlům a hluku (Leboyer, 1995; Marek, 2002). Bezpečné prostředí je podle Uvnas-Moberga et al. (2019) spojeno se spokojeností s porodem a umožňuje uvolňování oxytocinu, který je důležitý pro stimulování dělohy při porodu, snižování bolesti a úrovně stresu. Leboyer svojí představou klidné a bezpečného prostředí přispěl do porodnické praxe, kde porodní sály působí téměř domácím prostředím (Binder et al., 2011).

2.3.2 „Znovuzrozený porod“ dle Michaela Odenta

Dalším z průkopníků přirozeného porodu byl francouzský lékař Michael Odent. Ve své knize *Birth Reborn* myšlenku přirozeného porodu zpopularizoval a dále rozpracoval. Na rozdíl od Leboyera se Odent při porodu soustředí na ženu a klade důraz na její aktivní přístup (Odent, 1995). Při porodu by žena neměla být ničím rušena, neboť v sobě má všechny předpoklady porodit své dítě hladce svým tempem (Marek, 2002). Odent se zajímal o životní styl, každodenní zvyky, i míru stresu každé ženy. Také v porodnici vytvořil tzv. primitivní pokoj a společenskou místnost, které měly připomínat prostředí domova a místo pro setkávání s podpůrnou komunitou lidí. *„Časem jsme však zjistili, že toto společné zpívání má i jiné, bezprostřednější přínosy. Za prvé, zpívání představuje pro ženy prostý způsob, jak procvičit brániční svalstvo, a tak se učí soustředit se na výdech, což jim může pomoci k celkovému uvolnění během porodu“* (Odent, 1995, s. 50-51). Odent odmítal vaginální vyšetření ženy při porodu a vyšetření plodu pomocí kardiografu (Bašková, 2015; Ratislavová, 2008). Také u fyziologických porodů jako jednu z metod úlevy od bolesti využíval hydroterapii (Henrique et al., 2018).

2.3.3 „Bezbolestný porod“ dle Fernanda Lamaze

Francouzský porodník Fernando Lamaze vychází z prvků metody Reada. Následně vypracoval vlastní metodu, která byla ve své době ministerstvem zdravotnictví doporučena a rozšířena do západních zemí (Mohapl, 1998). Základ metody tvoří odbornou edukaci žen v oblasti fyziologie porodního procesu, která měla minimalizovat prožívání bolesti u porodu (Evans, 1997). Bezbolestného porodu lze podle jeho metody docílit správným dýcháním, uvolněním, pozitivním očekáváním porodu a spoluprací s porodnickým týmem a partnerem (Ratislavová, 2008). K dalším technikám patří základní relaxační cvičení, kondiční cviky, a metody k tlumení bolesti za pomoci reflexního vlivu kožních podnětů ve formě masáží (Mohapl, 1998). Ratislavová (2008) dodává, že pro dosažení pozitivního zážitku z porodu nebylo v Lamazově metodě vyloučeno podávání léků tlumících bolest.

2.3.4 „Porod za přítomnosti partnera“ dle Roberta Bradleyho

Bradleyovu metodu založil americký porodník Robert A. Bradley, jehož přístup je také nazván porodem za přítomnosti partnera. Byla to tedy první metoda, která zapojovala partnera do celého procesu (Ratislavová, 2008). Podobně jako Read, i Bradley ženy učil relaxační techniky, dechová cvičení a změny poloh při porodních kontrakcích. V Bradleyově

metodě pár pravidelně dochází na předporodní kurzy, kde se s principy metody blíže seznamují (Evans, 1997).

2.4 Odborné stanovisko k alternativním způsobům porodu

Podle Roztočila et al. (2008) každá alternativní metoda prochází různými etapami vývoje. První etapa s sebou nese nadšení, druhá kritiku a třetí etapa kriticky přístupy zhodnocuje. Nereálné prvky jsou vypuštěny, a naopak ty přínosné zavedeny do rutinní praxe. Obecně je však velmi těžké posoudit, jaké metody a techniky jsou pro ženu i dítě žádoucí, jelikož se ani dnes odborníci v medicínské oblasti nemusí shodovat. Mathews a Zadak (1991) tvrdí, že alternativní metody porodu zahájily vlnu změn porodního procesu v nemocničním prostředí. Porodnice nyní hledají způsoby, jak ženám usnadnit péči a prostředí jim co nejvíce zpříjemnit. Tímto propojením dochází ke kombinaci alternativně vedeného porodu, který je zasazen do medicínského prostředí (Mathews & Zadak, 1991).

Z výše uvedených poznatků Leboyer nechával novorozence déle spojeny s pupeční šňůrou. McDonald et al. (2013) uvádí, že u termínově narozeného dítěte je tento postup velmi přínosný, jelikož zvyšuje hladinu erytrocytů a hemoglobinu v krvi, stejně tak u předčasně narozených dětí. Dle Rabeho et al. (2019) je v případě dotepání pupečnicku u předčasně narozených dětí nižší riziko úmrtí. Avšak ACOG (2021) uvádí, že děti, u kterých byl pupečník přerušen opožděně nebo zcela dotepal, byl zjištěn mírně zvýšený výskyt novorozenecké žloutenky, což potvrzuje také WHO (2014).

Odent odmítal napojení plodu na kardiograf z důvodu působení nadměrných stresorů. Podle Roztočila et al. (2008) je monitorování srdečních ozev plodu naopak žádoucí, stejně jako přiměřený stres, neboť si tak už od prvopočátku vytváří algoritmus jeho zvládnutí. Dále jako jednu z metod využíval hydroterapii pro tlumení porodní bolesti. Švýcarská studie Eberharda a Geissbühlera (2000) zavedla na porodním oddělení alternativní koncept porodu v letech 1991 až 1997 v celkovém počtu 9 418 porodů, kdy byly sledovány změny ve volbě metod žen a průběhem porodu v období předešlých pěti let. Studie ukázala větší počet porodů do vody, nižší nástřih hráze a nižší užívání epidurální analgezie, která v té době byla v jiných porodnicích ve Švýcarsku dvojnásobná. Také Benfield et al. (2001) zkoumali využití hydroterapie ve snížení úzkosti a bolesti v první fázi porodu (N=18). Polovina z celkového počtu žen byla umístěna po dobu jedné hodiny do teplé vody. Tyto ženy následně vykazovaly menší úzkost, porodní bolest a větší nárůst porodní plazmy. Hladiny stresových hormonů zůstaly u obou skupin stejné. Dle závěrů má hydroterapie účinky na krátkodobé snížení úzkosti a bolesti při porodu.

Bradley ženám doporučoval alternativní polohy během porodu. Nedávná indická studie Gediya et al. (2022) zkoumala výhody alternativních porodních poloh na psychické prožívání žen během porodu a výsledky v poporodním období. Ženy (N=600) byly po polovině rozděleny na intervenční a kontrolní skupinu. Intervenční skupina, kde ženy rodily v kleče či ve stoje, vykazovala nižší porodní bolest, vyšší spokojenost, menší potřebu nástřihů hráze a vyšší APGAR skóre. Na délku porodu neměly tyto metody vliv. Terry et al. (1999) ve svém článku srovnávají dostupnou literaturu a studie zabývající se alternativními polohami při porodu. Podle autorů nebyl prokázán škodlivý vliv alternativních poloh na novorozence. Střídání poloh naopak může mít pozitivní vliv na optimalizaci porodu z hlediska času a pohodlí. Autoři však zdůrazňují vliv podpory a povolení poskytovatele zdravotní péče (Terry et al., 1999).

Také Lamazova metoda byla prozkoumána několika výzkumy. Podle Amise (2015) Lamazova metoda účinně pomáhá ženám porozumět tomu, jak se vyrovnat s bolestí způsobem, který usnadňuje porod a zvyšuje pohodlí. Hotelling (2013) naproti tomu uvádí, že obsah výukové techniky může mít negativní vliv na důvěru ženy ve své vlastní schopnosti. Nový indický výzkum Karkady (2023) zkoumal účinky Lamazovy metody na dobu trvání porodu (N=28). Ženy v intervenční skupině (n=14) aplikovaly Lamazovy dechové techniky v prvním i druhém stadiu porodu. Výsledky studie podpořily tvrzení, že dechové techniky usnadňují přirozený průběh porodu a zkracují dobu trvání porodního procesu (Karkada, 2023).

Autoři alternativních porodů dbali na celkové nastavení porodních podmínek, prostředí a osobní přístup. Nová švédská studie Goldkuhla et al. (2023) se zabývala vlivem porodního prostředí na průběh porodu a porodní zážitek žen (N=406), které byly náhodně rozděleny do dvou skupin. Jedna skupina rodila v klasickém porodním pokoji, a druhá v pokoji respektující zásady přirozeného porodu s ohledem na jejich individuální potřeby. Výsledky studie ukázaly, že ženy v tomto pokoji měly pozitivnější zážitek z porodu. V českém prostředí Takács et al. (2015) zkoumali psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu žen. Autoři provedli obsahovou analýzu 189 psaných porodních příběhů a 44 polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami. Největší dopad na povahu klimatu mají faktory související se vztahovým hlediskem, kterými jsou ochota, podpora, pomoc a komunikace se zdravotnickým personálem (Takács et al., 2015).

3 HYPNOROD

O metodě hypnoporod lze nalézt jen zlomek ucelených zdrojů. Jelikož je tato diplomová práce orientována na hypnoporodní přípravu, je kapitola nejobsáhlejší. Jsou zde témata, která s hypnoporodní přípravou úzce souvisí a jejichž uvedení vnímáme z hlediska naplnění cílů práce a propojení teoretické a praktické části jako důležité. První krátká podkapitola je věnována hypnóze, včetně jejího vymezení, historie a využití v oblasti porodnictví. V následujících kapitolách se už úzce věnujeme metodě hypnoporod. Vymezíme samotný pojem „hypnoporod“ a jeho historické koncepty, ze kterých metoda vychází. Také popíšeme okolnosti jeho vzniku a pojetí pohledem zakladatelky. Následně nastíníme filozofii, témata a techniky, včetně teoretického propojení s některými oblastmi psychologie a příslušnými studii. V neposlední řadě si popíšeme, jaké organizace se hypnoporodu v České republice a v zahraničí věnují.

3.1 Hypnóza

3.1.1 Definice hypnózy

Hypnóza je považována za **prostředek léčby** v mnoha směrech. Během vývoje se postupně stala celosvětově uznávanou metodou v oblasti zdravotnictví i psychoterapie a byla schválena Britskou lékařskou asociací jako platná forma úlevy od bolesti (Clark, 2016). Americká psychologická asociace definuje hypnózu jako proceduru, během níž odborník nebo výzkumník sugeruje, že klient, pacient či subjekt prožívá změny v pocitech, vnímání, myšlení či chování (Zatloukal, 2016). Spiegel a Spiegel (2008) popisují hypnózu jako **stav silně soustředěné pozornosti**, která je spojena se zastavením periferního vnímání. Podle Kratochvíla (2009) se jedná o zvláštní psychický stav, k jehož charakteristikám patří změněný stav vědomí, zvýšená sugestibilita a selektivní vztah závislosti na hypnoterapeutovi. **Sugestibilita** je schopnost podvědomí pacienta reagovat na pokyny v hypnotickém stavu. Těmito pokyny jsou tzv. **sugesce** neboli posthypnotické sugesce, které mají za cíl ovlivnit budoucí chování a prožívání hypnotizovaného po probuzení se z hypnotického stavu (Zíka, 1992).

3.1.2 Historie hypnózy

Hypnóza je známá po staletí a její historie sahá do daleké minulosti. Zmínky o ní lze nalézt po celém světě, přestože do dnešního dne může stále vzbuzovat záhadu a tajemství (Clark, 2016). Hypnóza byla jako nástroj k léčení v minulosti hojně využívána například

v čínské medicíně, ale také ve starém Egyptě a starověkém Řecku. Léčitelé svým pacientům do ucha našeptávali sugesce v podobě ozdravných vět. Zmínky o hypnóze lze nalézt také v křesťanství, které hojně využívá hypnotického jazyka kazatelů, modliteb, či poutní místa charakteristická pro věřící návštěvníky doufajících v uzdravení (Kroulík, 2020). Vědecké zakotvení hypnózy je spojeno s rakouským lékařem Franzem Mesmerem. Ten popsal stav transu jako **animální magnetismus**, kdy docházelo k působení na jedince v rámci energie magnetického pole (McKenna, 1995). Samotný termín hypnóza vychází z řeckého slova *hypnos* neboli spánek. Tento pojem zavedl James Braid, jenž se odklonil od animálního magnetismu a rozvinul teorii slovní **suggestibility** a **hypnotismu**. Tím přispěl v oblasti hypnózy k velkému posunu (Lynn & Kirsch, 2006). Britský chirurg James Esdalle v Indii studoval efekt hypnotismu při práci s bolestí. Provedl stovky operací, u nichž použil hypnózu místo anestetika (McKenna, 1995). Průkopníkem **autosugesce** byl francouzský lékař Emil Coué. Hypnóza je dle něj vždy autohypnózou, jenž má formu pozitivní afirmace (Zíka, 2011). Hypnóza se také úzce pojí s představitelem psychoanalýzy, Sigmundem Freudem. Ten ji v určitém období ve své psychotherapeutické praxi využíval jako jeden z nástrojů k léčení hysterie, ale později od ní upustil (Hoskovec & Hoskovcová, 1998). Jedním z nejproslulejších a celosvětově uznávaných hypnoterapeutů 20. století se stal psychiatr Milton H. Erickson. Měl své vlastní a specifické postupy práce, které se pojí pouze s jeho osobností a které není možné využívat jinými terapeuty (Kratochvíl, 2009).

3.1.3 Hypnóza v porodnictví

V **oblasti porodu** jsou první zmínky o využití hypnózy a relaxace zaznamenány ve druhé polovině 18. století jako součást nefarmakologické analgezie. V této době se však hypnóza vyvíjela velmi pomalu a do popředí vstupovaly léčiva v podobě éteru, chloroformu a později morfinu a hioscinu (Hudáková & Kopáčiková, 2017). Větší rozvoj hypnózy byl zaznamenán v první polovině 19. století, kdy byla využívána především v oblasti psychiatrie. Největší rozvoj hypnotických technik v porodnictví je zasazen do první poloviny 20. století jako odpověď na popularizaci nemedikamentózně vedených porodů. V té době byla již známá hypnosuggestivní metoda ve všech evropských zemích (Kuželová, 2003). Z té se vyvinula tzv. porodnická analgezie, jejímž cílem bylo snížit porodní bolest. Průkopníkem hypnózy u porodu v Evropě byl německý gynekolog a porodník von Oettingen v Heidelbergu (Kuželová, 2003). Následně v 20. letech 20. století ruští psychiatři Platonov, Nikolajev a Velvovský zavedli psychotherapeutickou metodu bezbolestného porodu na základě hypnózy a sugescí. Principem bylo, aby se ženy u porodu soustředily na jiné vjemy

těla, čímž se porodní bolest měla stát méně intenzivní. Autoři vycházeli z Pavlova učení o podmíněných reflexech. Došli k tvrzení, že bolest není způsobena jen přímým drážděním nervových zakončení, ale často pouhá představa o bolesti a s nimi spojené negativní emoce mohou způsobit bolest samy o sobě (Hudáková & Kopáčiková, 2017). Práci Platonova později rozvinul například Ferdinand Lamaze, který založil svoji vlastní techniku postavenou na principech přirozeného porodu.

V Americe se hypnóza u porodu začala hojně rozvíjet v 60. letech 20. století. Použití hypnózy u porodu propagovali američtí lékaři Kroger a Freed (Kroger, 1960). Kroger měl zkušenosti s hypnotickou anestezií u operace štítné žlázy, a později se poprvé podílel na využití hypnotické anestezie také u porodu. Oba zákroky byly zdokumentovány a využívány jako učební materiály na lékařských fakultách a vědeckých setkáních (Time, 1956). Na těchto dokumentech byl natočen film s názvem *Clinical & Experimental Hypnosis*, kde měl úvodní slovo známý americký hypnoterapeut Michael D. Yapko (Kroger, 2008). V roce 1957 se Kroger stal spoluzakladatelem Americké společnosti pro klinickou hypnózu spolu s již zmíněným Miltonem H. Eriksonem, a následně v roce 1961 na základě svých zkušeností napsal knihu *Childbirth with Hypnosis*. I přes jeho odbornost s využitím hypnózy u porodu nadále o její rozvinutí či vyvinutí uceleného programu neusiloval. Prezident Americké společnosti pro klinickou hypnózu, David Cheek, jenž byl uznávaný hypnoterapeut a současně porodník, také využíval hypnotické techniky při porodu (Cheek, 1959). V této době působil také lékař R. V. August, který byl svědkem více než tisíce porodů, kde byla využita hypnóza jako prostředek ke tlumení porodní bolesti (August, 1961, citováno v Swencionis et al., 2012). Stejně tak Hassan-Schwartz Galle ve své knize *Hypnosis, yoga, and psychotherapy* podrobně popisuje používání hypnotických technik při porodu, včetně přípravy na porod v období těhotenství (Swencionis et al., 2012). Hypnóze u porodu se také krátce věnoval kanadský lékař Alain Chiasson, ale stejně jako jiní lékaři se nepodílel na jejím dalším rozvoji (Chiasson, 1990, citováno v Hammond, 1990).

3.2 Vymezení pojmu hypnoporod

„Mým snem je, aby všechny ženy, všude na světě, poznaly radost z porodu, který bude skutečně bezpečný, pohodlný a naplňující pro ně i jejich dítě.“

Marie F. Morganová

Hypnoporod je ucelený a komplexní program předporodní přípravy pro těhotné ženy, jehož filozofií je tyto ženy připravit na porod jak z fyzické, tak i psychické stránky. Tato

metoda si klade za cíl ženě zajistit klidný a přirozený průběh porodu, s největším respektem k jejím porodním přáním a potřebám. Název metody pochází od americké hypnoterapeutky Marie Monganové, jenž získala oficiální licenci v USA ve městě New Hampshire organizací *National Guild of Hypnotists – Hypnosos Certification Training*. Monganová ve své knize *Hypnoporod* (aj. *Hypnobirthing: The Morgan Method*) popisuje svými slovy následovně: „*Hypnoporod je stejnou měrou filozofie rození a technika či metoda porodu. Základním principem celého programu je, že porod je pro ženy normální, přirozenou a zdravou funkcí*“ (Monganová, 2010, s. 43). Na základě propojení zkušeností s vlastním porodem a přínosů hypnózy založila v roce 1989 institut *HypnoBirthing International*, kde tyto dva aspekty propojuje (Atis & Rathfisch, 2018). Institut nabízí kompletní kurz hypnoporodu pro těhotné ženy a jejich partnery, ale také vzdělávání pro ženy, které se chtějí stát certifikovanými lektorkami hypnoporodu. Kniha *Hypnobirthing: The Morgan Method* přeložena do několika jazyků. Monganová v ní shrnula své myšlenky a zkušenosti, díky nimž se snaží citlivě přistupovat k emočním i duchovním potřebám rodičích žen (Monganová, 2010).

Metoda hypnoporod vychází především z prací autorů přirozených porodů. Přirozeným porodem, (aj. *natural childbirth* nebo *prepared childbirth*), je definován takový způsob porodu, během něhož nejsou podávány léky na bolest, ani žádné jiné utišující prostředky, které by mohly mít farmakologický vliv na matku i dítě (Pařízek, 2008). Pro zastánce přirozených porodů je charakteristický komplexní přístup zahrnující fyzickou i psychickou stránku těhotných žen. Ačkoliv žádná z metod přirozeného porodu termín „hypnóza“ nepoužívá, je v jejich koncepcích využita kapacita silného soustředění pozornosti, což je pro typické i pro stav transu indukovaný hypnózou (Cosmi, 1995). Trans neboli hypnotický stav je přirozeným zážitkem, který může spontánně nastat i několikrát za den. Takového stavu lze docílit vedenými meditacemi či vizualizací, ale i běžnými činnostmi. Těmito činnostmi jsou denní snění, nevnímání uplynulého času, či ponoření se do jakékoliv činnosti. Toto úzké zaměření pozornosti jsou příklady hypnotického stavu (Olness, 1995; Roet, 1986, citováno v Phillips-Moore, 2012).

Heinkelová a Kornetzká (2015) popisují předponu *hypno* jako symbol využití vnitřní síly ženy k dosažení vytouženého výsledku přirozeného porodu za použití dechových cvičení, vizualizací a prohlubování uvolnění, díky nimž se dostane do stavu podobném transu. Cosmi (1995) ve své knize píše, že ať už se jedná o jakýkoliv přístup a východisko přirozeného porodu, je možné jejich metody symbolicky považovat za rituály, které v každé ženě vyvolávají schopnost prožít hypnotický stav. Hypnoporod celostní principy přirozeného porodu následuje a využívá relaxačních, vizualizačních a dechových cvičení,

díky kterým se žena do stavu podobného hypnóze může dostat, například pomocí technik prohlubování. Hypnóza jakožto izolovaná metoda, která byla v historii aplikována jak u porodu, tak u jiných lékařských či terapeutických intervencí, se u této předporodní přípravy nevyužívá.

3.3 Historie a počátky hypnoporodu

Z uvedeného historického souhrnu hypnózy v oblasti porodnictví je patrné, že se v minulosti mnoho odborníků v Americe i Evropě věnovalo hypnóze u porodu ke tlumení porodní bolesti. V Americe se však i přes hluboké poznatky a výzkum těchto odborníků jednalo pouze o jejich úzký okruh působnosti a nebyla jimi doposud vyvinuta metoda či program specializující se pouze na oblast porodnictví. Jak už bylo nastíněno, metoda hypnoporod následuje myšlenky a principy autorů „přirozených porodů“, kteří své poznatky nadále rozpracovali do vlastních ucelených celostních metod (o nichž je v diplomové práci psáno v kapitole „*Alternativní způsoby porodu*“). Tito autoři se nezabývali izolovaně využíváním hypnotických technik u porodu, ale zastávali komplexní pohled na těhotné ženy a velmi často propojovali jak fyziologické zákonitosti porodu, tak jeho psychologické aspekty.

Hlavními autory, kteří jsou pro metodu hypnoporod stěžejní, a z jejichž poznatků metoda čerpá, je americký lékař John Dye a ještě významnější britský lékař Grantly-Dick Read. Způsob jejich práce a filozofie bude popsána v následující kapitole.

3.3.1 Koncept přirozeného porodu

„Strach, bolest a napětí jsou tři zla, která nepatří k přirozeného porodu. Pokud jde bolest, strach a napětí ruku v ruce, pak musí být zapotřebí k odstranění bolesti a uvolnění napětí překonání strachu“ (Dick-Read, 1944, s. 6, citováno v Phillips-Moore, 2012).

Historie přirozeného porodu sahá do období konce 19. století. Jedním z významných představitelů byl americký lékař John Dye, který v roce 1889 napsal knihu s názvem *Painless Childbirth*. Dye v této knize pojednává o různých aspektech porodu, včetně péče o ženy během těhotenství. Nastiňuje informace o tehdejší způsobu porodnictví a jeho pojetí bezbolestného porodu. Na závěr své knihy ženám sděluje: *„Doufám, že tato kniha přivede k úvaze nešťastné ženy, aby realizovaly své mateřské tužby“* (Dye, 1889, s. 200).

Nejvýznamnějším autorem a zastáncem přirozených porodů a samotné předporodní přípravy byl britský doktor Grantly-Dick Read. Své poznatky a zkušenosti z porodnictví sepsal do své první knihy *Natural Childbirth* v roce 1933, kde termín *přirozený porod*

vymezil. Později v roce 1942 napsal svoji druhou knihu *Revelation of Childbirth*, kde se věnoval teorii strachu v souvislosti s porodní bolestí. Read zastával názor, že západní společnost ženy značně ovlivňuje v jejich smýšlení o porodu a podněcuje v nich strach a úzkost (Phillips-Moore, 2012). Dle Reada tento **strach** hraje v porodním procesu a vnímání bolesti zásadní roli, proto svoji teorii nazval *strach-napětí-bolest*. Napětí způsobené strachem dle něj zpomaluje přirozený proces porodu, prodlužuje jeho průběh a způsobuje velkou porodní bolest. Tento cyklus může vést nejen ke stagnaci porodního procesu, ale také nutností lékařské či chirurgické intervence (Dick-Read, 2004). Podrobněji bude tato teorie a mechanismus v diplomové práci rozepsán v podkapitole s názvem „*Fyziologie strachu a porodní bolesti*“.

V době, kdy Read v oblasti porodu působil, plno porodníků vedlo porody za pomocí léků a porodních kleští, a tak se velmi často setkával s jejich nepochopením. Během své praxe v porodnictví hledal cesty k podmínění opačných mechanismů pomocí **relaxace** a správného **dýchání**. Carl Tupper rozdělil Dick-Readovu předporodní přípravu na hluboké dýchání v první době porodní, rychlé dýchání na konci první doby porodní a nácvik tlačení (Tupper, 1956). Mimo relaxační a uvolňovací cvičení Read současně vnímal, že pro eliminaci strachu žen může být přínosná také jejich edukace v oblasti přípravy a průběhu porodu, včetně jejich psychiky, pozitivním myšlení a přítomností blízké osoby u porodu. Jednu z možných cest k odstranění bolesti u porodu spatřoval také v hypnóze, kterou nakonec nahradil Jacobsonovou progresivní relaxací (Swencionis et al., 2012). Později v 70. letech se začaly více zkoumat alternativy léků proti bolesti. Hlavním zjištěním bylo, že se zdroj přirozených analgetik nachází přímo v těle v podobě neuropeptidů, jež produkuje mozková hypofýza. Když ženy pod vedením Reada rodily beze strachu a v uvolnění, docházelo k vyplavování těchto přirozených relaxantů a ony rodily více či méně bezbolestně. Těmito pozdními výstupy Read předběhl svou dobu o více než půl století (Moganová, 2010).

Současně s Readovým přístupem se i v dalších zemích rozvíjely jiné koncepce přirozených porodů. V Německu je začali propojovat se Schulzovým autogenním tréninkem a v Rusku vznikla Lamazova metoda psychiatra Velvovskijho, která je dnes známá jako porodnická psychoprofylaxie. A tak, i přes odlišnost teoretických východisek, Readova metoda s porodnickou psychoprofylaxií nakonec splynula (Kuželová, 2003).

3.3.2 Vznik Hypnoporodu

Zakladatelkou celostní předporodní přípravy *Hypnoporod* je americká vysokoškolská pedagožka a hypnoterapeutka, Marie Monganová. Koncept této metody

postavila převážně na učení a filozofii autorů přirozeného porodu, o nichž pojednáváme v podkapitole „*Představitelé alternativních porodů*“. V založení jejího vlastního programu porodní přípravy pro ni byla zásadní vlastní zkušenost s jejími čtyřmi porody. U narození prvních dvou synů se setkala s direktivním a intervenčním přístupem lékařského personálu. Ve své knize názvem *Hypnobirthing: The Morgan Method* popisuje ve třetím těhotenství rozmluvu se svým lékařem, u kterého si jako jedna z mála obhájila přítomnost manžela u porodu. Svůj třetí a čtvrtý porod Monganová prožila v souladu s principy Readovy metody, bez použití léků a zcela bezbolestně (Monganová, 2010).

Po návratu do pracovního života se Monganová začala věnovat hypnoterapii v poradenské praxi. Při reflektování svých bezbolestných porodů vedených podle Readovy metody začala uvažovat nad spojitostí uvolněného stavu s autohypnózou. Ze svých znalostí a praxe vyvinula v roce 1989 vzdělávací program, který pojmenovala Hypnoporod s názvem oficiálního institutu *HypnoBirthing International*. Jedná se o komplexní dostupný vzdělávací program, který nabízí ženám a jejich partnerům prozkoumat možnosti ohledně vlastních porodních přání a cílů (HypnoBirthing International, n.d.). V témže roce napsala svoji první knihu *HypnoBirthing – A Celebration Of Life*, a o rok později bylo touto metodou na svět přivedeno první dítě. V roce 1992 vydala svoji druhou knihu *Hypnobirthing: The Morgan Method*. V této době se její metoda stala mezinárodně známou a program připravoval na porod nejen budoucí rodiče, ale také odborníky v oblasti zdravotnictví a porodnictví (Swencionis et al., 2012). Za oblast hypnoterapie získala Monganová od mezinárodní americké organizace *National Guild of Hypnotists* několik ocenění, které se udělují za přínosy v oblasti hypnoterapie a sdílení poznatků veřejnosti (Denicker, n.d.). Monganová zemřela v červnu 2019, a po její smrti se stala prezidentkou společnosti *HypnoBirthing International* Dr. Vivian Keeler, chiropraktická lékařka a certifikovaná hypnoterapeutka, která pokračuje ve vizi Monganové dodnes (HypnoBirthing International, n.d.).

3.4 Hypnoporodní příprava

Oficiální institut *HypnoBirthing International* nabízí předporodní přípravu pro ženy a jejich partnery, ale také kurzy a vzdělávání pro odborníky v oblasti porodnictví a poskytování zdravotní péče. Tuto oblast popíšeme v podkapitole „*Hypnoporod v České republice a zahraničí*“. V této kapitole shrneme poznatky týkající se hypnoporodní přípravy pro budoucí rodiče. Budeme se věnovat filozofii a poslání hypnoporodu, osnově a

jednotlivým tématům, a v neposlední řadě nastíníme propojenost psychiky a fyzického těla s možnými dopady na porodní proces.

3.4.1 Filozofie a poslání hypnoporodu

Metoda hypnoporod staví svoji filozofii na několika pilířích a myšlenkách. Nejedná se pouze o předporodní přípravu a program obsahující praktické nástroje a techniky, ale především také o přípravu psychickou. I podle Světové zdravotnické organizace by měla být těhotným ženám poskytnuta včasná psychická pomoc a vyvinuty speciální programy pro podporu jejich mentálního zdraví (Fink et al., 2012). Hypnoporod zastává principy přirozeného porodu a čerpá jak z poznatků od autorů alternativních porodů, tak z novějších odborných tvrzení. Oblasti a témata, na kterých si metoda hypnoporod zakládá, jsou v oblasti porodnictví často diskutována. Proto budou některé z oblastí obohaceny zdroji ze zahraničí a příslušnými výzkumy a studiemi.

Filozofie hypnoporodu jde ruku v ruce s fyziologickými zákonitostmi a instinkty, které jsou v těle ženy plně zakořeněny. Filozofie hypnoporodu považuje porod za běžnou a **přirozenou funkci těla**, které nemusí být nutně vystaveno ohrožení či bolesti. Metody hypnoporodu by pro ženy měly představovat vedení, které podporuje jejich vrozené dovednosti přirozeného porodu. Pomáhají tak využít jejich přirozenou schopnost rodit hladce a klidně (Hummenick, 2004, citováno v Bůlez et al., 2019). Porod je pro mnoho žen velmi emocionální záležitost a klíčová událost v jejich životě. Proto by ženy měly mít možnost tohoto pozitivního zážitku i v lékařském prostředí (Thomson et al., 2012).

Další výsadou hypnoporodní přípravy je podpořit ženy v jejich **porodních přáních** a rozhodnutích. V oblasti mateřství by měly dle zohledňovat individuální potřeby žen a nabízet více možností volby (World Health Organization, 2005). Ze strany odborníků by ženám mělo být poskytnuto více **informací** a znalosti ohledně těhotenství, porodu a možnostech psychické přípravy. Tato edukace má nejčastější formu v podobě předporodních kurzů a jejich poptávka je ze strany žen vysoká, přičemž více žen však vyhledává předporodní kurzy v soukromém sektoru (Singh et al., 2002). Závěr výzkumu Nolana (2009) ukazuje, že jsou pro ženy informace týkající se porodu velmi důležité a vyhledávají kurzy, kde mohou komunikovat jak mezi sebou, tak s odborníkem. Z jejich strany také považují za významné uplatnění těchto informací u porodu. Předporodní příprava však ženám nezaručuje příznivý průběh porodu, jelikož zde vstupuje několik proměnných z hlediska jejich individuální fyziologie a psychologie (Nolan, 2005; Shearer, 1990). I přes to se

edukace v oblasti porodu jeví jako důležitá a že ženy, které tyto potřebné informace nemají, budou k porodu přistupovat s větším strachem a obavami (Nolan, 2009).

Další z pilířů hypnoporodu je, aby měly ženy a jejich partneři možnost o svých přáních s odborníky mluvit, a to bez podněcování strachu a obav. Ženy by měly mít možnost klást lékařům otázky a vytvořit si s nimi vztah založený na **otevřené komunikaci** a **důvěře**. Podle Hegartyho et al. (2007) prvky aktivního naslouchání ze strany lékařského personálu vedou k větší důvěře žen, menším obavám pokládat otázky týkající se zvládnání porodu, depresivních stavů či problémů ve vztahové oblasti. Další myšlenka hypnoporodu je aspekt vzájemné **spolupráce** s lékaři a odborníky. Hypnoporod se nestaví proti lékařským intervencím, naopak podporuje jejich zásah u rizikového těhotenství či porodu. Jejich využití by však nemělo být standartním postupem, a nezbytnost těchto intervencí by měla být v případě potřeby odborně zdůvodněna (Monganová, 2010). V oblasti porodnictví jsou přístupy každé porodnice značně odlišné. Podle Melendera lékaři, sestry a porodní asistentky zastávají dvě filozofie týkající se nutnosti jejich intervence. První z nich je přesvědčení o nutnosti zásahu a asistence u porodu. Druhý přístup má důvěru v to, že žena dokáže s jejich podporou porodit sama. Tento přístup je však zastoupen v mnohem menší míře (Melender, 2002, citováno v Bülez et al., 2019). Téma rozporu mezi medicínskými zásahy a přirozeným porodem rozpracoval ve své studii Andrissi et al. (2015). Přišel se zajímavým zjištěním, že už samotný rozpor mezi těmito dvěma přístupy, který je ženami vnímán, hraje klíčovou roli v jejich porodní zkušenosti a spokojenosti. Výsledky této studie ukazují, že jsou ženy na aspekt pozornosti a péče ze strany zdravotníků vnímavější a že považují porodní asistentku jako svého spojence proti medicínskému a technickému pohledu na porod. Autor dodává, že se rozpor mezi západním medicínským přístupem a přirozeným porodem v kontextu porodnictví projevuje v různých formách a zdůrazňuje tak jeho složitost a hloubku (Andrissi et al., 2015).

3.4.2 Témata hypnoporodní přípravy

Vzdělávací program hypnoporodní přípravy probíhá v pěti týdnech po 2,5 hodinách. Swencionis et al. (2012) osnovu hypnoporodního kurzu rozepisují podrobněji, kdy jsou témata rozdělena do následujících **pěti modulů**:

- 1) V **prvním modulu** jsou ženy informovány o pojetí strachu, napětí a bolesti při porodu a jejich možných předsudků. Je jim popsána fyziologická reakce při prožívání strachu, který ovlivňuje svalové napětí v těle. Je jim stručně představena historie v oblasti přirozených porodů a souvislost relaxace a hypnózy na fyziologii těla a porodní proces.

Ženy jsou edukovány v základních pojmech ohledně hypnózy a jejím užití u porodu, včetně vyvrácení mýtů, které okolo ní panují.

- 2) V **druhém modulu** je ženám představen koncept pouta s miminkem ještě před samotným těhotenstvím, ale také v těhotenství a po porodu. Jsou jim zmíněny dostupné možnosti místa porodu a domluvy s různými odborníky. Dále jsou ženy vzdělány v oblasti psychické přípravy na porod s možností vyzkoušení si relaxačních technik, vizualizací, a vedených imaginací, které obdrží v podobě nahrávek. Je probráno i téma výživy v těhotenství, fyzioterapeutických cviků, masáží a nácvik dechových cvičení.
- 3) Ve **třetím modulu** je ženám poskytnuta informační pomoc s výběrem porodnice a registrace. Je popsána fyziologie těla, kdy se schyluje k porodu a jsou zmíněny možné okolnosti, které mohou nastat a které vyžadují pozornost a zásah lékařů. Ženy jsou informovány o možných lékařských způsobech vyvolání porodu a jsou jim poskytnuty nástroje, jak mohou samy podpořit vyvolání porodu přirozeným způsobem. Pozornost je také věnována možným emocím a strachu před porodem, a jak s ním mohou ženy pracovat.
- 4) Ve **čtvrtém modulu** se ženy dozvědí, jak probíhá celý porodní proces. Jsou jim popsány jednotlivé porodní fáze a co jaké okolnosti mohou nastat při příjezdu do porodnice. Ženy se učí možné techniky a cviky, které v porodnici mohou samy před schylujícím se porodem aplikovat a jak si mohou samy či za pomoci doprovodu ulevit od bolesti.
- 5) V posledním **pátém modulu** jsou ženy informovány o signálech schylujícího se porodu a o možných úlevných polohách v závěrečné porodní fázi. Ženám jsou po celou dobu poskytnuty ilustrace, vzdělávací materiály a videonahrávky skutečných porodů.

Hypnoporodní příprava se může snažit do celého procesu aktivně zapojit, což je také jedním z pilířů její filozofie. Ženy i jejich partneři jsou po dobu trvání kurzu podporováni k tréninku všech technik a nástrojů. Účast partnera v předporodní přípravě a u porodu samotného může být pro mnoho žen velmi přínosná a významná (Ratislavová, 2008). Význam blízké osoby u porodu je z psychologického hlediska blíže popsán v podkapitole „*Přítomnost blízké osoby u porodu*“. Vývoj **přítomnosti otce u porodu** má svoji historii a připadá nám pro lepší vhled do kontextu metody hypnoporod zajímavé jej zmínit.

V době vzniku hypnoporodní přípravy byla ve společnosti přítomnost mužů u porodu ve svém zrodu. Do 60. let 20. století účast muže u porodu nebyla společností a zdravotnickým systémem podporována, a v tomto období přivedla na svět své děti i Monganová. I přes nepřízeň okolností tehdejší doby se jí povedlo svého manžela ke třetímu porodu přivést, a tuto změnu chtěla šířit i prostřednictvím hypnoporodu (Monganová, 2010).

Podmínky v době založení metody hypnoporod byly příznivější, jelikož zastánci hnutí přirozených porodů začali v 70. letech upozorňovat na důležitost přítomnosti muže u porodu. V této době si společnost procházela druhou vlnou feminismu, který poskytl prostředky k silnějšímu vyjadřování vlastních porodních přání a podmínek (Doughty, 2013). Vznik myšlenky „partnerství při porodu“ započala přednáška profesorky Newtonové na konferenci Americké společnosti ženských lékařů v roce 1970 (Trča, 2004). Obecný zájem o porod rychle vzrostl a členství v americké Mezinárodní asociaci vzdělávání v porodnictví (aj. *International Childbirth Education Association*) se v roce 1972 zvýšilo o 3 000 členů. Brzy se ideje humanizace porodnictví začaly šířit také do Evropy a porodní sály přestaly být uzavřené před rodinnými příslušníky rodící ženy (Doughty, 2013).

I přes velký důraz a vlny myšlenek aktivní účasti muže u porodu Michael Odent (1995) ve své knize *Znovuzrozený porod* nabízí i opačné myšlenky. Píše o tom, že přítomnost muže u porodu nemusí být ženě vždy ku prospěchu z mnoha důvodů. Jelikož metoda z autorů přirozených porodů hojně vychází, vidí ve společném partnerském prožitku porodu velký smysl, ale nevnímá tuto skutečnost jako nutnou záležitost.

3.4.3 Fyziologie strachu a porodní bolesti

Metoda hypnoporod vychází z odborných poznatků Grantly-Dick Reada, který podrobil svůj výzkum v oblasti strachu a bolesti u porodu důslednému empirickému zkoumání. Obecný mechanismus stresové reakce poprvé popsal Hans Selye pod názvem *General Adaptation Syndrome* jako nespecifickou odpověď organismu na jakoukoliv zátěž, při které dochází k mobilizaci obraných mechanismů organismu (Selye, 1966). Strach v těle těhotné ženy spustí mechanismus aktivace sympatické části centrální nervové soustavy, což vytváří svalové napětí a následnou ochrannou reakci k „boji nebo útěku“. To má za následek uvolňování stresových hormonů, které tělo připravují k sebezáchovné reakci. Tyto neurotransmitery stáhnou cévy a krev nezásobuje reprodukční orgány, nýbrž periferní svalstvo, kterými jsou paže, nohy a část mozku, která je odpovědná za reflexní chování a záchranu života (Rice, 1992, citováno v Phillips-Moore, 2012).

Read zkoumal mechanismus stresu v kontextu porodu a svoji teorii nazval „*syndrom strachu, napětí a bolesti*“. Vnímá mysl a tělo jako dva póly, které jsou vzájemně propojené (Atis & Rathfisch, 2018). Negativní emoce generují stresory, které přechází do fyziologických a biochemických změn v těle ovlivňující porodní orgány. Read vycházel z poznatků profesora porodní asistence na univerzitě v Birminghamu, Beckwitha Whitehouse. Ten zkoumal nervové zásobení dělohy. Děloha se skládá z několika svalových

vláken, které jsou propojeny s periferními a autonomními nervy. Podélná vnější svalová vlákna leží svísele v paralelním směru s polohou dítěte, a vnitřní svalová vlákna obklopují dítě v kruhovém uspořádání. Tyto dvě odlišné svalové skupiny fungují v protikladu – když se jedna stahuje, druhá se uvolňuje (Beckwith, 1941, citováno v Dick-Read, 1949). Má-li se děložní vchod otevřít a umožnit dítěti při porodu hladký posun směrem dolů do porodních cest, svíslá vlákna se musí napnout a kruhová ztenčit (Monganová, 2010). Read dále odkazuje na práci britského neurofyziologa S. Cherringtona, který zjistil, že děloha ženy má pouze dvě nervová zakončení bolesti. První z nich zaznamenává obrovské pnutí při porodu a druhá oblast nervových zakončení zaznamenává mírné nadprůměrné napětí. V přítomnosti strachu je děloha ve stavu chronické kontrakce, která neustupuje. Podélná vlákna dělohy se snaží docílit napnutí a vypuzení miminka ke kruhovým vláknům, která vlivem stresu podléhají stažení. Tento proces enormně zvyšuje napětí a stimuluje receptory bolesti (Cherrington, 1907, citováno v Dick-Read, 1949). Pokud se ženě povede docílit při porodu pocitu uvolnění, děložní svaly navzájem spolupracují a nezpůsobují bolest. Read v jeho odborném článku tento proces shrnuje slovy: „*Je to velmi jednoduché, a proto je mnohem důležitější odstranit v ženě strach a napětí, protože tak se množství jejího utrpení u porodu stává zanedbatelným ve srovnání s tím, co prožívá žena, která se bojí*“ (Dick-Read, 1949, s. 652).

Tyto poznatky v provázanosti strachu a vnímání bolesti jsou v hypnoporodní přípravě stěžejní a její postupy práce a techniky z nich vychází. Existuje mnoho pohledů na porodní bolest, ať už že se jedná o nevyhnutelný mechanismus či signál, že porod postupuje (Monganová, 2010). I přes to bolest spjatá s porodem je ve společnosti velmi hluboce zakořeněna a ženy se jí chtějí u porodu vyhnout. Roztočil et al. (2008) uvádějí, že cílem přípravy na porod nemůže být odstranění porodních bolestí či porodnických komplikací, ale jde o to, jak se s bolestí v průběhu porodního děje vypořádat.

Strach žen z porodní bolesti může mít různé příčiny. Podle Mehl-Madronny jsou jednou z příčin porodní příběhy ostatních žen, které na těhotné ženy mohou působit velmi negativně a vyvolávat v nich obavy (Mehl-Madronna, 1994, citováno v Monganová, 2010). Podle Saista a Halmesmäkiho (2003) je strach z porodu spojen se strachem z bolesti obecně, přičemž předchozí psychické obtíže a velké množství denních stresorů ke strachu z porodní bolesti přispívá. Strach z porodu podle autorů však není izolovaným problémem, ale je spojený s osobními charakteristikami žen, s celkovou mírou úzkostnosti, nízkým sebevědomím, nespokojeností v partnerském vztahu, nebo nedostatkem podpory (Saisto & Halmesmäki, 2003).

Ať už má strach z porodu jakoukoliv příčinu, metoda hypnoporod ženy učí různé techniky relaxace a vizualizace, díky nimž ženy mohou se strachem lépe pracovat. Tyto techniky budou popsány v následující podkapitole „*Techniky a průběh hypnoporodu*“.

3.5 Techniky a průběh hypnoporodu

Hlavními technikami hypnoporodu jsou **dýchání, relaxace, vizualizace a prohlubování**, které budou dále podrobně popsány v následujících podkapitolách. Techniky se v některých cvičeních prolínají, avšak jejich rozdělení je zde vymezeno podle programu a knihy Marie Monganové *HypnoBirthing: The Mongan Method*. Při aplikování těchto technik si ženy mohou samy zvolit polohu, která pro ně bude nejvíce pohodlná. Ženám je doporučeno, aby techniky zařadily do svého denního programu, nejlépe ve stejný čas, na klidném místě a se ztlumenými světly. Pro ženy to tak může být část dne, kdy se mohou věnovat jen samy sobě (Monganová, 2010).

Kurz hypnoporodu je kromě těchto stěžejních nástrojů obohacen také o masáže pro snížení bolesti, afirmace, či metody hypnotické indukce (HypnoBirthing International, n.d.). Smith et al. (2006) do účinných metod zahrnují kromě meditace, dechových cvičení, imaginace a hypnózy také jógu. Hypnoporodní techniky, které se ženy v rámci hypnoporodní přípravy učí, mohou využívat jak v těhotenství v rámci psychické a fyzické přípravy, tak při samotném porodu při práci s bolestí a podpoření porodního procesu. Cílem je naučit ženy prožívat porod klidně a bez stresu, s důvěrou v porodní proces a vytvářet pozitivní očekávání (Bülez et al., 2019).

Škála pomocných nástrojů je pestrá, přičemž závisí na volbě každé ženy, které nástroje si zvolí a ve kterých pro sebe spatřuje největší přínos. Žena jako součást hypnoporodní přípravy obdrží zdarma několik MP3 nahrávek s vizualizačními a relaxačními technikami. Jsou navrženy tak, aby je žena mohla v těhotenství i při porodu aplikovat kdykoliv a v jakémkoliv prostředí. Jelikož jsou relaxační a vizualizační techniky v oblasti psychologie, duševního zdraví známé a jejich využití je velmi široké, pokusíme se jejich vliv na fyzickou a psychickou stránku obohatit odbornými poznatky a studiemi.

3.5.1 Dýchání

Ženy se na hypnoporodním kurzu učí tři typy **dechového cvičení**. Dechová cvičení se obecně zaměřují na uvědomělé zlepšení funkce dýchání. Jejich cílem je kromě posílení dýchacích orgánů také okysličení a zlepšení funkcí dalších vnitřních orgánů a uvolnění svalového a psychického napětí (Bernaciková et al., 2017). První dechová technika slouží

k navození uvolnění mezi porodními kontrakcemi, které přichází v předporodním období, či je možné ji využít i v rámci relaxací. Druhé dechové cvičení mohou ženy využít ve druhé porodní fázi otevírání a třetí v závěrečné fázi porodu (Swencionis et al., 2012). Pravidelné a rytmické dýchání je obecně účinné ve snížení únavy, bolesti a posílení pocitu kontroly při porodu (Phillips-Moore, 2012).

V hypnoporodní přípravě je první dýchací technika nazvaná **Dýchání jako ve spánku**. Jedná se o jednoduchou techniku, díky které se tělo okyslíčí společně se svaly v děloze, která zároveň dodává kyslík miminku. Technika navozuje celkové uvolnění těla a stav relaxace, přičemž se nádech i výdech provádí nosem. Nádech má tři vteřiny a poté následuje dlouhý pomalý výdech. K této dechové technice slouží i pomůcka ke správnému provedení cviku: „*Položte si levou ruku na břicho a pravou na dolní část hrudníku. Při nádechu ucítíte, jak se vám levá ruka zdvihá, jako by se břicho nafukovalo jako balon*“ (Monganová, 2010, s. 117). Vědomé dýchání pozitivně ovlivňuje chemické procesy v těle. Při relaxaci a koncentraci pozornosti zaměřené na dech se mění odolnost těla vůči stresové odpovědi (Benson et al., 1975). Druhou technikou je **pomalé dýchání**, které je pro ženy užitečná v druhé porodní fázi ke snižování bolesti mezi jednotlivými kontrakcemi. V této fázi má plno žen bolesti i při nekomplikovaném porodu, jelikož se děloha rozpíná do maximální míry a způsobuje tak obrovské napětí i v oblasti zad (Dick-Read, 2004). Metoda pomalého dýchání spočívá v hlubokém pomalém nádechu i výdechu. Pomalými a dlouhými dechy rodička šetří svoji energii a nevysiluje se. Monganová (2010) popisuje, že se svaly dělohy při kontrakci zvedají směrem vzhůru. Při této práci s dechem se podpoří funkce vertikálně postavených svalů kolem dělohy a současně kruhových svalů, které se začnou ztenčovat a otevírat děložní hrdlo. Určitá rychlost a hloubka dýchání vedou ke změnám v uvolňování endogenních opiátů, kterými jsou endorfiny, čímž dochází ke snižování vnímání bolesti (Pert, 1997). Třetí technika **porodního dýchání** je ženě prospěšná při závěrečné fázi porodu, která jí má pomoci k přirozenému vypuzování dítěte směrem dolů (Monganová, 2010). Porodní dýchání se staví proti usilovnému tlačení, při kterém žena může zadržovat dech příliš dlouho. Usilovné tlačení způsobuje zadržování krve v žilách, narušení krevního oběhu do dělohy a následnému fetálnímu stresu. Také se mění pH tělesných tekutin, což přispívá k neefektivním kontrakcím dělohy (Lemos et al., 2011).

Studie zabývající se prospěšností dechových cvičení během porodu přichází s různými závěry. Přestože se dechová cvičení v klinické praxi ukazují být užitečná v práci s bolestí i se strachem, Boaviagem et al. (2017) vliv dechových cvičení na bolest a úzkost matky nepotvrdili. Tyto poznatky si kladla za cíl ověřit turecká klinická studie (N=250).

Ženy zde byly rozděleny do dvou skupin (n=125), přičemž v intervenční skupině ženy aplikovaly dechová cvičení v druhé porodní fázi. Kromě zjišťování porodní bolesti byla zkoumána i délka porodu a následné APGAR skóre v první minutě po narození dítěte. Byly zjištěny rozdíly jak v subjektivním vnímání porodní bolesti, tak v délce porodního procesu (Yuksel et al., 2017). Se stejným zjištěním přišla nejnovější indická metaanalytická studie, která z dostupných databází výzkumů provedených od roku 2005 do roku 2022 shromáždila informace týkajících se účinnosti dechových cvičení na délku porodu. Jako sekundárně byla zjišťována porodní bolest, úzkost, APGAR skóre a způsob porodu. Bylo zjištěno, že dechová cvičení v intervenčních skupinách výrazně zkrátilo dobu porodu ve srovnání s kontrolními skupinami (Issac et al., 2023).

3.5.2 Relaxace

Relaxace vycházela původně z fyziologického pojetí, které zahrnovalo uvolnění tělesných svalů. Dnes tento pojem zahrnuje i psychické uvolnění lidského organismu, přičemž relaxace patří k jednomu z účinných způsobů neutralizace negativních účinků a dopadů stresu (Drotárová & Drotárová, 2003). Ženy se tak díky technikám relaxace učí uvolnit a docílit psychického zklidnění, a zároveň záměrně uvolňovat a pracovat se svaly dělohy, které udržují pod kontrolou (Ketterhagen et al., 2002). Techniky relaxace lze využívat po celou dobu těhotenství, ale i pár týdnů před samotným porodem. Konkrétní relaxační hypnoporodní techniky jsou nazvány **Progresivní relaxace**, **Mizející písmena** a **Masáž jemnými dotyky**.

Progresivní relaxace spočívá v postupném uvolňování celého těla. Technika zahrnuje hluboký nádech a výdech. S každým výdechem se žena snaží vědomě uvolnit každou část těla od temene hlavy po konečky prstů. Nápomocné jí může být počítání v duchu od pěti do jedné. Hlava může volně spadnout směrem vpřed a ruce po stranách těla jako tělo hadrové panenky (Monganová, 2010). Studie z Íránu Sadeghiho et al. (2015) zkoumala účinky progresivní svalové relaxace (aj. PMR, *progressive muscle relaxation*) na celkovou úroveň zdraví těhotných žen. Studie se zúčastnilo 60 žen, které byly následně rozděleny do dvou skupin. Výsledky v intervenční skupině (n=30) ukázaly významný rozdíl ve snížení krevního tlaku a srdeční frekvence, ale také pocitu úzkosti, úrovně stresu a nespavosti. Turecká studie Akmeşeho a Orana (2014) zkoumala vliv MPR s doprovodem hudby na bolest zad a kvalitu života 33 těhotných žen. Výsledky studie ukazují, že je progresivní svalová relaxace účinná na obě měřené oblasti. Technika **Mizejících písmen** je podle autorky nejjednodušší technika k navození hluboké relaxace při vnímání napětí a stresu či

při nezdaru s usínáním. Technika spočívá opět v hlubokém nádechu a výdechu, při kterém si žena vizualizuje postupně měnící se písmena abecedy. Při tom je pozornost věnována postupnému uvolňování těla, které se propadá hlouběji do podložky (Monganová, 2010). **Masáž jemnými doteky** představuje párovou techniku, kdy ji druhá osoba může ženě provádět během těhotenství i před porodem. Monganová se touto technikou inspirovala od hypnoterapeutky Constance Palinsky, která zkoumala zvládání bolesti v souvislosti s vylučováním endorfinů u těhotných žen (Ekajayanti, 2016). Masáž je založena na stimulaci kůže a vzpřímení tělesného ochlupení, které vytvoří tzv. husí kůži. To má za následek tvorbu již zmíněných endorfinů, které brzdí vylučování katecholaminů a navozují pocit klidu a příjemných pocitů. S kombinací s dechovým cvičením se současně s vylučováním endorfinů také zvýší cirkulující mozkomíšní tekutiny, což také přispívá ke snížení bolesti (Paramasivam et al., 2019). Příjemné je u této techniky sezení na balónu, kdy se žena může hlavou opřít o polštář na kraji postele. Druhá osoba zadní stranou svých prstů jemně přejíždí ženě po zádech směrem vzhůru až ke krku, a poté i na spodní straně paží a v okolí loktů (Monganová, 2010). Studie Podungge (2019) v Indonésii zkoumala rozdíl mezi jemnou endorfinovou masáží a cvičením na vnímání bolesti zad u žen ve třetím trimestru těhotenství (N=30). Ženy byly rozděleny po polovině do dvou skupin, přičemž jedna skupina žen aplikovala jemnou masáž a druhá těhotenské cviky na bolest zad. Výsledky studie ukázaly větší snížení bolesti zad při aplikaci jemných masáží.

Relaxace je středem zájmů mnoha výzkumů jakožto princip léčby u populace v mnoha odvětvích a směrech. Méně studií však zkoumalo tyto účinky na těhotných ženách, které patří mezi zranitelnou skupinu. Výsledky švýcarské studie Urecha et al. (2010) ukázaly vysokou účinnost postupné relaxace svalů na tělesné i duševní aspekty těhotných žen (N=39), které byly náhodně rozděleny do dvou skupin. Intervenční skupina byla opakovaně měřena před a po relaxačních cvičeních. Tyto parametry byly měřeny pomocí dotazníků i fyziologické reakce (endokrinním rozbohem aktivace HPA osy – vylučování katecholaminů, měření kardiovaskulární odezvy a systolického tlaku krve). Výsledky ukazují, že tyto relaxační techniky měly vliv na subjektivní pocit uvolnění i snížení kardiovaskulární aktivity. Americká studie Finka et al. (2012) si kladla za cíl zrevidovat doposud provedené výzkumy za období od roku 1980 do 2011 v databázi PubMed o účincích relaxace, jógy, imaginace nebo masáží na psychiku žen v těhotenství. Autoři přišli ze stejnými pozitivními závěry o vlivu těchto technik na psychiku žen. Dle autorů je relaxace spojena s faktory posilující emocionální i fyziologický stav těhotných žen. Součástí studie jsou také

doporučení o důležitosti edukace žen v oblasti jejich fyzického i psychického zdraví (Fink et al., 2012).

3.5.3 Vizualizace

Hypnoporodní techniky **vizualizace** jsou ženě užitečné při samotném porodu ke zklidnění mysli a uvolnění těla. Proces vizualizace aktivuje stejné mozkové neurony, které se aktivují při aktuálním současném vnímání (Kappas, 2009, citováno v Paramasivam et al., 2019). Důkazem je MRI obraz, kde lze vidět aktivitu mozkových neuronů přesunující se z levé hemisféry do pravé, od logického ke kreativnímu myšlení, které zvyšuje vizualizaci (Newmark, 2012). Tímto mechanismem vizualizace pomáhá ženám při samotném porodu, kdy se díky ní může podpořit činnost dělohy a její otevírání. Vizualizace jsou nazvány **Duhová relaxace**, metoda **Rozvíjejícího se květu**, **Modré saténové stuhy** a **Test uvolnění paže a zápěstí**.

Duhová relaxace představuje v hypnoporodu základní vizualizační techniku. Pomocí dechového cvičení se žena dostane do jemného uvolnění a následně si začne představovat mlhu červené barvy, která obklopuje její tělo. Barvy se postupně mění z červené na oranžovou, žlutou, zelenou a modrou, přičemž každá z barev s sebou přináší větší pocit uvolnění. Žena je současně zaměřena na vjemy na jejím těle. Poslední bílá barva signalizuje větší pocit bdělosti a následného probuzení z relaxovaného stavu (Monganová, 2010). Cvičení **Rozvíjející se květ** patří mezi neúčinnější vizualizační techniky, kterou žena může zařadit v porodní fázi otevírání. S dechovým cvičením si žena může zavřít oči s vizualizací postupného posouvání miminka směrem dolů. „*Představujte si, jak se hráz postupně otevírá, jako se jemně otevírají okvětní lístky růže*“ (Monganová, 2010, s. 133). **Modré saténové stuhy** je technika, při které ženy zaměřují pozornost na kruhová vlákna svalů obepínající její spodní část dělohy. Aby miminko mohlo postupovat dolů, musí se kruhové svaly ztenčit a povolit (tento mechanismus je podrobněji popsán v podkapitole „*Fyziologie strachu a porodní bolesti*“). Žena si tyto svaly vizualizuje jako jemné modré saténové stuhy, které se při porodních kontrakcích houpají nahoru a zpět (Monganová, 2010). **Test uvolnění paže a zápěstí** se řadí mezi snadnou vizualizační techniku. Technika je propojena s procesem prohlubování, při kterém se žena může dostat do stavu autohypnózy (proces prohlubování je více popsán v následující podkapitole „*Prohlubování*“). Žena se položí na záda a pomocí dechu se uvede do stavu relaxace a uvolnění. Následně si žena vizualizuje, jak je k jejímu pravému zápěstí přivázaný balónek, jež začne ruku pomalu zvedat nahoru. Postupně se se začnou přidávat i jiné balónky, přičemž s každým zvednutím

ruky žena cítí větší a větší uvolnění (Monganová, 2010). Tato technika má velkou podobnost s technikou od Milтона H. Ericksona, který ji nazval *Hand Levitation*. Erickson uvádí, že rozvoj transového stavu probíhá současně s procesem zdvižení ruky, které je prostředek fixace a zaměření pozornosti na vnitřní zkušenost učení a vnitřních schopností (Erickson, 1961).

Vlivem vedené imaginace (aj. *Guided Imagery Technique*) se aktivuje vrozená schopnost jedince využít svých smyslů jakožto prostředku vypořádání se s působením bolesti či stresových situací. To je realizováno prostřednictvím představ příjemného místa či jiné příjemné zkušenosti (Uman et al., 2013). Pozornost je tak odvedena k něčemu, co indukuje relaxaci, zvyšuje pocit klidu a podporuje v rámci psychofyziologické reakce snížení krevního tlaku a srdečního rytmu (Furtado et al., 2019). Podle některé literatury mohou meditační techniky paradoxně zvyšovat vnitřní napětí či úzkost (Shapiro, 1992), v horších případech pak zhoršení příznaků u závažných psychických poruch (Schlosser et al., 2019).

Americká studie Marca et al. (2011) zkoumala účinky autogenního tréninku, biofeedbacku, hypnózy, imaginace, meditace a jógy na psychiku těhotných žen. Autoři prohledali seznamy realizovaných studií, posoudili jejich relevanci a riziko zkreslení pro zařazení do výzkumu, a nakonec do něj zahrnuli 8 studií. Výsledky byly uvedeny pro každou studii zvlášť, přičemž se ukázal být účinný vliv imaginace na snížení úzkosti a deprese v poporodním období a autogenního tréninku pro snížení úzkosti před porodem. Novější portugalská studie Furtada et al. (2019) analyzovala dříve provedené studie, které zkoumaly vliv vedené imaginace na psychickou stránku žen v těhotenství. Pozornost byla věnována pocitům úzkosti, vnímání stresu a psychofyzickým reakcím, well-beingu, pravidelnému aplikování technik a pozitivnímu vnímání těhotenství. Do studie bylo po přezkoumání zařazeno 10 studií. Závěry potvrzují, že vedená imaginace v těhotenství snižuje úroveň úzkostnosti, navozuje celkové uvolnění a zvyšuje subjektivní well-being těhotných žen (Furtado et al., 2019).

3.5.4 Prohlubování

V hypnoporodním kurzu se techniky **prohlubování** nazývají **Relaxační rukavice**, **Hloubkoměr** a **Ventilek senzorické brány**. Techniky ženě dobře slouží v závěrečných fázích porodu, ale i při běžných situacích, kdy cítí určité napětí. Techniky prohlubování pomáhají k dosažení většího pocitu uvolnění, který může být totožný se stavem autohypnózy. V tomto stavu se ženy mohou oprostít od vnějšího okolí a cítit větší napojení

na porodní proces a své miminko (Swencionis et al., 2012). Kroger (1960) ve své knize *Techniques of hypnosis* popisuje techniky prohlubování jako součást hypnotické indukce, které se propojují s aktuálními fyziologickými procesy jedince. Stav autohypnózy se dle něj nejlépe vytváří právě pomocí progresivních relaxačních technik či autogenního tréninku.

Technika **Relaxační rukavice** představuje účinnou metodu prohlubování, která může vést do hlubokého stavu uvolnění. V navozeném relaxovaném stavu si žena začne představovat nasazování měkké stříbrné rukavice na pravou ruku. Po chvíli si vizualizuje pomalé zvětšování prstů, které mohou přinášet pocity brnění a následné necitlivosti. Tuto ruku si poté žena ve svých představách umístí na místo, na kterém si přeje cítit uvolnění a znecitlivění (Monganová, 2010). Technika relaxačních rukavic je hojně využívána také v hypnoterapii jako součást hypnoanalgezie. Originální název je *“glove anesthesia”* a podle Conklinga (2007) se jedná o nejučinnější metodu pro práci s porodní bolestí. **Hloubkoměr** je metodou využitelnou v pokročilé porodní fázi otevírání. Žena si ve svém těle vizualizuje teploměr se stranou baňky u jejího čela, který prostupuje celým jejím tělem až k chodidlům. Teploměr má 40 dílů a obsahuje v sobě pomyslnou uvolňující tekutinu. Žena pomalu začne odpočítávat číselnou stupnici od čísla 40 a níž, a s každým nižším číslem se snaží dostat do většího a hlubšího uvolnění (Monganová, 2010). **Ventilek senzoričké brány** představuje podobný princip techniky Relaxační rukavice, který pomáhá do vybraných částí těla přenést vjem znecitlivění. Toto cvičení může žena využít v různých situacích, kdy se cítí být ve stresu nebo pod tlakem. Po navození pocitu uvolnění si vizualizuje kulatý ventilek, který řídí její fyziologické a psychické pochody. Pokud si je žena přeje vypnout a nastolit pocit uvolnění po celém těle, pomyslně si ručičku ventilu z 12. hodiny nastaví na 8. hodinu, který signalizuje celkové vypnutí a uvolnění. Na 4. hodině si může vědomě deaktivovat jakoukoliv část těla (Monganová, 2010).

Během posledních deseti až patnácti let bylo publikováno mnoho článků a studií o účinnosti hypnózy ke snížení porodní bolesti. Cyna et al. (2004) provedli v Austrálii metaanalýzu tří randomizovaných studií a dospěli k závěru, že je hypnóza při práci s bolestí účinná a vede ke snižování analgetik během porodu. Ty samé výsledky potvrzuje americká studie Coreye Browna a Hammonda (2007), která podrobila analýze 7 studií zkoumající souvislosti hypnózy a porodní bolesti. Studie prokázala při užití autohypnózy snížení porodní bolesti a potřebu užití léků tlumících bolest. Autoři však pro ověření těchto závěrů doporučují provést rozsáhlejší kontrolované klinické studie. Také Landolt a Milling (2011) tvrdí, že v doposud realizovaných výzkumech zkoumající autohypnózu a bolest při porodu mohou existovat jisté nesrovnalosti v metodologickém postupu. Ve svém rozsáhlém

výzkumu podrobili analýze 13 studií zabývajících se účinností hypnózy na porodní bolest. Došli k závěru, že hypnóza a autohypnóza se zdají být účinnější než standardní farmakologická léčba. Nicméně je tato účinnost stále podložena málo výzkumy a patří mezi nedostatečně prozkoumanou oblast bádání (Landolt & Milling, 2011).

3.6 Hypnoporod a šestinedělí

Kurz hypnoporodu může být ženám prospěšný nejen v období těhotenství a porodu, ale také v období **šestinedělí**. Kdykoliv to žena potřebuje, může i po porodu využívat techniky hypnoporodu pro navození většího pocitu klidu a uvolnění. Obecně je období šestinedělí charakterizováno nejen fyziologickými a hormonálními změnami, ale také změnami emočními spojenými s příchodem nové role a odpovědnosti (Gökşin & Ayaz-Alkaya, 2018). Tyto změny ženy činí velmi citlivými na psychologické podněty a zátěž, což může vyústit do psychických poruch (Korja et al., 2009). Součástí této kapitoly bude krátké vymezení možných problémů, se kterými se ženy mohou v poporodním období potýkat, včetně studií, které zkoumaly vliv dechových, relaxačních a vizualizačních technik na psychiku žen v období šestinedělí. Je potřeba zmínit, že závažnějším problémům, které vyžadují pomoc lékařů, se tato kapitola nevěnuje a budou zde vymezeny jen formy obtíží, na které mohou mít hypnoporodní techniky pozitivní vliv. Na internetových stránkách hypnoporodní přípravy je možné si stáhnout vedenou relaxaci navrženou přímo na období šestinedělí a postnatální podporu (HypnoBirthing International, n.d.).

Ženy se v období šestinedělí mohou setkat s různými **problémy**, které mění subjektivní vnímání jejich kvality života (Akbarzadeh et al., 2012). Závažnost obtíží nabývá různé doby trvání a stupně. V diagnostických manuálech je doba trvání symptomů jasně omezena, ale v klinické praxi se často setkáváme s delším časovým úsekem. Symptomy tak reálně mohou trvat několik dnů, týdnů, ale i celý rok (Deniz & Ayaz, 2013). Mezi potíže v poporodním období patří nespavost, podrážděnost, únava, nevolnost, či pocity úzkosti a deprese. V nejzávažnějších případech se mohou ženy potýkat s psychotickými příznaky, které vyžadují včasnou intervenci a zásah lékařů.

Nejméně závažnou nejčastější poruchu nálady v poporodním období s mírou výskytu 50–80 % je tzv. „**poporodní blues**“, které obvykle vymizí do dvou týdnů (Ahmadi et. al, 2019; Dashe et al., 2018). Podle diagnostického manuálu ICD-11 (World Health Organization, 2019) bychom tuto poruchu zařadili mezi kategorii 6E20 (aj. *Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium, without psychotic symptoms*). Porucha je vymezena obdobím do šesti týdnů po porodu (tzv.

puerperium, šestinedělí). Porucha souvisí s hormonálními změnami, které provázejí perinatální období. Žena může zažívat pocity strachu, podrážděnosti, nejistoty a neschopnosti zvládat novou roli matky, což může značně snižovat její sebevědomí (Varney et al., 2014, citováno v Ahmadi et al., 2019). K minimalizaci těchto symptomů a prevenci poporodních blues jsou navrženy různé lékařské postupy a intervence. Nefarmakologická léčba zahrnuje vedenou imaginaci, progresivní svalovou relaxaci, muzikoterapii či masážní techniky (Akbarzadeh et al., 2012). Poporodní blues je považováno za nezávislé na poporodní depresi, nicméně představuje jeden z jejích rizikových faktorů (O'Hara & Wisner, 2014). Poporodní blues se od porodní deprese odlišuje dobou trvání, intenzitou symptomů a narušením každodenního fungování (Yim et al., 2015).

Poporodní deprese je druh depresivní poruchy v poporodním období, ve kterém žena zažívá pocity smutku, prázdnoty a podrážděnosti doprovázené somatickými a kognitivními změnami, které významně ovlivňují její fungování (Raboch et al., 2015, citováno v Tenglerová, 2023). Symptomy trvají minimálně dva týdny, přičemž se u lehké a středně těžké symptomatiky ukazuje být neúčinnější kognitivně behaviorální terapie, a jako doplňkové metody léčby různé druhy cvičení, relaxace či spánková hygiena (Praško et al., 2008).

V zahraničních zdrojích můžeme nalézt studie zkoumající vliv dechových technik, relaxací, vizualizací a hypnózy na duševní zdraví žen v období šestinedělí. Studie zkoumaly jak kvalitu života žen po porodu, tak tak depresivním symptomy poporodních blues či jejich závažnější formu, poporodní depresi. Turecká studie Gökşina a Ayaz-Alkaya (2018) zkoumala vliv progresivní svalové relaxace (PMR) na kvalitu života žen v období šestinedělí (N=60). Intervenční skupina žen (n=30) od června 2016 do dubna 2017 pravidelně praktikovala progresivní svalovou relaxaci. Studie prokázala pozitivní vliv PMR na vnímanou kvalitu života žen v období šestinedělí v oblastech zvládnání únavy a bolesti, snížení úzkostných a depresivních symptomů, a zvýšení kvality spánku. O dva roky později tito autoři zkoumali vliv progresivní svalové relaxace MPR na riziko výskytu poporodní deprese (N=70). Ženy v intervenční skupině (n=35) prováděly relaxaci po dobu 8 týdnů. Podle autorů je MPR účinná ve snižování rizika výskytu poporodní deprese (Göksin & Ayaz-Alkaya, 2020). Také další Studie Ahmadiho et al. (2019) v Íránu zkoumala účinek progresivní svalové relaxace na poporodní blues u žen s vysokým rizikem jeho pozdějšího výskytu (N=150). Ženy byly rozděleny pomocí techniky vzorkování (*multi-stage sampling*) do dvou skupin. První, třetí a desátý den po porodu ženy v intervenční skupině (n=75) hodnotily poporodní symptomy deprese. Významný rozdíl se mezi skupinami ukázal být ve

třetím a desátém dni po porodu. Výzkum Beeviho a Hassana (2019) v Malajsii si kladl za cíl zjistit účinnost hypnózy na zmírnění symptomů stresu, úzkosti a deprese a příznaků poporodní deprese (N=56). Intervenční skupina 28 žen podstoupily hypnózu v 16., 20. a 28. a 36. týdnu těhotenství. Po dvou měsících po porodu ženy vyplnily škálu deprese, úzkosti a stresu. Byly prokázány výrazně nižší příznaky výskytu poporodní deprese (Beevi & Hassan, 2019). Egyptská studie Basyouniho a Gohara (2017) zkoumala účinnost dechových technik na poporodní bolesti (N=80). Skupina 40 žen praktikovala dechová cvičení třikrát týdně po dobu pěti měsíců. Tato skupina následně vykazovala snížení skóre ve vnímání bolesti. Americký kombinovaný výzkum Avalose et al. (2020) si kladl za cíl zjistit účinnost mindfulness aplikace Headspace na ženy (N=19) v období šestinedělí, které vykazovaly mírnou až středně těžkou depresivní symptomatiku. Ženy v intervenční skupině využívaly aplikaci 10–20 minut denně po dobu šesti týdnů. Ženy následně vyplnily dotazník a byly s nimi realizovány také rozhovory. Podle závěrů využívání mindfulness aplikace vedlo ke zlepšení depresivních symptomů, mezi které patřily úzkostné stavy, subjektivní úroveň stresu a kvalita spánku (Avalos et al., 2020).

3.7 Hypnoporod v České republice a zahraničí

„Naše komunita není jen o poskytování kompletního vzdělání, ale o vytváření podpůrné sítě a láskyplné kultury, která pomáhá lektorům prosperovat v jejich praxi.“

HypnoBirthing International

Od založení oficiálního institutu *HypnoBirthing International* uběhlo 35 let. Ti, kteří se rozhodnou stát lektory hypnoporodu, nemusí být pouze lidé v oblasti porodnictví, kterými jsou doly či porodní asistentky. Kurz hypnoporodu je k dispozici také psychoterapeutům, fyzioterapeutům, hypnoterapeutům, zdravotním sestrám, doktorům či dalším poskytovatelům zdravotní péče, kteří chtějí v této oblasti obohatit své znalosti a jimž filozofie hypnoporodu dává smysl. Tito odborníci následně získají certifikaci *HypnoBirthing Childbirth Educator*, jenž je zajištěn certifikací *Gold Seal Certification*.⁶ Vyškolení lektori mají přístup ke všem zdrojům potřebným pro zahájení vlastního podnikání a je jim po celou dobu poskytována podpora a supervize v rámci soukromé podpůrné skupiny sdružující tým

⁶ Certifikace *Gold Seal Certification* garantuje kvalitu poskytované péče (Florida Department of Education, n.d.).

lektorů. Také mají vyškolení lektoři hypnoporodu nárok až na 32 hodin CEU⁷ (HypnoBirthing International, n.d.).

V současnosti je metoda hypnoporod **mezinárodně uznávaná** a program je rozšířen a nabízen ve 46 zemích světa (HypnoBirthing International, n.d.). Současně za poslední desetiletí britská Národní zdravotní služba (aj. *The British National Health Service*) nabízí těhotným ženám mimo běžné předporodní kurzy i hypnoporodní přípravu (Uldal et al., 2023). Na oficiálních stránkách institutu je možné nalézt světovou mapu⁸ organizací a lektorů s aktuálními předporodními kurzy. Jako letmý příklad institutů zde uvedeme program *Great Beginnings Births* ve městě Leesburg ve státě Virginia, *Mayo Hypnobirthing* v Irsku, *Mummy Matters Hypnobirthing* ve Velké Británii či institut *The Growth Room* v Austrálii, který se kromě hypnoporodu věnuje také perinatální psychologii (The Growth room, n.d.).

3.7.1 Další instituty metody hypnoporod

Metoda hypnoporod původem pochází od Monganové, načež se z hypnoporodní přípravy stal postupně celosvětový trend. Na základě této celosvětové vlny pocházející z Ameriky vznikly další instituty pod vlastní značkou. Tyto instituce však následují veškeré standardy, filozofii a techniky původní metody hypnoporod. Odlišují se pouze ve vlastním sestaveném programu. Jelikož jsou tyto instituty mladší než původní institut od Monganové, mnohdy využívají aktuálnější metody, nové odborné poznatky a spolupráci znalostí expertů na porod po celém světě (Hypnobus®, n.d.). Těmito institucemi jsou například *KG Hypnobirthing* a *Hypnobirthing Association* ve Velké Británii, britský institut *Wise Hippo Program*, a Australské hypnoporodní programy *Hypnobirthing Australia*^{MT} a *Hypnobus*^{MT}. Jedná se o odborné instituty, které jsou zajištěny příslušnou certifikací. Existuje však mnoho „napodobenin“ kurzů hypnoporodu, jejichž lektoři nemají zkušenosti ani odborné znalosti, a proto je potřeba si zjistit o daném institutu všechny potřebné informace (Hypnobus®, n.d.).

⁷ CEU neboli *Continuing Education Unit* je kreditní jednotku dalšího vzdělávání, která představuje 10 hodin účasti v akreditovaném programu určeném odborníkům s osvědčením nebo licenci k výkonu různých profesí (EFerrit, n.d.).

⁸ Odkaz na mapu lektorů: <https://hypnobirthing.com/directory/category/hypnobirthing/>

3.7.2 Hypnoporod v České republice

V posledních letech se v České republice metoda hypnoporod stává velmi populární předporodní přípravou. I v našem prostředí fungují jak soukromí lektoři hypnoporodní přípravy, tak celé instituty. V soukromém sektoru patří mezi nejznámější české lektorky **Michaela Klementová**, která založila hypnoporodní přípravu *Michaela Klementová | HypnoPorod*⁹ (MKHypnoPorod, n.d.).

Mezi přední institut nabízející v České republice hypnoporodní přípravu patří **Jemné Zrození**¹⁰, jehož zakladatelky absolvovaly lektorský kurz od institutu *KG Hypnobirthing* ve Velké Británii. Do dnešního dne se kurzu od Jemného zrození zúčastnilo přes 10 000 žen a jejich předporodní program je realizován po celé ČR (Jemné zrození, n.d.).

Jemné zrození uskutečnilo své dva vlastní průzkumy. První průzkum byl realizován v roce 2020 a 2021, do které se zapojilo 1 911 žen, které absolvovaly jejich hypnoporodní přípravu. Průzkum mapoval počet porodů, jež skončily císařským řezem. Z dotazovaných žen 85 % rodilo v porodnici, přičemž 12,5 % z nich skončil porod císařským řezem. Celorepubliková míra císařských porodů se v České republice pohybuje kolem 25 %. Na základě toho můžeme odhadovat, že hypnoporodní příprava tak může snížit riziko císařského řezu (Jemné zrození, n.d.). Druhý průzkum je kontinuální a stále probíhá prostřednictvím dotazníku. Otázky mapují základní informace o proběhlém porodu a celkové subjektivní vnímání žen o užitečnosti hypnoporodní přípravy.¹¹ Další institut v České republice nabízející hypnoporodní přípravu je **Porod je krásný**¹², který taktéž vychází z *KG Hypnobirthing*. Organizace kromě hypnoporodní přípravy nabízí také kurzy těhotenské jógy (Porod je krásný, n.d.).

⁹ Oficiální stránky Michaely Klementové: <https://hypno-porod.cz/>

¹⁰ Oficiální stránky Jemného zrození: <https://jemnezrozeni.cz/>

¹¹ Všechny otázky a aktuální výsledky výzkumu Jemného zrození: <https://jemnezrozeni.cz/pruzkum-hypnoporodu-2/>

¹² Oficiální stránky Porod je krásný: <https://www.porodjekrasny.cz/>

4 ZKUŠENOSTI ŽEN S TECHNIKOU HYPNORODU

Výzkumů a studií na téma hypnorození bylo doposud realizováno mnohem více, než je tato diplomová práce schopna nastínit. Provedli jsme jejich řešerši v odborných databázích a nyní se pokusíme v této poslední kapitole některé ze studií představit a shrnout jejich výsledky i s možnými limity a omezení.

4.1 Zahraniční literatura, výzkumy a studie

4.1.1 Kvalitativní výzkumy

V oblasti hypnorození jsou kvalitativní studie velmi vzácné. Přece jen byla provedena nám nejbližší a zároveň nejnovější kvalitativní norská studie Uldala et al. (2023), která se zabývala celkovou **zkušeností a prožitkem** žen. Studie se zúčastnilo celkem 9 žen (5 prvorodiček a 4 druhorodičky). Analýza dat byla provedena pomocí Giorgiho popisné fenomenologické analýzy (Giorgy, 2009, citováno v Uldal et al., 2023). Z realizovaných rozhovorů vyplynulo, že si ženy přály vytvořit vlastní koncept porození a chtěly se připravit se na potenciální emocionální a fyzické obtíže spojené s porodním procesem. Ženy dále uváděly, že vnímaly před hypnorození přípravou porození jako potenciálně ohrožující událost, která se po kurzu změnila na smysluplný zážitek. Dále se zvýšila jejich sebedůvěra ve vlastní schopnosti vlivem vlastního aktivního přístupu, nástrojů a strategií zvládnání. Ženy do porodního procesu zapojily svého partnera bez ohledu na jeho přímou účast na kurzu. Dále popisovaly, že z jeho strany cítily větší pochopení a aktivní spolupráci. Zdravotní personál podle žen zaujímal spíše pasivní přístup. I přes to, že jeden porození jedné ženy skončil císařským řezem, vnímala svůj porození jako jeden z nejkrásnějších zážitků. V závěru studie autor uvádí, že hypnorození příprava má dopad na porodní prožitek žen v mnoha oblastech (Uldal et al., 2023).

V této studii jsou zmíněny dvě studie poukazující na **možné negativní důsledky hypnorození přípravy**, a jejichž zmínění vnímáme jako velmi důležité. Hollander et al. (2017) zjistili, že ženy, které absolvovaly kurz hypnorození měly **vysoká pozitivní očekávání**, která často nebyla splněna. Techniky, které mají mít na těhotné ženy pozitivní vliv a nestane se tak, mohou namísto toho přinášet pocity **zklamání** a **viny**, když ženy porodní bolest „nezvládnou“. Finlayson et al. (2015) přišli s podobným zjištěním, kdy účastnice kurzu vyjádřily zklamání, kdy porodní zkušenost nesouzněla s jejich očekáváním.

Uldal et al. (2023) referují, že všechny účastnice ve svých výpovědích zmínily vědomí možných komplikací, a naopak vyjádřily očekávání, která byla realistická a střízlivá.

Další kvalitativní studií zahrnující 5 prvorodiček je nová studie Paramasivama et al. (2023), která zkoumá **perspektivu žen** a jejich **zkušenost** s hypnoporodní přípravou. Data byla sesbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a analyzována za pomoci tematické analýzy. Z analýzy rozhovorů vyplynula 3 hlavní témata – fyzický a emocionální dopad bolesti, reakce na bolest a pozitivní aspekty pro matku a novorozence. Ženy popisovaly porodní proces jako zážitek a bolest vnímaly jako snesitelnou a pouze ve formě určitého nepohodlí. Ženy dále hovořily o pozitivním vlivu přítomnosti partnera u porodu, od nichž cítily podporu a určitou kontrolu celého porodního procesu. Ženám hypnoporodní příprava dala pocit, že mohou svůj porodní proces pozitivně ovlivnit a cítily jistou sebedůvěru. Ženy také vnímaly po narození okamžité navázání pouta se svým miminkem. Zajímavostí je, že rozhovory byly realizovány 48 hodin po porodu, což autoři vnímají vzhledem k možnosti zkrácení vzpomínek jako silnou stránku jejich výzkumu (Paramasivama et al., 2023).

4.1.2 Kvantitativní výzkumy

Většina provedených studií na téma metody hypnoporod má kvantitativní charakter. Jednou z nich je nedávná turecká studie Büleze et al. (2019), která analyzovala vliv hypnoporodní přípravy na **strach z porodu** během prenatalního období. Do studie se zapojilo 51 žen, které v různém stadiu těhotenství absolvovaly kurz hypnoporodu. Kontrolní skupina se skládala z 31 žen, které absolvovaly běžný kurz prenatalního vzdělávání. Ženám byly předloženy tři dotazníky. První z nich mapoval demografické údaje, druhý zjišťoval znalosti, zkušenosti a očekávání žen od hypnoporodní přípravy a třetí dotazník zkoumal strach z nadcházejícího porodu. Mezi oběma skupinami byla zjištěna výrazná odlišnost a ženy připravující se na porod metodou hypnoporod vykazovaly nižší úroveň strachu z nadcházejícího porodu (Büleze et al., 2019). Další randomizovanou kontrolovanou studií zkoumající vliv hypnoporodní přípravy na **strach z porodu** a **porodní bolest** je studie Atise & Rathfische (2018). Výzkumu se účastnilo 60 žen, přičemž polovina z nich absolvovala hypnoporodní přípravu a druhá nikoliv. Strach z porodu byl zjišťován dotazníkem a porodní bolest byla měřena vizuální analogovou škálou VAS. Po porodu ženy obdržely formulář po porodu týkající se porodu, novorozeného miminka a interakcí mezi matkou a dítětem. Studie zjistila, že ženy zúčastněné hypnoporodní přípravou zažívaly u porodu menší míru bolesti a strachu před porodem. Také tato skupina vykazovala zkrácení doby porodu ve druhé a třetí porodní fázi (Atis & Rathfisch, 2018). Kvaziexperimentální výzkum Andrianiho et al.

(2020) si taktéž kladl za cíl zjistit účinek hypnoporodní přípravy na schopnost žen **pracovat s porodní bolestí** během porodu (n=16). Tento výzkum taktéž potvrdil výše uvedené závěry. Ženy aplikující hypnoporodní techniky (n=8) u porodu dokáží s porodní bolestí lépe pracovat a jejich subjektivní hodnocení bolesti je nižší (Andriani et al., 2020). Starší rozsáhlá australská studie Phillipse-Moorea (2012) s kombinovaným designem zkoumala vliv hypnoporodní přípravy na délku porodu, míru císařského řezu, použití léků na tlumení bolesti a celkové vnímané pohodlí během porodu. Tyto výsledky byly následně srovnány s výsledky statistik australské populace. Účastníky výzkumu tvořilo 145 párů, přičemž ženy byly prvorodičky i druhorodičky. Po porodu podaly kompletní informace o způsobu porodu a jeho délce, APGAR skóre a úrovně vnímaného pohodlí při porodu. Dále byli účastníci požádáni o slovní výpovědi svých zkušeností s technikou hypnoporod v oblasti strachu z porodu a úzkosti, symptomům poporodní deprese a celkové spokojenosti z porodu (n=107). Výsledky studie ukazují, že byla celková délka porodu ve srovnání s obecnou populací kratší, míra císařského řezu se snížila a polovina účastnic nepoužila žádné léky tlumící bolest. Vnímání subjektivního pohodlí se zvýšilo o polovinu a APGAR skóre po porodu bylo vysoké. Ačkoliv se výsledky v mnoha oblastech jeví jako pozitivní, autorů bylo nejasně definováno označení „délka porodu“ a respondentky tak mohly interpretovat začátek porodu velmi odlišně (Phillips-Moore, 2012). Americká studie Swencionise et al. (2012) porovnává výsledky porodů žen, které absolvovaly metodu hypnoporod s národními statistikami. Jelikož byla poslední data z národních statistik zaznamenána v roce 2009, i data spojená s metodou hypnoporod byla sesbírána ve stejném období pomocí on-line formulářů. Hypotézy zněly následovně: Matky praktikující hypnoporodní přípravu mají méně lékařských zásahů, méně císařských řezů, nižší frekvenci návštěv gynekologů v těhotenství a novorozence s vyšším gestačním věkem. Všechny hypotézy této studie byly potvrzeny. Autoři však zdůrazňují, že z výsledků studie lze výhody hypnoporodní přípravy pro matku a dítě předpokládat. Podle autorů porovnání žen praktikujících metodu hypnoporod s běžnou populací bude možné až po realizaci více výzkumů (Swencionise et al., 2012).

Z výše uvedených závěrů je možné usoudit, že má hypnoporodní příprava pozitivní vliv na fyzickou i psychickou stránku žen. Nesmíme však opomenout i možná negativa, která někteří z autorů uvádějí, a zvážit možné limitující aspekty doposud provedených výzkumů. Vnímáme za velmi důležité brát v úvahu také kulturní kontext jednotlivých studií a zvážit celkové nastavení zdravotnického a porodního systému.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Výzkumný problém

Těhotenství a přípravy na porod je pro mnoho žen velmi významným obdobím, a jejich psychika a prožívání mohou mít na průběh porodu, včetně po porodního období, značný vliv. Ženy si přejí prožít porod v jeho nejpřirozenější podobě, kdy budou plně respektovány jejich potřeby a přání. I přestože je porodnictví v České republice na vysoké úrovni, stále se setkáváme s nadměrným používáním medikamentů a intervenčních zásahů, které mohou přirozený průběh porodu zkomplikovat. Do popředí tak začínají vstupovat předporodní kurzy s alternativnějšími a jemnějšími metodami, které cílí na psychickou stránku žen. Za posledních deset let se v České republice zpopularizovala metoda hypnoporod, celostní předporodní příprava, která vychází z teorií autorů přirozených porodů. Ze zmíněných studií v teoretické části této diplomové práce vyplývá, že hypnoporodní příprava může být pro řadu žen prospěšná nejen z fyzické, ale i psychické stránky. Psychika žen v těhotenství si zaslouží jistou pozornost a ženy by měly mít k dispozici praktické nástroje, jak si v této životní etapě pomoci k většímu pocitu bezpečí, jistoty a zklidnění.

V teoretické části diplomové práce jsou shrnuty poznatky z oblasti psychologie těhotenství a porodu, alternativních způsobů porodu a hypnoporodu s teoretickým propojením s některými oblastmi psychologie. V každé kapitole se snažíme teorii podložit i zahraničními zdroji či studiemi. Poslední kapitola shrnuje zjištění několika studií zkoumající metodu hypnoporod. Teoretická základna nám nabídla rámec k porozumění, jak zklidňující a relaxační techniky mohou zásadně ovlivnit psychiku žen v přípravném období na porod, včetně porodu samotného. Dosud napsané vysokoškolské kvalifikační práce na téma *Hypnoporod* jsou zaměřeny medicínsky z hlediska porodní asistence. V naší práci se chceme zaměřit na psychickou stránku žen a jejich prožitky, které jsou s hypnoporodní přípravou spojeny.

5.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem této práce je **kazuistický popis jednotlivých příběhů žen, které mají zkušenost s technikou hypnoporod**. Práce si tedy klade za cíl porozumět prožitkům žen, které se rozhodly absolvovat hypnoporodní přípravu. Chtěli bychom se dozvědět, proč se ženy rozhodly účastnit se hypnoporodního kurzu a jakým způsobem jim hypnoporodní techniky ovlivnily psychické prožívání během těhotenství, včetně porodu samotného.

V neposlední řadě nás zajímá, jak ženy zpětně hypnoporodní přípravu hodnotí a v čem pro sebe spatřují největší osobní přínos.

V návaznosti na výzkumný problém jsme stanovili dílčí **výzkumné cíle**:

- Porozumění motivace žen pro absolvování hypnoporodní přípravy.
- Odhalení dopadu hypnoporodních technik na prožívání žen od období příprav po samotný porod.
- Zanalyzování vnímaných souvislostí hypnoporodních technik na subjektivní prožitky a průběh porodu.
- Popsání zpětného zhodnocení hypnoporodní přípravy a reflexe jejího osobního významu.

5.2 Výzkumné otázky

K hlavnímu výzkumnému cíli jsme formulovali příslušnou výzkumnou otázku, která zní následovně: **Jaké jsou zkušenosti žen, které absolvovaly hypnoporodní přípravu?** Stejně tak, jako je výzkumný cíl rozdělen na několik dílčích cílů, i k výzkumné otázce nasedají dílčí otázky, které je třeba zodpovědět pro jejich naplnění. V podkapitole „*Popis jednotlivých případů*“, která je součástí desáté kapitoly, jsme nastínili neméně důležitá témata týkající se předchozí zkušenosti s porodem bez hypnoporodní přípravy, praxe a vztahu k meditacím, relaxacím a vizualizacím. Také se ptáme, jaké konkrétní techniky v rámci hypnoporodní přípravy ženy využívaly. Tyto oblasti nejsou součástí výzkumných otázek, ale pro naplnění výzkumných cílů jsme jejich zmínění v diplomové práci považovali za důležité.

Jelikož si klademe za **cíl porozumění individuální zkušenosti** a práce je orientována fenomenologicky se zaměřením na **popis subjektivního vnímání** a prožívání určité situace, jsou otázky formulovány otevřeně. Stanovili jsme celkem čtyři **výzkumné otázky** odrážející výše zmíněné dílčí cíle výzkumu:

- 1) Jaká byla motivace žen k absolvování hypnoporodní přípravy?
- 2) Jak ženy prožívaly období těhotenství a přípravy na porod v souvislosti s hypnoporodními technikami?
- 3) Jak souvisely hypnoporodní techniky se subjektivním prožitkem a průběhem porodu?
- 4) Jak zpětně ženy hodnotí hypnoporodní přípravu a jaký pro ně měla osobní význam?

6 Aplikovaná metodika výzkumu

V této kapitole čtenáře seznámíme s metodologickou povahou výzkumné práce. Stručně popíšeme zvolený typ výzkumu, metody tvorby a sběru dat, a v neposlední řadě nastíníme náš postup při jejich analýze a zpracování.

6.1 Typ výzkumu

Vzhledem k povaze stanovených cílů výzkumu a výzkumným otázkám jsme se rozhodli pro **kvalitativní přístup**. V psychologii tento přístup popisuje, analyzuje a interpretuje nekvantifikované vlastnosti daného fenoménu naší vnitřní i vnější reality pomocí kvalitativních metod (Miovský, 2006). Do popředí vstupuje **neopakovatelnost a jedinečnost jevů a událostí**, které lidé ze svého úhlu pohledu mohou interpretovat v odlišných kvalitách a rovinách. Kvalitativní přístup má explorativní charakter se zaměřením na holistický pohled (Ferjenčík, 2015). Dle Hendla (2016) se tímto přístupem konstruuje obraz, jež během procesu sběru dat postupně dostává své linie a poznává jednotlivé části problematiky. Kvalitativní přístup nevychází z teorií, naopak nám umožňuje teorie navrhovat a dává nám idiografický popis jednotlivých případů.

Jako konkrétní typ kvalitativního výzkumu byl zvolen jeden z nejrozšířenějších přístupů, a tím je **případová studie**. Případem je myšlen jasně definovaný a ohraničený subjekt našeho výzkumného bádání. „*Analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům*“ (Miovský, 2006, s. 94).

Pro diplomovou práci jsme využili tzv. **vícepřípadovou studii**, ve které se zaměřujeme na dané osoby a klademe si za cíl zkonstruovat co nejpřesnější obraz případů se zachycením stěžejních souvislostí v jejím specifickém kontextu. Již dostupná psychologická literatura tak s případovou studií může přispět k většímu porozumění existujících obecnějších výzkumů. Jelikož byly hlavními cíli výzkumu porozumět ženám s prožitou zkušeností, bylo zvolení tohoto typu výzkumu nejlepší možnou volbou.

6.2 Metody tvorby dat

Jako hlavní metodu získávání dat jsme zvolili **rozhovor**, jakožto zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat (Ferjenčík, 2015). Z hlediska formalizování řečové výměny informací jsme se rozhodli pro **polostrukturovaný rozhovor**. V polostrukturovaném rozhovoru je připravena sada několika otázek, které však výzkumník

může pokládat v různém pořadí a přizpůsobovat je dialogickému procesu. Umožňuje respondentům vyjádřit jejich myšlenky, které sami pokládají za významné, čímž se zvyšuje opravdovost celé výpovědi. Je třeba určité dovednosti koncentrace, citlivosti a schopnosti pozorování respondenta, i sebe samého pro celkové interpersonální porozumění kontextu a souvislostí (Miovský, 2006). **Pozorování** tedy v našich rozhovorech hrálo významnou roli. Kulka (2008) jej definuje jako zdokonalené vnímání na základě vytyčení toho, co má být pozorováno, a tak umožňuje zaměřit pozornost tím správným směrem. V našem případě jsme v průběhu rozhovoru pozorovali emoční rozpoložení respondentů, jejich neverbální komunikaci a celkový způsob vyprávění a volbu slov. Nedílnou součástí rozhovoru byly i obecné dovednosti jako je **parafrázování** a **zpětné dotazování**, které pomáhají k lepšímu porozumění a interpretaci respondentovy výpovědi.

Polostrukturované interview se využívá nejvíce díky pružnosti a vyvážení nevýhod rozhovoru strukturovaného a nestrukturovaného. Důležité je však udržet tzv. **jádro interview**, což je minimum otázek, které jsou třeba probrat. Na toto jádro pak navazuje další určité množství různých doplňujících témat a dotazů pro prohloubení tématu (Miovský, 2006).

Jelikož je naše téma zaměřeno na ženskou populaci, budeme nadále v diplomové práci hovořit o **respondentkách**. Respondentky byly požádány o zhruba hodinový rozhovor, který jsme s jejich souhlasem zachytili na diktafon mobilního telefonu. Na začátku setkání jsme od nich získali základní demografické údaje a abychom začali rozhovor nenáročným tématem, zeptali jsme se každé z nich, jak se o hypnoporodu dozvěděla. Následně jsme přešli k hlavním otázkám. Jejich strukturu tvořily čtyři okruhy otázek, které jsou pro téma diplomové práce a výzkumné cíle stěžejní. V rozhovorech jsme se dotkli motivace a důvodů pro absolvování hypnoporodní přípravy, psychického prožívání a duševní pohody v období těhotenství za přítomnosti hypnoporodních technik, průběhu porodu a vnímání bolesti, ale také zpětné reflexe a pohledu na hypnoporodu a vnímaných osobních přínosů. Podle autorů Řiháčka et al. (2013) výzkumné otázky nevychází ze studia literatury k danému tématu, i když teorie může pomoci najít téma, které doposud nebylo prozkoumáno, a také může přinést důležité informace o budoucích respondentech výzkumu. Dostupná literatura a poznatky v teoretické části práce nás tedy pro vytvoření otázek pouze inspirovaly. Snažili jsem se **otázky** tvořit tak, aby byly **formulovány otevřeně**, jasně a citlivě, což podle Hendla (2016) patří mezi nejdůležitější prvky určující respondentovy odpovědi. Otázky, které jsme respondentkám pokládali, jsou k nahlédnutí v Příloze č. 4.

Se čtyřmi respondentkami jsme realizovali osobní setkání, pátý rozhovor byl z důvodu velké vzdálenosti realizován on-line formou. Ve všech případech se jednalo o maminky na mateřské dovolené, snažili jsme se jim tedy s místem setkání i denní dobou vyjít vstříc dle jejich možností. Ke dvěma respondentkám jsme byli pozváni domů, s dalšími dvěma jsme se sešli v klidné kavárně. Před samotnými rozhovory byly respondentkám předloženy informované souhlasy (viz Příloha č. 3). V případě on-line formy jsme je zaslali respondentce v elektronické podobě a poprosili ji o jeho vytisknutí, podepsání a zaslání zpět e-mailovou adresou. Ve čtyřech případech rozhovor probíhal za přítomnosti dětí respondentek. Před započítáním rozhovoru jsme se snažili navodit příjemnou atmosféru tím, že jsme každé účastnici poděkovali za její ochotu a čas, který nám věnovala. V průběhu interview jsme namátkově respondentce připomněli účel a přínos rozhovoru pro udržení její motivace. Konečné otázky jsme se snažili ladit pozitivním způsobem a zakončit rozhovor tak, aby respondentka myslela na pozitivní aspekty její zkušenosti. Každé ženě bylo sděleno, že pro nás mají její výpovědi velký přínos. Na úplný závěr dostala respondentka prostor pro jakékoliv doplnění či dotaz, což byla i pro nás přínosná zpětná vazba.

Nejdelší z rozhovorů trval 78 minut, nejkratší 36 minut. Průměrná doba trvání všech rozhovorů byla 53 minut. Sběr dat probíhal v období od poloviny září do poloviny října roku 2023.

6.3 Metody zpracování dat

Technická stránka práce s daty, která zahrnuje veškeré úkony a procedury propojující fázi získávání a analýzy dat, se nazývá tzv. **data management**. V této části jsou data zpracována a připravena pro následnou analýzu (Mioviský, 2006). Po provedení všech rozhovorů následovala transkripce dat z audionahrávek do textového editoru *Microsoft word*. Každý rozhovor jsme se snažili přepsat co nejdříve v následujících dnech, kdy jsme měli výpovědi a celkový dojem z rozhovoru v živé paměti. Už při přepisování bylo možné provést **redukcí prvního řádu**, kdy jsme odstranili všechny nadbytečné informace nesouvisející s tématem naší diplomové práce. Zároveň jsme si k výpovědím, které nám připadaly cenné a užitečné, psali poznámky a text zvýraznili tučně, popřípadě jej podtrhli. Tam, kde byla slovní výpověď citově zabarvena neverbálním doprovodem (např. smíchem), bylo to do textu taktéž zaznamenáno. Při dokončení transkripce a ukládání na externí disk byly soubory anonymizovány. Tato vytvořená plynulejší podoba textu nám usnadnila následující analýzu dat.

Jako další následovala fáze **kódování**, což je proces kategorizace a konceptualizace nashromážděných dat. V kvalitativní analýze je kódování klíčovým krokem, jež zahrnuje cyklické srovnávání a interpretování jednotlivých prvků. Výslednými produkty jsou pak význačné pojmy, jimiž se data popisují. Většinou se jedná o symbol nebo o relevantní klíčové slovo přiřazené k danému úseku textu (Kulka, 2008).

V našem případě proces kódování probíhal následovně. Přepisy nahrávek byly vloženy do programu *ATLAS.ti.*, který nám umožňuje přehlednou práci s daty. K jednotlivým částem textu byly přiřazeny kódy v podobě vystihujících názvů, které jsme později na základě podobnosti shlukovali do hlavních významových celků. Program nám umožnil vidět přímé citace respondentů, které byly přiřazeny k jednotlivým kódům, a bylo tak jednodušší si je následně pročítat a vracet se k nim. Mezi tématy už bylo možné hledat souvislosti a zajímavé informace o zkoumaném fenoménu. Postup naší práce šel ruku v ruce s postupem zvolené metody analýzy dat IPA.

6.4 Metody analýzy dat

Vzhledem k výzkumným cílům byla jako metoda analýzy dat zvolena **interpretativní fenomenologická analýza**. Hlavní princip je detailní prozkoumání toho, jak jedinec utváří význam své zkušenosti, což nám umožňuje porozumět jednotlivé události nebo procesu – fenoménu (Smith et al., 2009). IPA staví na třech pilířích, a to na fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu. Žitá zkušenost je v tomto přístupu stěžejní, neboť nás zajímá perspektiva a úhel pohledu každé respondentky na události, kterými si prošla. Jinými slovy IPA zkoumá, jaký smysl člověk přisuzuje své zkušenosti v určitých podmínkách či situaci, a jakou podobu a význam má tento proces (Řiháček et al., 2013). Je důležité, že není možné docílit čistého popisu jedinci zkušenosti, jelikož výzkumník v analytickém procesu vždy přikládá svoji subjektivitu a výpovědi interpretuje dle vlastního pochopení sdělení. Výsledek je tedy vytvořen společným sdílením jak účastníka, tak výzkumníka a dává tak prostor pro další interpretační možnosti (Řiháček et al., 2013)

Analýzu jsme prováděli u každé respondentky samostatně. I přes to, že jsme s každým dalším rozhovorem mohli být ovlivněni předchozími tématy, snažili jsme se u dalších respondentek o zachování otevřenosti pro nově vznikající témata. Postupovali jsme podle analytického procesu dle autorů Řiháčka et al. (2013), kteří čerpají z textů a literatury od samotných zakladatelů tohoto přístupu. Součástí analytického postupu je čtení a opakované čtení přepsaných rozhovorů, počáteční poznámky a komentáře, rozvíjení

vznikajících témat, hledání souvislostí napříč tématy, analýza dalšího případu a hledání vzorců napříč případy.

Opakované čtení je dle autorů přínosné pro zaujetí případem a ponoření se do jedincovi zkušenosti, k čemuž nám rovněž pomohlo znovu poslechnutí nahrávek. Každý rozhovor jsme si opakovaně zvlášť pročetli a tím získali další malý náhled pro všimnutí si prvních podobností a rozdílů mezi jednotlivými rozhovory.

Psaní si poznámek a komentářů patří k podrobnější části analýzy, při které věnujeme pozornost detailům, které by mohly být pro naši práci významné. Zároveň nám poznámky pomohly zpětně se vrátit k důležitým bodům a analýze situace a potřeb každé respondentky. K přepsaným datům jsme do komentářů vepsali své myšlenky a poznámky ze zápisníku, jež jsme získali během pozorování. Poznámky se pojily ke všemu, co jsme ve výpovědi považovali za významné, stejně tak jsme si následně úseky textu podtrhli a zvýraznili. Tento bod je velmi úzce spojen s procesem kódování, které je popsáno v předchozí podkapitole.

Rozvíjení vznikajících témat zahrnuje redukci dat, kdy odkládáme původní text a již pracujeme převážně s vlastními poznámkami a komentáři. Cílem této fáze je přetvořit předešlé komentáře do výstižných témat, která zachytí esenciální kvalitu jedincovi zkušenosti (Řiháček et al., 2013). Hledáme tak opakující se vzorce, které se formovaly do tzv. rodících se témat a tematických celků. Je zde protnutí jak žité zkušenosti respondentky, tak výzkumníkovi interpretace.

Hledání souvislostí napříč tématy obnáší spojení vzájemně propojených témat. Podle autorů tato témata fungují jako „magnet“, jelikož přitáhnou témata k sobě podobná (Smith, 2012, citováno v Řiháček et al., 2013). Těmto tématům pak přiřazujeme příslušný název a výsledkem je seznam nadřazených témat s podtématy, která se shlukla podle naší interpretace k sobě. Pro identifikaci těchto témat je významná jejich četnost ve výpovědích, včetně bohatosti a schopnosti reflektovat danou zkušenost. Pro ukotvení a vyzdvihnutí hlavních témat je významné přiložit i přímé citace respondentek.

Analýza dalších případů obsahuje stejný postup s každou další respondentkou, kde totožným způsobem opakujeme 1. – 4. fázi. Po dokončení všech analýz byla ke každé účastnici vytvořeno grafické schéma jejích témat. Tato grafická schémata byla tvořena v programu *MAXQDA 24*, který umožňuje vytvoření přehledné vizualizace dat a schémat.

Hledání vzorců napříč tématy je poslední fáze analýzy, kdy dochází k propojení dílčích analýz jednotlivých případů. Hledáme mezi nimi souvislosti a spojitost, přičemž si zároveň všimáme nejsilnějších analýz pro náš výzkum. V celém kontextu můžeme spatřit

opomenuté významnosti, čímž bychom se měli zpětně vrátit k tématům a v případě potřeby je upravit a revidovat. Ukázkou analytické práce v programu *ATLAS*. *ti*. označuje Obrázek č. 1.

Obrázek č. 1: Ukázka datové analýzy

<p>59 E: Děkuji. A jak se blížil ten samotný porod, měla jste vůbec prostor využít ty hypnoporodní techniky?</p> <p>60 R2: To ano, to jsem měla. U toho prvního hypnoporodu když jsem cítila, že to nastupuje opravdu intenzivně, tak jsem si představovala to rozvíjení poutěte růže a ty obláčky a pořad to dýchání, to jsem jako zvládla. Pamatuji si, že bylo těžké udržet tu pozornost jen na těch technikách, to pořad bylo hodně intenzivní. Nebyla to úplně bolest, ale bylo to pravdu tak intenzivní, že bylo těžké se udržet v té myslí tam, kde jsem chtěla být. A nenechat se jako strhnout do něčeho co by způsobilo, že ten porod začne být bolavej. A to se u toho prvního povedlo úplně krásně. Možná proto to bylo tak rychlý, ale rozhodně si myslím, že to bylo díky tomu tak pohodový, tam nebyla opravdu žádná bolest, jen hodně intenzivní pocit tlaku a rozevirání. Bylo to intenzivní, ale bolest žádná a to si myslím, že díky těm technikám. Proto jsem se k nim vracela i při tom dalším zamýšleným hypnoporodu, ale tam už to bylo jinak. Tam jsem už nedokázala držet tu mysl tam, kde jsem potřebovala. Takže tam byla hodně ta bolest a od toho se odvíjející nesoustředěnost, neuvolněnost... už to všechno jelo prostě.</p> <p>61 E: Jo, ten kontext té situace byl prostě jiný u toho třetího než čtvrtého. A v čem to bylo, že jste cítila, že to bylo intenzivní ale bolest tam nebyla? O čem to bylo, o té pozornosti?</p> <p>62 R2: U toho porodu to bylo o té pozornosti. Bylo to o tom, že jsem dokázala a i určitě díky tomu dýchání a technikám, že jsem se dokázala prostě uvolnit. To uvolnění si myslím že je úplně nejdůležitější věc a to se právě dařilo. A v tom uvolnění jsem setrvala i po tom porodu. Asi to bylo to hypno, no. Asi bych tomu úplně ale nerada přikládala nějakou velkou váhu, ale má to na to podle mě obrovský vliv. Pokud ty techniky fungují, tak jo.</p> <p>63 E: Dokázala byste popsat, co vám hypnoporod dal a v čem pro vás vidíte největší přínos?</p> <p>64 R2: Rozhodně mi dal sebedůvěru a důvěru v ten proces jako takový. I skrze přípravu a všechny tady ty věci okolo. Rozhodně mi tedy sebral důvěru v porodnictví nebo v porod v nemocnici absolutně. Protože se nedokážu představit, že by se podobné podmínky toho bezpečí daly nasimulovat v porodnici. Třeba ano, ženy o tom hovoří, tak asi v některých případech možná jo, ale asi jak u koho, u mě to určitě jako neprošlo. A z logiky věci to nemůže být stejné. Ale určitě mi dal absolutní důvěru v ženském těle a v tu sílu té psychiky a toho, jak se to prováže navzájem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Techniky během porodu <ul style="list-style-type: none"> Náročné udržení pozornosti Vnímání bolesti Držení pozornosti na technikách Vliv technik <ul style="list-style-type: none"> Pocit uvolnění Subjektivní pocit přínosu technik Přínos technik <ul style="list-style-type: none"> Sebedůvěra Víra v porodní proces Důvěra ve své tělo <ul style="list-style-type: none"> Víra v nastavení mysli
--	---

Je potřeba ještě jednou zdůraznit, že je interpretace výsledků vždy ovlivněna výzkumníkem – jeho kontextem a perspektivou, jak se na výpovědi účastníků dívá a jakou důležitost jim sám přikládá. Dle IPA je důvěryhodná ta interpretace, jejichž autorství patří respondentovi a je doložena přímými citacemi (Smith et al., 2009). Přímé citace jsou k nalezení v desáté kapitole, kde jsou prezentovány výsledky výzkumu (viz podkapitoly „*Analýza jednotlivých případů*“ a „*Analýza společných tematických oblastí*“). Nezbytnou a významnou část interpretačního procesu je výzkumníkova sebereflexe a reflektivní pozorování, které jsou k nalezení v deváté kapitole „*Reflexe výzkumníka*“.

7 Charakteristika výzkumného souboru

Samotný název této diplomové práce „*Zkušenosti žen s technikou hypnoporod*“ naznačuje, že výzkumný soubor tvoří ženy, které absolvovaly kurz hypnoporodní přípravy. Pro zařazení do výzkumu byla zvolena dvě **kritéria**. První kritériem bylo, aby **všechny ženy absolvovaly kurz** od stejné organizace, a tou je **Jemné zrození**. Jemné zrození pořádá kurzy napříč celou Českou republikou a každá respondentka se účastnila kurzu hypnoporodu v kraji podle svého místa bydliště. Jako druhé kritérium byla podmínka, aby **každá žena měla před hypnoporodem předešlou zkušenost minimálně s jedním porodem bez hypnoporodní přípravy**. Cílem práce není zhodnotit porod bez hypnoporodní přípravy a s touto přípravou. Domníváme se však, že pro popsání zkušenosti hypnoporodu a naplnění cílů diplomové práce je předešlá zkušenost každé ženy s „klasickým“ porodem bez této přípravy zásadní. Jako neméně důležitá součást byla významná i ochota a iniciativa se dobrovolně do výzkumu zapojit.

Vzhledem ke zvolené metodě IPA, která pracuje s **nižším počtem respondentů**, a díky tomu umožňuje detailní analýzu žité zkušenosti, bylo smysluplné oslovit pouze pár žen (Řiháček et al., 2013). Na základě splnění všech výše uvedených kritérií se do výzkumu zapojilo celkem **pět respondentek**. Autoři dále mluví o významu homogenity souboru, jež zajišťuje dobrou reprezentativnost zkoumaného fenoménu.

S ohledem na celý design výzkumu byly zvoleny metody nepravděpodobnostního výběru, které se dle Miovského (2006) často v rámci výzkumu kombinují a mění v jeho průběhu. Pro náš výzkum byla zvolena nejrozšířenější nepravděpodobnostní metoda výběru, a to **prostý záměrný výběr**, díky níž náš vzorek odráží žádoucí charakteristiky zkoumané populace na základě předem stanovených kritérií. Požádali jsme o členství v soukromé facebookové skupině „*Jemné Zrození/Hypnoporod v ČR – skupina*“, kam jsme po schválení napsali příspěvek, který měl podobu inzerátu. Zde jsme žádali o účast ve výzkumu ty ženy, které mají zkušenost jak s porodem bez hypnoporodní přípravy, tak i s touto přípravou. Celkem se v komentářích přihlásilo šest žen, dvě další ženy napsaly soukromou zprávu. Všechny respondentky byly tedy zvoleny na základě **samovýběru**, jež je založen na principu dobrovolnosti a aktivního projevení zájmu (Miovský, 2006). Následně jsme všem ženám poslali soukromou zprávu se základními informacemi o našem výzkumu.

Po zhodnocení všech kritérií a domluvě se sejit a zodpovědět naše otázky se nám nakonec podařilo realizovat pět rozhovorů. Pro lepší přehled všech důležitých charakteristik respondentek byla vytvořena Tabulka č. 1. V desáté kapitole „*Výsledky výzkumu*“ je

v podkapitole „*Popis jednotlivých případů*“ detailněji popsán porodní příběh každé respondentky, aby bylo možné lépe porozumět její zkušenosti s technikou hypnoporod.

Tabulka č. 1: Základní charakteristiky a sociodemografické údaje respondentek

Jméno	Věk	Kraj	Místo hypnoporodu	Rok klasického porodu	Rok hypnoporodu
Kateřina	31 let	Jihomoravský	Vyškov	2018	2021
Eliška	38 let	Olomoucký	Šternberk	2016	2020
Veronika	40 let	Ústecký	Domácí porod	2011, 2013	2015
Michaela	39 let	Olomoucký	Šternberk	2020	2022
Anežka	32 let	Olomoucký	Šternberk	2018	2020, 2023

8 Etická stránka výzkumu

Základní a samozřejmou etickou podmínkou byla **dobrovolná účast**. Poté, co respondentky projevíly zájem v komentáři u facebookového příspěvku či do soukromé zprávy, byly přes zprávu seznámeny s bližšími informacemi o výzkumu, včetně jeho účelu, cílech a celkovém tématu diplomové práce. V průběhu domluvy na osobním či on-line setkání jim bylo řečeno, že **mohou** kdykoliv z výzkumu **odstoupit** a dále **nepokračovat**. Byly předem informovány o tom, že bude rozhovor za účelem pozdější transkripce dat nahráván na diktafon a po obhajobě diplomové práce bude tento záznam smazán.

Při osobním kontaktu respondentky dostaly všechny výše zmíněné informace shrnuté v **informovaném souhlasu**, který si přečetly a následně podepsaly. V diplomové práci je přiložena jeho struktura k nahlédnutí v Příloze č. 3. Dále jim byla položena otázka, jestli souhlasí s psaním si poznámek během rozhovoru pro zachycení myšlenek výzkumníka, které by později mohly být pro výzkum významné. Respondentkám bylo také zdůrazněno, že bude jejich soukromí zachováno v podobě **anonymizování** všech **dat** a že jejich **jména** budou v diplomové práci **smyšlená**. Během celého rozhovoru měly respondentky možnost se doptat na jakékoliv dotazy či sdílet myšlenky, o které se chtěly podělit.

Dali jsme si na prvním kontaktu s respondentkami záležet v podobě drobného dárku, či zaplacením kávy při setkání v kavárně. Před samotným výzkumným rozhovorem také proběhl krátký neformální dialog pro uvolnění atmosféry. Během některých rozhovorů respondentky sdílely citlivá a intimní témata týkající se těhotenství a porodu, proto jsme se snažili po celou dobu **zachovat pocit bezpečí**. Bylo jim v případě potřeby připomenuto, že nemusejí rozvíjet témata, která by pro ně byla z emoční stránky náročná. Snažili jsme se v průběhu rozhovoru vnímat jejich rozpoložení, a pokud to bylo užitečné, přešli jsme k jiné otázce. Na konci setkání jsme se žen zeptali, jestli byl pro ně rozhovor v něčem přínosný a jestli z jejich pohledu byl jeho průběh v pořádku.

Data o respondentkách, příslušná nahrávka a následná transkripce byly uloženy do **počítače**, který byl **chráněný heslem**. Abychom zamezili identifikaci daných respondentek, byla při **transkripci dat odstraněna** všechna **osobní data**. Po celou dobu trvání výzkumu byla šance k nahlédnutí ke všem záznamům a datům třetí osobou minimalizována. Prostřednictvím kontaktu se měly respondentky možnost na cokoli zpětně doptat a po dokončení diplomové práce bude každé z žen zaslána k nahlédnutí.

9 Reflexe výzkumníka

V této kapitole se zaměříme na reflexi výzkumníka vztahující se k výzkumnému problému a celé tematice diplomové práce. Reflexe výzkumníka je nazvána jako **nultá fáze výzkumu** a věnuje se vztahu mezi výzkumníkem a daným tématem, motivací pro práci a uvědomění si vlastní role ve výzkumu (Řiháček et al., 2013). Právě kvůli osobní úvaze a subjektivnímu pohledu bude psána na rozdíl od ostatních kapitol v **první osobě formou dialogu**.

O téma hypnoporodu jsem se začala zajímat poměrně nedávno. První rok komplexního psychoterapeutického výcviku, kterého jsem se stala součástí, se nesl v duchu hypnózy a nácviku sugestivních technik při práci s klienty, včetně autohypnózy a vedených relaxací. V této době jsem na internetu souběžně narazila na téma hypnoporodu. Jelikož jsem byla díky výcviku do hypnózy ponořená a měla jsem s ní jistou osobní zkušenost, samotný název *Hypnoporod* mě velmi zaujal a přála jsem se o této metodě dozvědět více informací. Začala jsem poslouchat dostupné podcasty a hledat zajímavé rozhovory. Díky lektorkám, které rozhovory vedly, jsem se mohla dozvědět celou filozofii a záměr hypnoporodní předporodní přípravy – jak probíhá, k čemu slouží jednotlivé techniky a co může jejich praktikování ženám v období těhotenství a porodu přinést, ale naopak jaká mohou být i možná úskalí.

Velmi mě zaujalo, s jakým nadšením ženy v jednotlivých rozhovorech líčí svoji přípravu na porod a své porodní příběhy. Ve videích se objevovalo plno témat, která jsou pro období těhotenství typická, ale také témat spojených z oblastí duševního zdraví a prožíváním. To mě vedlo k hlubšímu uvědomění, jak moc je toto období pro některé ženy zásadní a přejí si pro sebe a své miminko udělat to nejlepší. Postupně jsem si vytvořila představu o motivaci žen vyhledávat tuto předporodní přípravu a celkově inklinovat k alternativnějším způsobům porodu, kdy budou vyslyšeny jejich potřeby. Velmi se mi líbí spojení přípravy na porod s relaxacemi, meditacemi a imaginací, jelikož mi moje vlastní zkušenost říká, že tyto techniky mohou být pro celkové duševní zklidnění a nacítní na sebe sama velmi užitečné.

Koupila jsem si pár knížek a sdílela toto téma se svojí rodinou. Přes rodinu jsem získala kontakt na známou, která je vystudovanou porodní asistentkou a současně si hypnoporodní přípravou sama prošla. To byl moment, kdy jsem se definitivně rozhodla pro toto téma své diplomové práce, jelikož jsem měla na dosah někoho, kdo by se mnou mohl svoji zkušenost sdílet. I přes předešlé získané informace ze shlédnutých rozhovorů na

internetu jsem měla pocit, že jsem se nedozvěděla dostatek informací o psychické stránce žen, které se pro hypnoporodní přípravu rozhodly. Také jsem zvažovala i možné negativní přínosy této metody, o kterých se na internetu nepíše a ženy je veřejně nesdílí. Proto jsem si přála díky vlastní realizaci rozhovorů se ženami prozkoumat tyto aspekty více do hloubky. Při první rešerši vysokoškolských kvalifikačních prací na téma hypnoporodu jsem taktéž zjistila, že bylo doposud napsáno minimum prací. Ta malá hrstka byla napsána studenty lékařské fakulty v oboru porodní asistence. Avšak tyto práce mi byly užitečné z medicínského hlediska, které ve své podstatě v mnoha aspektech vnímám jako neméně důležité.

Obecně mám pocit, že je ženám a jejich psychické stránce v období těhotenství a přípravy na porod věnována malá pozornost. Naopak je zde velká orientace na těhotenskou prevenci v rámci kontroly fyzického zdraví u lékařů. To nevnímám čistě negativně, avšak by ženám podle mého názoru měla být poskytnuta stejně tak psychická pomoc a podpora. Málo odborníků se věnuje psychické přípravě žen na porod, na budování jejich sebejistoty a na velkou životní změnu, která pro ně po narození dítěte nastane. Domnívám se, že běžný přípravný kurz pro rodiče, který trvá obvykle jeden nebo dva dny, je z hlediska psychické přípravy a podpory žen v těhotenství nedostačující. Myslím si, že ženy potřebují více praktických nástrojů, které jim dají pocit, že mohou pro sebe a své dítě už od počátku udělat to nejlepší.

I přes to, že hypnoporodní příprava zaujímá na jedince celostní pohled, od čehož se odlišuje právě od klasického předporodního kurzu, nejsem si jistá, jestli je schopna těhotným ženám dodat vše co potřebují v celé komplexnosti. Doufám, že mi rozhovory se ženami budou k tomuto zjištění nápomocné a že se nebudou bát se mnou sdílet jejich zkušenosti a poznatky s pozitivními i negativními aspekty, které s sebou předporodní příprava hypnoporod přináší. Také bych si přála, abych díky těmto rozhovorům toto téma lidem více zpřístupnila, aby měli možnost nahlédnout do individuální zkušenosti žen malinko hlouběji. Zároveň je mým cílem teoretická i praktická zjištění kriticky a objektivně zhodnotit a přinést tak relevantní výsledky v tomto tématu. Myslím si, že i pro mě jakožto výzkumníka budou rozhovory velkým přínosem, ať už pro moji vlastní budoucí psychoterapeutickou praxi, nebo pro potenciální zkušenost s přípravou na těhotenství a porod. Jsem si vědoma toho, že toto téma nebude možné pojmout do celé komplexnosti a hloubky tak, jak bych si přála. I přes to doufám, že si v této práci každý čtenář najde pro něj hodnotné informace či inspiraci.

10 Výsledky výzkumu

V této kapitole se budeme věnovat **představení respondentek**, kde stručně popíšeme životní příběh všech jednotlivých případů. Dotkneme se zde témat, která nejsou součástí výzkumných otázek, ale jejich zmínění považujeme pro lepší porozumění kontextu každého respondenta za významné. Dále se v této části diplomové práce zaměříme na nejobsáhlejší podkapitolu, a to **detailní analýzu jednotlivých případů**. Zde jsou nastíněna daná témata, která z rozhovorů vyvstala. Témata s příslušnými kódy byla pro lepší přehlednost graficky znázorněna do schémat. Témata jsou prezentována jak interpretací výzkumníka, tak přímou výpovědí respondentek pro dobrou reflexi v původních datech. Součástí této kapitoly jsou vytvořená schémata s tématy a jednotlivými kódy pro lepší přehlednost. Některé citace jsme pro lepší čtivost stylisticky upravili, ale hlavní význam sdělení zůstal zachován. Předposlední podkapitolou je **analýza společných tematických oblastí**, která jsou shrnuta do komplexních výsledků. Na závěr této kapitoly budou **zodpovězeny hlavní výzkumné otázky**.

10.1 Popis jednotlivých případů

Zde detailněji přiblížíme **charakteristiku žen** a jejich porodní příběhy, včetně toho, jak se o hypnoporodu dozvěděly. Dotkneme se jejich předchozích zkušeností a praxe s meditací, relaxací a vizualizací. Budeme se zajímat také o to, jaké konkrétní techniky v rámci přípravy ženy v průběhu těhotenství a u porodu využívaly a v neposlední řadě si přiblížíme otevřenost zvolené porodnice k hypnoporodním technikám. Poslední bod se týká čtyř žen, jelikož pátá respondentka se rozhodla pro hypnoporod v domácím prostředí. Jelikož si podle našich zvolených kritérií respondentky prošly minimálně jedním porodem bez hypnoporodní přípravy a následně porodem s touto přípravou, budeme pro rozlišení porod bez hypnoporodní přípravy nazývat porodem „klasickým“.

Kateřina

S paní Kateřinou jsme se dostali do kontaktu přes facebookovou stránku „*Jemné Zrození/Hypnoporod v ČR – skupina*“, kde reagovala na náš inzerát s možností účastnit se výzkumu. Následně jsme ji do soukromé zprávy přiblížili téma diplomové práce se všemi základními informacemi, a o tři týdny později jsme se setkali v klidné kavárně v centru Brna.

Kateřina byla od začátku velmi otevřená sdílet své zkušenosti s hypnoporodní přípravou a její odpovědi byly velmi informačně bohaté. Její první klasický porod proběhl v roce 2018 v porodnici za přítomnosti porodní asistentky. Na tento porod se Kateřina

intenzivně připravovala z hlediska obecné informovanosti o těhotenství a porodu jako takovém. Podle její výpovědi první porod proběhl přirozeně a bez velkých poranění. Rodila však 10 dní po termínu a byl pro ni skrz velikost miminka fyzicky velmi náročný. Už v období prvního porodu měla o hypnoporodu a této přípravě povědomí z internetu a diskuzí. Připadalo ji to zajímavé, tak si koupila knihu od Marie Monganové a knihu za tu dobu přečetla. Vzala si z ní základní informace, ale techniky v té době neaplikovala a nevěnovala jim příliš pozornosti.

Druhý porod, na který se Kateřina připravovala v rámci hypnoporodní přípravy, proběhl o tři roky později v roce 2021. Jelikož byla doba covidu, absolvovala ho on-line formou, což ji i přes to připadalo hodnotné a přínosné. Kurzu se zúčastnila v květnu a termín porodu měla v září. Podle jejích slov spoustu času na přípravu a praktikování hypnoporodních technik. Techniky zapojovala postupně. Ze začátku jim nevěnovala tolik pozornosti, ale po pár týdnech aplikovala techniky relaxací a aktivních imaginací minimálně jednou denně podle časových možností. Když se blížil samotný porod, zařadila i dechová cvičení zaměřená do oblasti pánve. Co se týče veškeré praxe s podobnými technikami, tak v rámci jógy na konci lekce probíhala krátká relaxace. Více zkušeností s aktivními meditacemi a imaginacemi Kateřina neměla. V porodnici, kde Kateřina rodila, měla podporu od porodní asistentky, která respektovala všechna její přání. Nyní je Kateřině 31 let a za pár měsíců ji čeká její třetí porod.

Eliška

Kontakt na paní Elišku jsme opět získali přes facebookovou skupinu „*Jemné Zrození/Hypnoporod v ČR – skupina*“. Jelikož paní Eliška bydlela velmi blízko, setkání jsme realizovali po zaslání základních informací o našem výzkumu velmi brzy. Byli jsme pozváni k ní do práce v odpoledních hodinách, kde rozhovor probíhal i za přítomnosti její malé dcerky.

Eliška si svým prvním klasickým porodem prošla v roce 2016. První těhotenství bylo rizikové, musela trávit dost času doma a odpočívat. Dle jejích slov v ní tento porod vyvolal traumatický zážitek a ovlivnil vztah s jejím prvorozeným synem. Porod pro ni nebyl nijak fyzicky náročný a bolestivý, ale vlivem poporodních komplikací musela být následně uspána a neproběhl zde bonding a prvotní kontakt s miminkem. O kurzu hypnoporodu a hypnoporodní přípravě se dozvěděla v druhém těhotenství skrze porodní asistentku, která byla zároveň jeho lektorkou. Žádné informace o hypnoporodu tedy doposud neměla a s meditací, relaxací a imaginací se předtím nesetkala. Vnímá samu sebe velmi racionálně a

je pro ni náročné „vypnout hlavu“ a odpočívat. V druhém těhotenství netrpěla velkými fyzickými obtížemi, ale vlivem covidové pandemie trávila většinu času doma se synem, což vnímala jako náročné. Bylo pro ni složité si najít čas na hypnoporodní nahrávky zaměřené na relaxaci během těhotenství a poslouchala je nepravidelně podle svých časových možností.

Druhý Eliščin porod proběhl v roce 2020 v porodnici, kde byl díky porodní asistenci hypnoporod známý a nemocniční personál přistupoval k této přípravě s otevřeností. I přes to se zde setkala s nepochopením od jednoho z lékařů. Nyní je Elišce 38 let a třetí těhotenství s manželem neplánují.

Veronika

Paní Veronika byla také oslovena přes facebookovou skupinu „*Jemné Zrození/Hypnoporod v ČR – skupina*“. Po výměně soukromých zpráv a se souhlasem s účastí na výzkumu nás pozvala k ní domů, ale přes velkou vzdálenost jsme se nakonec rozhodli pro on-line rozhovor.

Veroniky příběh se bude od těch ostatních lišit v několika aspektech. Její první klasický porod proběhl v roce 2011 v nemocničním prostředí, druhý porod proběhl o dva roky později také bez hypnoporodní přípravy, kde porodila na parkovišti před porodnicí.

Po prvních dvou porodech se Veronika dozvěděla o hypnoporodní přípravě přes facebookové stránky, ale název ji na první pohled odradil a již si nehledala více informací. I přes to se ve třetím těhotenství rozhodla o hypnoporodní přípravě dozvědět více. Tentokrát ji zaujala filozofie této techniky, pořídila si knihu od Marie Monganové a hypnoporodní techniky začala sama trénovat, ale bez absolvování přípravného kurzu. Třetí porod proběhl v roce 2015 za přítomnosti porodní asistentky v domácím prostředí. Na základě vlastní zkušenosti se v roce 2017 se stala certifikovanou lektorkou hypnoporodu Jemného zrození v kraji jejího místa bydliště. Její čtvrtý porod proběhl v roce 2018 s hypnoporodní přípravou, kterou měla zažitou v rámci svého lektorování a provázení ostatních žen. Byl taktéž v domácím prostředí, ale bez přítomnosti porodní asistentky. Během těhotenství využívala techniky relaxace a při porodu aplikovala cvičení zaměřená na dech.

I přes to, že první dva nemocniční porody Veronika nehodnotí výrazně negativně, je velkou zastánkyní domácích porodů, které jí dávají velký smysl. V současnosti již není certifikovanou lektorkou hypnoporodu a věnuje se jiné kreativní činnosti.

Michaela

S Michaelou jsme se opět dostali do kontaktu skrze skupinu „*Jemné Zrození/Hypnoporod v ČR – skupina*“. Po zaslání všech náležitostí nás Michaela pozvala

k sobě domů nedaleko Olomouce, kde rozhovor probíhal za přítomnosti jejích dvou synů a manžela. Rozhovor s Michaelou byl velmi otevřený a plný krásných myšlenek jak od ní, tak od jejího manžela.

Michaely první klasický porod proběhl v roce 2020, ze kterého nemá dle jejích slov výraznou negativní zkušenost, ale i přes to došlo na jeho vyvolání a z jejího pohledu proběhlo několik nadbytečných zásahů ze strany lékařů. O hypnoporodu se dozvěděla později po prvním porodu přes oficiální webové stránky Jemného zrození. Informace ji velmi zaujaly, ale jelikož v tu dobu nebyla těhotná, nevěnovala intenzivnějšímu získávání informací příliš pozornosti. Její druhé těhotenství bohužel neskončilo šťastně a o miminko s jejím manželem přišli. Ve třetím těhotenství měla Michaela z dřívější doby o hypnoporodní přípravě povědomí a věděla, že by si ji přála absolvovat. S jejím manželem se přihlásili tři měsíce před termínem porodu na hypnoporodní kurz, jehož lektorka se později stala její porodní asistentkou.

Michaela se na porod připravovala poctivě a veškeré nahrávky se snažila poslouchat minimálně jednou denně. Pouštěla si je i před těhotenskými vyšetřeními během těhotenství a před samotným porodem měla na cestě do porodnice na uších sluchátka s vedenou relaxací určenou k blížícímu se porodu. Žádnou předchozí zkušenost s meditacemi, relaxacemi a imaginací neměla. Michaela porodila svého druhého syna v roce 2022 v porodnici, kde ji měla v péči porodní asistentka a zároveň lektorka hypnoporodu. Nyní je Michaela 39 let, je na mateřské dovolené a stará se o své dva syny.

Anežka

I s Anežkou jsme se dostali do kontaktu přes facebookovou stránku „*Jemné Zrození/Hypnoporod v ČR – skupina*“, kde zanechala svoji reakci se zájmem realizovat společný rozhovor v komentářích pod naším inzerátem. Vyměnili jsme si pár vzájemných zpráv s důležitými informacemi a poté se domluvili na společném setkání. Anežka si u rozhovoru přála mít nejmenšího synka, proto jsme vybrali přívětivou kavárnu s ideálními prostory pro děti.

Anežka se o hypnoporodní přípravě dozvěděla skrze pořad v televizi ještě před prvním těhotenstvím. Samotný název ji odradil, a proto dále hypnoporodu nevěnovala velkou pozornost. Její první klasický porod proběhl v roce 2018. Podle její výpovědi pro ni byl skrze polohu miminka velmi dlouhý a bolestivý, a k tomu necítila od nemocničního personálu příliš velkou podporu.

Její druhý porod proběhl o dva roky později. V tu dobu se Anežka rozhodla o hypnoporodu dozvědět více informací, a tak poslouchala na toto téma různé podcasty a rozhovory. Podstoupila svůj druhý porod s hypnoporodní přípravou a spolu se svým manželem absolvovali kurz. Během druhého těhotenství Anežka souběžně docházela určitý čas k psychologce, kde společně pracovaly na jejím strachu z nadcházejícího druhého porodu. Druhý porod byl vlivem přenášení miminka ve 42. týdnu těhotenství vyvolán. Její třetí porod proběhl v roce 2023, taktéž s hypnoporodní přípravou. V obou případech Anežka poslouchala v těhotenství pravidelně nahrávky s relaxacemi a během třetího porodu měla na uších sluchátka s nahrávkami určenými přímo k porodu samotnému. Druhý i třetí porod proběhl v porodnici za přítomnosti porodní asistentky a současně lektorky hypnoporodu, tudíž zde byl velký prostor pro využití hypnoporodních technik a přizpůsobené prostředí. V současnosti je Anežce 32 let, je na mateřské dovolené a pečuje o své tři děti.

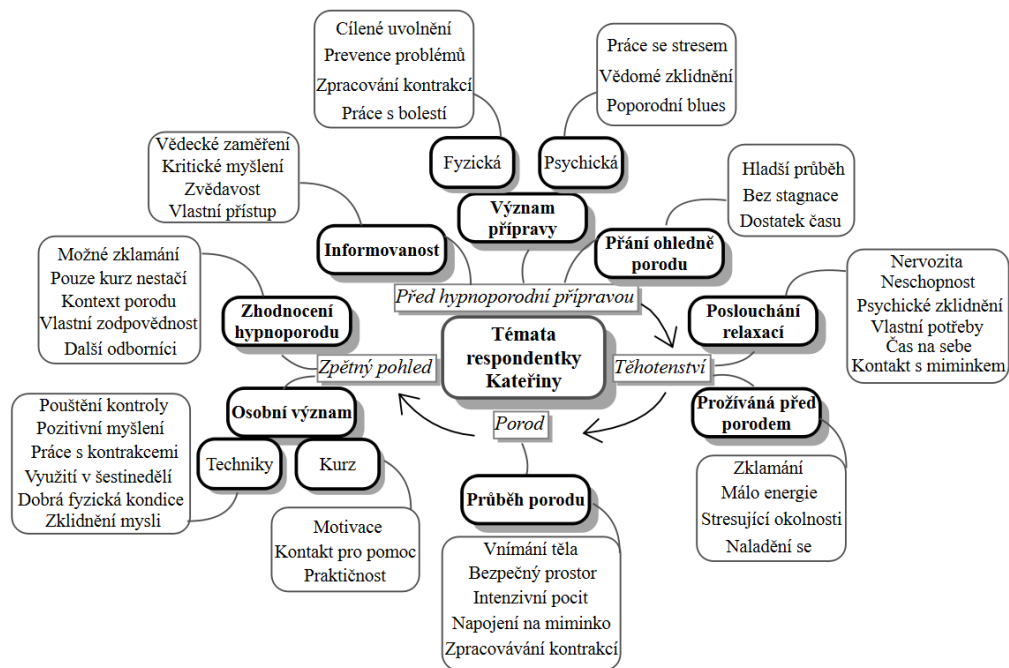
10.2 Analýza jednotlivých případů

V rámci analýzy každého rozhovoru bude na jejím počátku přiloženo schéma, kde je možno vidět jednotlivá témata a příslušné kódy, které danému tématu přísluší. Hlavní tematická oblast je vždy uvedena **tučně s podtržením** jako součástí nadpisu. Jednotlivé kódy jsou v textu zvýrazněny **tučně**, a stejně tak to, co jsme v rozhovoru považovali za významné. Občas jsme vnímali jako důležité některému z kódů věnovat celý odstavec, v tom případě je uveden do *nadpisu* a vyznačen *kurzívou*. Přímé citace respondentů jsou označeny „*uvozovkami a kurzívou*“. Ve schématu je pro lepší přehled časové posloupnosti vyznačeno, do jakého období dané téma spadá (*před hypnoporodní přípravou, těhotenství, porod a zpětný pohled*). Taktéž je v analýze zachováno pořadí témat ve stejné posloupnosti, jako je uvedeno ve schématu.

10.2.1 Kateřina

Z analýzy rozhovoru s respondentkou Kateřinou vzešlo celkem **osm témat** (informovanost, význam přípravy, přání ohledně hypnoporodu, poslouchání relaxací, prožívání před porodem, průběh porodu, osobní význam a zhodnocení hypnoporodu). Na tato témata navazují příslušné **kódy** (viz Schéma č. 1).

Schéma č. 1: Témata s kódy respondentky Kateřiny



Informovanost

Kateřina sama sebe vnímá jako **vědecky založeného** člověka s **kritickým myšlením**. Už před prvním těhotenstvím chtěla být hojně informovaná o tom, co s sebou porod a těhotenství přináší a hypnoporod v ní vyvolal **touhu** po doposud **neznámých informacích**. I přes její vědecké založení měla vždy blízko k přirozeným porodům a díky hypnoporodu si přála objevit **vlastní střední cestu a přístup**, které s ní budou souznít. „*Já jsem byla celkově zvědavá, protože mám pocit, že odvětví tady toho kurzu a porodní asistence inklinuje od takových těch ezo věcí až k těm medicínským porodům jako šup, oxytocin, nástřih, na záda a rodíme. Ale já jsem pořád někde mezi tím a snažím se najít osobně to, co mi dává smysl.*“

Význam přípravy

Příprava na porod měla pro Kateřinu velký význam. Dávala jí **pocit**, že pro sebe a své miminko **udělá to nejlepší**, co bude v jejích silách. Současně to v ní vzbuzovalo **očekávání**, že by se důkladným chystáním na porod mohla zajistit jeho **klidný průběh**. V rozhovoru se zmínila jak o přípravě fyzické, tak přípravě psychické a mentální.

Fyzická příprava

Fyzická příprava byla pro Kateřinu velmi důležitá skrze její předchozí porodní zkušenost. Neměla příliš velká porodní poranění, ale vnímala potíže se **zpracováním porodních kontrakcí**, což ji vedlo do pocitu stažení celého těla a větší **porodní bolesti**. „*Ten první porod byl docela náročný, dcerka byla velká. Už během toho těhotenství mě bolela pánev a stydká spona. A já jsem trpěla takovou utkvělou představou u toho porodu,*

že se mi ta pánev jakoby rozlomí. Tak jsem se toho držela zuby nehty a tím pádem jsem nenechala ty porodní stahy, aby volně pracovaly.“ Přála si tedy díky hypnoporodu **umět uvolnit své tělo** a tím zajistit kontrakcím hladší průběh. Práce s tělem při kontrakcích byla pro Kateřinu důležitá především proto, aby **předcházela** u porodu **zdravotním problémům** a komplikacím. Následně Kateřina dodává, že při srovnání jejích dvou porodů byl pro ni ten s hypnoporodní přípravou v mnoha aspektech jednodušší. Jedním z důvodů mohlo být to, že ji neschopnost pracovat s kontrakcemi při prvním těhotenství později vedlo do velkého fyzického vyčerpání ještě před samotným porodem. *„Začaly mi první stahy v osm večer, v pět hodin ráno jsme vyrazili do porodnice a dcera se narodila až po obědě. V porodnici jsem měla po příjezdu ty opravdové kontrakce a byla jsem už opravdu mrtvá.“*

Psychická příprava

Kateřina sama u sebe reflektuje na základě prvního porodu také sklon k zhoršení psychického stavu po porodu a poporodním blues. Období těhotenství bylo mimo jiné pro Kateřinu psychicky náročné skrze studium doktorátu a psaní disertační práce. Proto bylo její přání, aby díky hypnoporodním technikám dokázala **lépe pracovat se stresem**, předcházet depresivním stavům po porodu a vědomě se **uměla zrelaxovat a zklidnit mysl**.

Práce s bolestí

Na téma zpracování kontrakcí Kateřina navázala tématem bolesti. Kateřinu v minulosti bolest provázela životem v jiných oblastech, ale v těhotenství se chtěla vyhnout braní jakýchkoliv léků. Přála si **s bolestí umět lépe pracovat** díky psychickému zklidnění. *„Doktoři vám řeknou, že to k těhotenství patří a musíte to vydržet. Ale držet celé tři měsíce, když nemůžete pořádně chodit, tak je to psychicky náročné. Tak jsem si od toho slibovala, že mi to pomůže to zvládat. Jako vnitřně lépe zvládat tu bolest.“*

Přání ohledně porodu

Pro Kateřinu bylo velmi důležité **podpořit** hypnoporodními technikami **přirozený průběh porodu**. Vnímala jako důležité na sebe nevyvíjet tlak a dopřát si dostatek prostoru a klidu. *„Hypnoporodu mi dával smysl v tom, že podpoří ženské tělo, pro které není nic přirozenějšího než prostě porodit. Ale vím, že je k tomu potřeba ten čas, ta podpora, a to bezpečné prostředí. Tak jsem si říkala, že ten hypnoporod a ty relaxační techniky jenom podpoří tady tu přirozenou cestu.“* Tímto přirozeným procesem chtěla Kateřina podpořit také to, aby porod dobře zvládla a aby pro ni byl subjektivně **snesitelný**. *„Říkala jsem si, že bych chtěla udělat něco pro to, aby to bylo pro mě lehčí. Abych ten porod neurychlila, ale aby byl prostě takový hladší...“* Kateřina kladla důraz také na to, aby porod **pokračoval dál**

v jeho přirozeném průběhu a nezastavil se. Hlavním důvodem byl **pobyt v porodnici**, který si přála **zkrátit na minimum**. Do popředí opět vstupuje její předešlá zkušenost s prvním porodem. Kateřina v porodnici strávila mnoho času, jelikož porod postupoval velmi pomalu. Dodává, že kdyby tehdy neměla oporu ve své porodní asistentce, psychicky by to nezvládla a porod by skončil císařským řezem.

Poslouchání relaxací

Kateřina ze začátku nahrávkám nevěnovala velkou pozornost, jelikož se na kurz přihlásila v brzkém těhotenství a společnost žen v pokročilém stadiu těhotenství v ní vyvolávalo dojem, že má na vše dostatek času. Následně vzpomíná na své pocity při prvním zapojování relaxací během těhotenství. I přes to, že měla předchozí povědomí o relaxacích z lekcí jógy, neuměla si pocity relaxace a klidu na začátku na povel navodit. Naopak v ní poslouchání nahrávek vyvolávalo určitý **neklid** a pocit **neschopnosti**. „*Ze začátku mě to paradoxně vyvolávalo různé pocity nervozity, jakže na povel lehnout a teď relaxujte...tak mě běželo hlavou, že to nezvládnou.*“ Následně pak dodala, že se lektorky na kurzu hypnoporodu o těchto pocitech zmínily, že se to může stát a je to tak v pořádku. To ji přineslo větší klid a později k tomu začala přistupovat jako k procesu učení, který nemusí být dokonalý a zařadila si poslouchání nahrávek do svého denního programu. Pocity nervozity se postupně během času proměnily ve větší uvolnění.

Psychické zklidnění

Kateřina na otázku těhotenství a užívání hypnoporodních technik s úsměvem vypráví o pocitech, kdy celé těhotenství ležela na gauči s rukama za hlavou a v aktivních imaginacích si představovala hezké a příjemné věci. Byly to pro ní chvíle, kdy se mohla zastavit a **nacítit se sama na sebe** a vnímat své potřeby. „*Ten hypnoporod mě tak jako ukolíbával do toho klidu... byla to pro mě chvíle, že jsem mohla zastavit, zklidnit se, a udělat to, co potřebuju.*“ To, že tento prostor a čas pro sebe Kateřina mohla mít, hrál velkou roli její **partner**. Kateřina vnímá, že byl celé těhotenství a stále je její velkou oporou. Kdykoliv mu mohla dát najevo, že se potřebuje věnovat sama sobě, tak partner věnoval pozornost jejich starší dceři. Kateřina následně sdílela dodatek. „*Protože při tom druhém miminku to už není tak jednoduché.*“

Období **těhotenství** si Kateřina **přála** mít co nejvíce **klidné bez negativních myšlenek** a katastrofických scénářů. Při rozhovorech se svými **blízkými** občas pociťovala **tlak**, kdy byla upozorňována na možné negativní situace a komplikace. Ať už se jednalo o předčasný porod, nebo pozdní příjezd do porodnice. Těmto rozhovorům se snažila nevěnovat pozornost a od negativních informací se odprostit, přičemž ji relaxační nahrávky pomáhaly

se ohledně toho více **psychicky zklidnit**. „Snažila jsem se cíleně vyhýbat všem těmto negativním informacím a negativním příběhům okolo sebe, prostě jsem to nechtěla to do sebe nasávat. Ten hypnoporod mě tak jako ukolíbal do toho klidu, že to dobře dopadne a že se to všechno zvládne.“

Prožívání před porodem

Dny před samotným porodem měla Kateřina krušné. Doma se starala o svoji nemocnou starší dceru a věnovala úsilí svým studijním povinnostem. Na naladění se na samotný porod **neměla** tolik **energie** a prostoru. „Před tím porodem to nemám úplně spojené s porodem samotným, protože jsem musela vyřešit disertaci a zápal plic. Nebyla pak už kapacita zintenzivnit víc tu přípravu.“ Jakmile Kateřina začala na svém těle vnímat, že se schyluje k porodu, pocítila velkou **radost**. Jednou z jejích starostí bylo, že se porod zastaví a bude své druhé miminko dlouho přenášet, jako tomu bylo u prvního těhotenství. Snažila se soustředit na prodýchávání kontrakcí a směřovala svoji pozornost do pánevní oblasti, aby podpořila porodní proces. V jeden moment kontrakce ustály a porod nepokračoval. To ji vedlo do **zklamání, negativity** a **obav** z nadcházejícího průběhu porodu. „To ráno jsem byla všechno, jen ne pozitivně naladěná. Byla jsem naštvaná, že už zase nerodím. A taky zklamaná, že budu rodit až další noc a budu nevyspaná a jak to všechno jako zvládnou.“ Kateřině se již nedařilo znovu usnout, a tak si do uší pustila relaxační nahrávky. Během chvilky se jí kontrakce opět navrátily, což přisuzuje ke schopnosti **naladit se zpátky** na své tělo a uvést samu sebe do stavu klidu. „Říkala jsem sama sobě, to je dobrý, to se zase zvládne a dopadne to dobře, tak jsem ty kontrakce znovu dostávala a začínala znovu rodit. Tohle bylo moc fajn.“

Průběh porodu

Kateřina při porodu dokázala dobře využít **sílu dechu**. U porodních kontrakcí pracovala s nádechem a výdechem tak, aby šla porodu miminka naproti. Představovala si, že jsou kontrakce jednotlivé vlny, a to jí velmi pomáhalo při práci s porodní bolestí. „Bylo to velmi intenzivní, ale rozhodně nemůžu říct, že by to byla bolest.“ Kateřina se po tomto sdělení vrátila myšlenkami opět k prvnímu porodu. Dle jejích slov vnímala velký rozdíl právě ve **zpracování kontrakcí** a **vnímání bolesti**. Není si jistá, jestli je to zásluhou pouze hypnoporodních technik, ale měla u druhého porodu pocit většího napojení na sebe a **vytvoření vlastního bezpečného prostoru**. „Prostě jsem se nějak víc schovala do sebe, zavřela jsem si oči, opřela jsem si čelo a když měla přijít ta kontrakce, tak jsem měla čas se

na ní naladit, prodýchnout ji a pak zase v klidu odešla.“ Dokázala poté krásně vnímat, jak svoje miminko posouvá pomocí dechu více směrem dolů.

Osobní význam

Kurz

Pro Kateřinu představoval velký přínos samotný kurz hypnoporodu, který ji dal **praktické nástroje**, díky kterým si bude moci sama pomoci v různých fázích těhotenství a při samotném porodu. Přineslo ji to dávku motivace udělat si během dne **prostor věnovat se sama sobě** a trénovat jednotlivé techniky, což ji přinášelo pocity klidu. „*Nakoplo mě to s tím začít, udělat si čas a poznat, že to opravdu funguje. A ukázalo mi to tu technickou stránku, takže takový ten praktický návod.*“ Určitou jistotu ji přinášelo také vědomí toho, že může znovu kontaktovat lektorky hypnoporodu a **požádat** v případě potřeby **o pomoc**. „*Taky mi to dalo místo, na koho se obrátit, kdyby bylo cokoliv potřeba dořešit.*“

Techniky

Za jednu z největších kladných stránek hypnoporodu Kateřina považuje práci s myslí. Nahrávky s relaxacemi ji pomohly nastavit se do **pozitivního smýšlení**, že vše bude v pořádku. „*Vedlo mě to k tomu nastavení mysli, že to dobře dopadne...ten hypnoporod že dobře dopadne.* I přes to si Kateřina ponechala **realistický pohled** a věděla, že i přes její snahu porod nemusí dopadnout tak, jak si vysnila. V tomto vědomí může hrát roli aspekt **důvěry v její porodní asistentku**. *Kdyby to náhodou dobře nedopadlo, tak mám tu porodní asistentku, která ví, jak to mám nastavené. Ví, že chci přirozeně porodit, ale taky by řekla, že když to prostě nepůjde, tak prostě ne.*“ Při sdílení tématu o změně myšlení se Kateřina dotkla specifické oblasti, a to **pouštění kontroly** nad situacemi, které nemá ve své moci ovlivnit. Měla dle jejích slov tendence nad věcmi přespříliš přemýšlet a uvádět samu sebe do stresu a napětí, přičemž jí hypnoporodní techniky pomohly **mysl zklidnit**. „*Říkala jsem si, prostě klid, dýchej, bude to dobré, nějak to dopadne. Některé věci nezměníš, tak nemá cenu se tím dál zabývat. Dávalo mi to to nastavení, že je třeba některé věci nechat jít a že ty problémy vyřeším, jakmile bude třeba.*“

Zklidnění mysli

Zklidnění mysli mělo vliv na Kateřiny psychiku. Zpětně vnímá, že jí hypnoporodní techniky dokázaly **zrelaxovat** a nastolit v ní **vnitřní klid**. Díky tomu se dokázala na chvíli zastavit v přítomnosti a **napojit na miminko**. „*Bylo to vlastně takové fajn naladění na tu klidnou notu toho těhotenství, jak to všechno pomalu plyne, a že tam je to miminko...*“

Velké plus Kateřina spatřuje v **osvojení si hypnoporodních technik** do budoucna, kdy vedené relaxace měly pro Kateřinu přesah i v období **šestinedělí**. To pro ni bylo subjektivně psychicky náročnější, než samotný porod. Vnímala tedy jako velký přínos, že si nahrávky může pustit kdykoliv bude cítit, že se potřebuje během dne zklidnit a načerpat energii. „*To šestinedělí je pak mnohem větší nálož než ten samotný porod. A ty hypnoporodní techniky lze využívat pak i po porodu dál pro to zklidnění. Je fajn se kdykoliv na sebe napojit a zrelaxovat.*“

Práce s kontrakcemi

Při tázání se na přínosy hypnoporodu Kateřina zmiňuje snadnější **zpracování porodních kontrakcí** pomocí **dechových cvičení**. V návaznosti na to se zpětně domnívá, že byl díky tomu druhý porod mnohem kratší než ten předchozí. Kateřina se po porodu **cítla fyzicky velmi dobře**. „*Já jsem totiž po tom porodu byla v hrozně dobrém fyzickém stavu. Měla jsem hrozně malou krevní ztrátu. Do poprodnice jsme odjeli o půl jedné odpoledne a o půl sedmé jsme byli zpět doma i s miminkem.*“ Zpětně se Kateřina s nejistotou zamýšlí, jak velký vliv na fyzickou oblast měl právě hypnoporod. Vnímá jako velmi **důležitou** svoji **zkušenost s prvním porodem**, na základě níž už věděla, co se s jejím tělem bude dít. Zároveň v druhém těhotenství docházela také na **fyzioterapii**, která v této oblasti mohla hrát také velkou roli. „*Nemyslím si úplně, že by to bylo jen zásluhou toho hypnoporodu. Už jsem před tím poznala, jak moje tělo reaguje, na co se prostě připravit, co čekat, že mě bude bolet...takže jsem to řešila bokem i na fyzioterapii.*“

Zhodnocení hypnoporodu

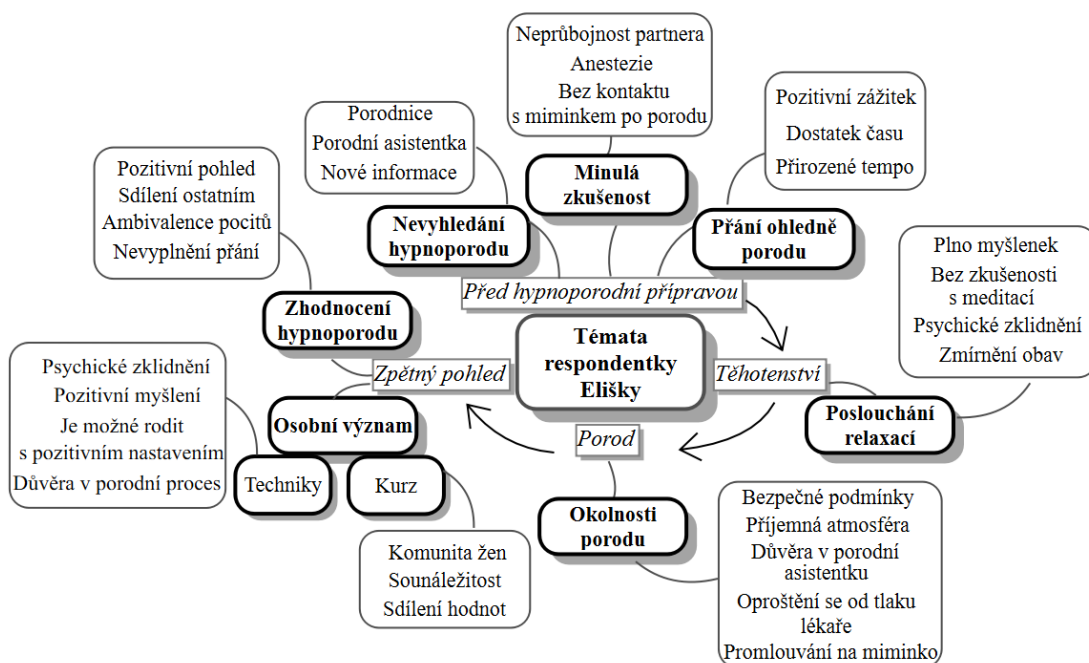
I přes vnímaná pozitiva a hezký porodní zážitek Kateřina na konci rozhovoru shrnula svůj pohled na hypnoporod z komplexního měřítka. Hypnoporodní přípravu by doporučila všem ženám, ale poukázala na faktor **vlastní zodpovědnosti** v celé přípravě. „*Není to o tom najít kurz a čekat, že se to prostě stane. Není to asi úplně populární verze, ale člověk to musí odpracovat sám a být za sebe zodpovědný.*“ Kateřina také upozornila na možné **pocity** vlastního **selhání** a **zklamání**, když se hypnoporod nepovede podle očekávání budoucí rodičky a je třeba v některých situacích **medicínského zásahu**. „*Někdy na hypnoporod nezbyde místo.* „*A pak máte v hlavě tak co teď, hypnoporod to nebyl, skončila jsem nastřížená...*“ I přes to, že na tuto možnost lektorky kurzu upozorňují, Kateřina vnímá, že je třeba to ženám na kurzu více zdůraznit a poukázat na důležitost **propojenosti odborníků** z různých oborů. „*Nestačí si říct, pustím si tady relaxaci a bude to dobrý. Myslím, že by mnohem užitečnější mohlo být jako takové to, že to je v pohodě, ale zkus najít i jiného*

odborníka, co se tady tím zabývá.“ Ten kurz hypnoporodu není úplně všechno a mělo by se na to klást větší důraz.“ V neposlední řadě se Kateřina dotkla významu **komunikace s porodní asistentkou** o svých porodních přáních a celkovém **výběru porodnice**, kde jsou těmto alternativnějším způsobům porodu otevření.

10.2.2 Eliška

Z analýzy rozhovoru s respondentkou Eliškou vzniklo celkem **sedm témat** (nevyhledání hypnoporodu, minulá zkušenost, přání ohledně porodu, poslouchání relaxací, okolnosti porodu, osobní význam a zhodnocení hypnoporodu). Na tato témata navazují příslušné **kódy** (viz Schéma č. 2).

Schéma č. 2: Témata s kódy respondentky Elišky



Nevyhledání hypnoporodu

Eliška byla jediná z žen, která o hypnoporodní přípravě neměla žádné povědomí. Cíleně hypnoporodní **kurz nevyhledávala**, a tak tam nebyl původně z její strany **žádný motiv**. „Já jsem nechtěla jít na žádný kurz, protože jsem ho absolvovala při prvním porodu a ten základ jsem prostě věděla.“ Eliška primárně **hledala** svoji **porodní asistentku**. Její termín porodu byl na konci srpna, a v tomto období je ve službě porodních asistentek obecně méně. V okolí jejího místa bydliště měla příležitost oslovit tři porodní asistentky. Nakonec její výběr padl na porodní asistentku, která je zároveň **lektorkou hypnoporodu**. Díky tomu měla i dobrý přístup k porodnici, kde měla své jisté místo. Když si poté o hypnoporodu

začala zjišťovat více, byla **novým informacím otevřená** a považovala hypnoporodní přípravu jako součást výběru své porodní asistentky. „*Takže mě šlo hlavně o to, abych se skrze ten kurz dostala pohodově do porodnice se podívat a něco málo se dozvědět. Když jsem si ale později o tom víc četla, tak jsem si řekla, že to může být fajn. Zvláště, že to byla ona, že to byl od ní ten její kurz.*“

Minulá zkušenost

I přes to, že Eliška ve svém vyprávění nepojmenovala přímo potřebu důvěry a opory v druhé osobě, z této části rozhovoru jsme nabyli dojmu, že se porodní asistentka měla pro Elišku touto osobou stát. Měla představovat člověka, ke kterému bude mít **důvěru** a který bude **stát za jejími přáními a potřebami**. Tuto myšlenku jsme získali na základě Eliščiny reflexe partnerovi opory při jejím prvním porodu. „*Partner není úplně z těch, kteří by bojovali. On by nebojoval za sebe, na tož za mě. Jako postavil se tam v nějakých situacích za mě, ale nebyly tam takové ty ostré lokty.*“

Bez kontaktu s miminkem po porodu

Eliška vnímá silnou souvislost mezi průběhem porodu a vztahem s jejím prvorozeným synem. Nakonec neměla možnost porodit přirozeně placentu a musela podstoupit **anestezii**, čímž se **zamezil přirozený kontakt s miminkem**. To Eliška vnímá do dnešního dne jako bolavou a citlivou zkušenost. „*Nenechali mě porodit přirozeně placentu a kvůli usnutí jsem to miminko nemohla mít u sebe a z toho jsem měla hrozné trauma. Takže bonding byl úplně minimální...*“ Tento zážitek Eliška vnímá jako možnou příčinu **problematického vztahu** se starším dítětem, který se mohl tímto zamezením kontaktu po porodu narušit. „*Mohl vniknout už tehdy nějaký problém, že teď bojuji se synem. Že to prostě narušilo ten vztah.*“

Přání ohledně porodu

Jakmile Eliška získala povědomí o hypnoporodním kurzu, postupně v ní vyvstalo několik přání a očekávání od svého nadcházejícího porodu. Ze svého předchozího porodního zážitku měla pocit, že na ni lékaři kladli velký **tlak** ohledně průběhu porodu vlivem jejich **časového vytížení**. To vedlo k nedostatkům prostoru a času pro Elišku, aby porodila ve svém tempu a nakonec svolila k medicínským zásahům, které nebyly v souladu s jejími potřebami. „*Chodili tam za mnou, abych si hned píchla epidural, protože anesteziolog by potom neměl čas. A prostě...ve výsledku jsem musela родit na zádech, i když to pro mě nebylo úplně ideální.*“ Přála si mít porod, kde na ni nebude vyvíjen časový tlak a porodní proces

bude moci běžet ve svém **přirozeném spontánním tempu**. Dodává, že si z očekávaného porodu bez komplikací přála odnést i hezký a **pozitivní zážitek**.

Poslouchání relaxací

Období druhého těhotenství prožívala Eliška v **COVIDOVÉ DOBĚ**. Řešila se kolem ní vlivem pandemie témata možnosti porodních asistentek a manželů u porodu, nošení roušek, nebo hlídání syna. Se synkem byla v těhotenství doma, jelikož byly školky zavřené. Proto vnímala celkově **více stresu** než v prvním těhotenství. To reflektuje jako pohodové, i přes to, že bylo z hlediska doktorů rizikové. Mohla být sama doma a měla prostor pro aktivity, které ji dělaly radost. Relaxační nahrávky poslouchala často ve večerních hodinách, u kterých následně často usnula. Eliška v této souvislosti reflektuje své celkové schopnosti vnímat relaxace a zklidnit mysl. Mluví o tom, že doposud **neměla** s meditacemi **zkušenost** a odjakživa žádné vedené **meditace nevyhledávala**. Je dle jejích slov ten typ člověka, který si těžko hledá čas na odpočinek a v hlavě má často **plno myšlenek**. „*Já si obecně moc neumím lehnout, zavřít oči a vypnout. Mě v hlavě šramotí furt něco a ten mozek mi nejde vypnout. Kdyby měl vypnout, tak se asi nudí nebo já nevím...*“ I přes to vnímá, že ji nahrávky dokázaly trochu lépe **odprostit** od vnějších věcí a **okolností** a udržovaly ji ve větším **psychickém klidu**. „*To mě udržovalo jakš takš při smyslech a v pohodě. Byly to furt dotazy, a víš něco...no nevěděla jsem, ale snažila jsem se soustředit hlavně na miminko. Takže tohle mi určitě pomáhalo.*“ Eliška následně dodala, že ji vedené relaxace pomohly v malé míře také **zmírnit její obavy** z blížícího se porodu.

Okolnosti porodu

Podmínky a atmosféra

V souvislosti se samotným porodem Eliška líčí celkové **nastavení porodních podmínek**, které ji její porodní asistentka dokázala poskytnout a díky kterým cítila příjemné a **bezpečné prostředí**. Vyzdvihuje celkovou poklidnou atmosféru za přítomnosti relaxační hudby a ztlumených světel tvořící přítomí. Následně se vrátila myšlenkami k prvnímu porodu a dodává: „*U prvního porodu jsem rodila za plného světla. Na tohle si úplně vzpomínám, že jsem si připadala jak v záři reflektorů.*“

Důvěra v porodní asistentku

Eliška v rozhovoru několikrát zmínila v různých kontextech svoji porodní asistentku. Nebylo tomu jinak ani při otázce na samotný průběh porodu. Věděla, že ji jako odbornici může **důvěřovat** a byla připravená následovat její rady a doporučení. „*Tam to bylo celkově*

*dobré nastavení. A já jsem věděla, že by nás nepustila k ničemu, co by nás ohrožovalo.“ Při samotném porodu Eliška zmiňuje důležitý moment, kdy v sobě měla sílu **nevnímat nátlak** na intervence a zásahy **ze strany lékaře**. Věděla, že je vše jisté její porodní asistentkou a tak se soustředila dál na porod. Svými slovy to popisuje jako úplně odignorování a nevnímání jeho požadavků a nátlaku. „*Nechtěla jsem se jím absolutně nechat vystresovat. Nechápal, že na mě mluví a já mu neodpovídám a dívám se skrze něj. On mi pak chtěl i prasknout vodu a to pro mě teda vůbec nepřicházelo v úvahu...ona mi pak poradila nějaký pohyb, co tu vodu prasklo samo.“**

Promlouvání na miminko

Napojení se na miminko při samotném porodu Eliška vnímala jako něco zcela přirozeného. To, že na něj u porodu promlouvala jí i částečně pomohlo nevnímat porodní okolnosti a intervence ze strany doktora. „*On mě tam do něčeho tlačil a já jsem mluvila na ní a snažila se s ní spojit, že aby už šla za náma, že už je všechno v pořádku.“*

Osobní význam

Kurz

Když jsme v rozhovoru přešli na téma osobního významu a přínosu hypnoporodu, Eliška bez naléhání zmínila **komunitu žen na hypnoporodním kurzu**. V prvním těhotenství se zúčastnila běžného předporodního kurzu, ve kterém byly propagované více medicínské intervence, ke kterým Eliška neměla příliš blízko a považovala to při porodu za jednu z posledních možností. „*To jsem jenom polykala, co ty maminky říkaly, i jejich názory na spoustu věcí...jakože jo, já si píchnu epidural hnedka...“* Na kurzu hypnoporodu se ve společnosti ostatních žen cítila velmi uvolněně a vnímala, že mají **podobné hodnoty** a společné porodní cíle. To v ní vyvolávalo pocit, že jsou její **potřeby** a přání týkající se porodu **dosazitelné**. „*Viděla jsem, že nejsem jediná na celém světě, kdo má stejné požadavky a nebo očekávání. Takže jsem měla pocit, že já nejsem nereálná.“* V určitém momentu zažila při sdílení předešlých porodních zkušeností silné pocity **sounáležitosti** a **pochopení** s další účastnicí hypnoporodního kurzu, kdy se obě mohly podpořit a projevit své emoce. „*S jednou maminkou jsme si tam i trošku poplakaly ohledně prvního porodu. Taky tam byla nějaká nechtěná separace, ale nedalo se s tím nic udělat...takže to bylo takové léčivé.“*

Techniky

Eliška při reflektování přínosů hypnoporodu zmínila celkové **zklidnění**. Pomáhalo jí to v celém jejím kontextu těhotenství, ve kterém byla, ale také při práci s myslí. Nahrávky jí

podněcovaly k tomu, aby myslela na **pozitivní scénáře** a eliminovala ty negativní. Občas od svého okolí vnímala negativitu a upozorňování na to, co by se mohlo špatného přihodit. Relaxace ji dávaly pocit, že **je možné родit** v klidu s **pozitivním nastavením mysli**. „*Při těch dotazech jsem si říkala proč jako myslet na to, že by se mělo něco stát a měla bych родit s tím, že myslím na nejhorší. Takže mě nahrávky uklidňovaly i v tom, že nemám vysněné nereálné věci.*“

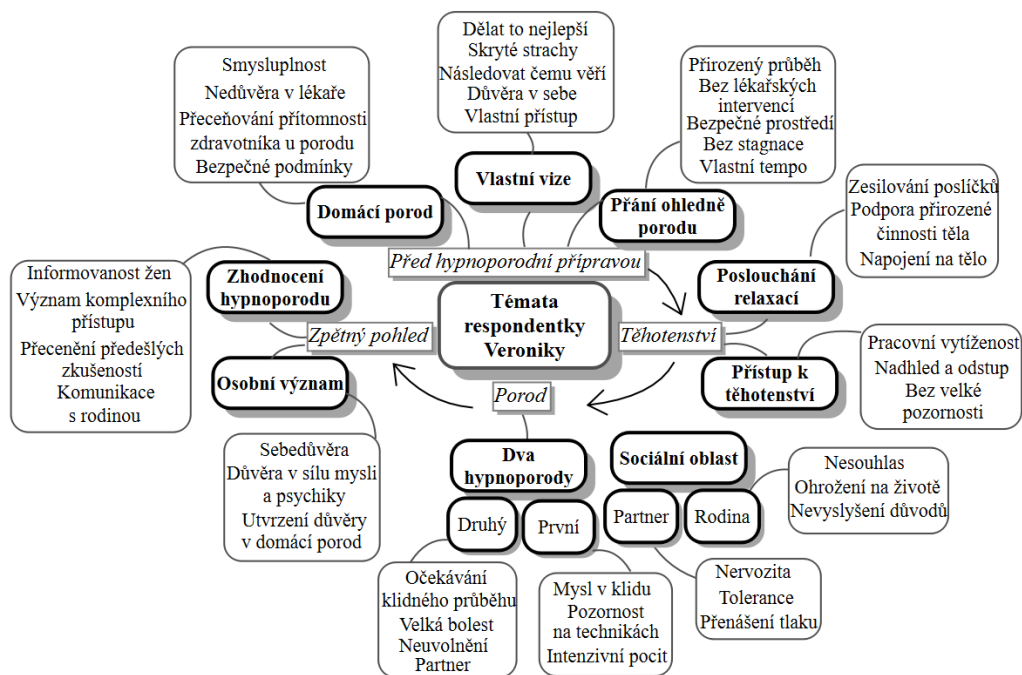
Zhodnocení hypnoporodu

Eliška celou hypnoporodní přípravu hodnotí pozitivně a vnímá v ní velké přínosy pro každou ženu. I přes vlastní vědomí toto, že nemá k meditacím a relaxacím blízký vztah, nepovažuje to za nutný předpoklad pro absolvování hypnoporodní přípravy. „*I žena, která je obdobně nastavená, že má v uvozovkách problém s takovou tou meditací a tak, tak si myslím, že ten hypnoporod za to stojí vyzkoušet.*“ Také svoji porodní asistentku po porodu doporučovala ženám ve svém okolí. Když se zamýšlela nad samotným porodem v souvislosti s hypnoporodní přípravou, v průběhu rozhovoru se objevila určitá **ambivalence pocitů**. Během první třetiny rozhovoru se Eliška zmínila o tom, že se během porodu k hypnoporodu jako takovému nedopracovala. Z jejího dodatku bylo nejdříve patrné, že to pro ni neneslo velký význam. „*Při porodu na to nebyly celkově myšlenky a nebyla to ani věc, kterou bych potřebovala.*“ Ke konci našeho sdílení však Eliška zmínila mírné **pocity zklamání a lítosti**. Měla s hypnoporodem spojenou představu, že se miminko narodí bez velké námahy tlačení „*Bylo mi jako líto, že k tomu nedošlo, protože jsem si to moc přála zažít...ale už tím, že tam byl problém a byl tam ten doktor, tak bylo jasné, že se k tomu hypnoporodu nemůžu dopracovat.*“ Konec rozhovoru zakončila nadnesenou větou, že kvůli tomuto zážitku už potřetí těhotná nebude a společně jsme se její poznámce zasmáli.

10.2.3 Veronika

Z analýzy rozhovoru s respondentkou Veronikou vzešlo celkem **devět témat** (domácí porod, vlastní vize, přání ohledně porodu, poslouchání relaxací, přístup k těhotenství, sociální oblast, dva hypnoporodu, osobní význam a zhodnocení hypnoporodu). Na tato témata navazují příslušné **kódy** (viz Schéma č. 3).

Schéma č. 3: Témata s kódy respondentky Veroniky



Domácí porod

Ve Veroniky příběhu hraje velkou roli postoj k porodům v nemocnici, velká náklonnost k domácím porodům, a obecně její **nedůvěra v lékaře**. Tato témata se budou prolínat napříč celým rozhovorem. Její dva předchozí nemocniční porody ji přiměly k hlubšímu přemýšlení o svém budoucím porodu. Přála si najít způsob porodu, který bude následovat to, čemu sama věří a co **považuje za smysluplné**. „*Mně dávalo velký smysl to propojení toho duševního naladění, té uvolněnosti ve vztahu, jak na to reaguje tělo. Dávalo mi to mnohem větší smysl než to, co jsem zažila u toho prvního nemocničního porodu.* Domácí porod Veronice také dával největší smysl z hlediska bezpečí a klidu, kdy pouze v těchto podmínkách tento přístup podle svého mohla uplatnit. Z vlastní perspektivy velmi silně vnímá, že je ve společnosti **přítomnost lékaře** u porodu velmi **přeceňována** a nechtěla se více těmito názory ostatních nechat ovlivnit.

Smysl Veronika také spatřovala v **propojení těla a mysli**, kdy pro ni psychická příprava představovala ten nejvýznamnější aspekt. Chtěla najít přístup, který ji pomůže s **přípravou mysli** na celý porodní proces a na to, jak s tímto zážitkem může následně sama pracovat. „*Není o jen o tom hypnoporodu, ono se to může nazvat jakkoliv...ale příprava té mysli na ten proces, na to, co má přijít a jak s tím dále pracovat v průběhu toho procesu. To mi dává smysl.*“ Domácí porod pro ni byl významný také z hlediska bezpečí a klidu, kdy pouze v těchto podmínkách tento přístup podle svého mohla uplatnit.

Vlastní vize

Veronika v kontextu s porodem hovoří o důležitosti **vytvoření vlastní víry**, kterou je dle ní třeba následovat. U prvních dvou porodů vlastní vizi neměla dle jejích slov tak pevně usazenou a měla v sobě **strach**, který ji nedovolil родit bez přítomnosti lékaře. Proto se rozhodla родit v porodnici, i když sama byla už v tu dobu domácímú porodu velmi nakloněná. Veronika si to svými slovy vysvětluje jako strach z toho, co bude následovat po porodu. Ve své výpovědi zmínila, že měla silnou víru v bezproblémový proces porodu. Trápila ji však velká nejistota z vlastního prožívání po porodu a z toho, jak svůj porodní **zážitek** následně **integruje**. „*Co jsem určitě věděla je to, že porod proběhne v pořádku, ale nevěděla jsem, co já. Jak to celé zpracuju, jak se k tomu postavím, a právě proto jsem se vydala do té porodnice.*“

Veroniky oba dva nemocniční porody proběhly jak říká velmi hladce a bez komplikací. Tyto dvě pozitivní zkušenosti s jejími porody ji utvrdily v tom, že u třetího porodu může následovat to, čemu sama věří, a že hlavně může **důvěřovat sama sobě**. „*Je to nejenom o té přípravě, ale i o tom, čemu jako věříte celý život. Jestli věříte sobě, nebo těm ostatním. A jak pouštíte k sobě dovnitř to, co se tady všeobecně kolem míní.*“ Veronika během rozhovoru několikrát zmínila spojitost mezi vírou ve vlastní přesvědčení a tím, jak samotný porod dopadne. Hovořila o tom, že **věřila**, že dělá to **nejlepší** a pokud by se nechala svým okolím ovlivnit, porod by pravděpodobně nedopadl dobře. Z těchto vět se můžeme domnívat, že je pro ni byla důvěra ve vlastní vizi velmi důležitá.

Přání ohledně hypnoporodu

I pro Veroniku bylo velmi důležité zachovat porodnímu procesu jeho **nejpřirozenější průběh**. Jelikož se u třetího těhotenství Veronika rozhodla pro domácí porod, přála si díky hypnoporodní přípravě docílit hladkého průběhu porodu, který bude **bez stagnace postupovat dál**. „*Chtěla jsem zabránit tomu, že ten porod nebude postupovat a budu muset jet do porodnice.*“ Veronika následně dodala, že převoz do porodnice byl hlavním důvodem, proč se pro porod v domácím prostředí rozhodla. Reflektuje, že zkušenost s převozy do porodnice nebyly v minulosti z jejího pohledu ideální, jelikož bránily klidnému a přirozenému průběhu porodu. **Klidné a bezpečné prostředí** pro ni představovaly nejvýznamnější aspekty, které chtěla pro sebe a své dítě u třetího porodu zajistit. Volba pro domácí porod byla jedinou možností s těmito ideálními podmínkami. „*Je tam opravdu důležité to uvolnění, ten klid, to prostředí, to mi dává obrovský smysl.*“

I přes to, že se zdravotním personálem neměla Veronika výraznou negativní zkušenost, přála si **zabránit** možným **lékařským intervencím**. I v tomto případě může hrát

roli obecně její postoj k lékařům a nedůvěra, která trvá dodnes. „*Já jsem se prostě bála zásahu zdravotníků, i když mi nikdy nic neudělali. Já se jich do dneška jako bojím a když to jde, tak nejdu k lékaři.*“ Možnými zásahy zdravotníků měla Veronika také na mysli ovlivňování porodního procesu, které by jejímu dítěti neumožnilo přijít na svět podle **vlastního nenuceného tempa**, jak je přirozeně nastavené. Tento možný zásah lékařů přímo pojmenovala jako „násilí“, jež na sobě a svém dítěti nechtěla dopustit. Svoji odpověď na otázku důvodů pro zvolení hypnoporodní přípravy zakončila větou: „*Mně prostě šlo o to, aby to proběhlo tak, jak to proběhnout má a ne tak, jak si někdo myslí, jak to má proběhnout.*“

Poslouchání relaxací

Když jsme se Veroniky tázali na období těhotenství, začlenila hypnoporodní techniky do svého denního režimu dva měsíce před termínem porodu. Při relaxacích a imaginacích silně cítila jejich **účinek na přicházející posílčky**. Když si je představovala jako přicházející kontrakce v podobě vln, všímala si jejich zesilování. Vzpomíná na moment, kdy se v jednu chvíli začala obávat vyvolání předčasného porodu vlivem této činnosti. „*Bylo zajímavé sledovat, že to zesiluje. Bylo to pořád víc a víc, až jsem si říkala, jestli bych neměla přestat, abych si ten porod tím ještě nevyvolala.*“ Techniky relaxací měly pro Veroniku velký význam v **napojení na své vlastní tělo a podpoře jeho přirozené činnosti**.

V rozhovoru Veronika hovořila v souvislosti s obdobím těhotenství také o tom, že pro sebe nevnímala jako důležité napojení a kontakt s miminkem. S vizualizacemi **pracovala převážně pro práci s vlnitým tělem**. Konkrétně s tím, aby byla schopná při porodu pracovat s pánevní oblastí a s porodními kontrakcemi. K tomu ji velmi pomáhala vizualizace rozevírajícího se poupěte, která evokuje rozevírání děložního hrdla. **Napojení na miminko** tam dle jejích slov **chybělo** a tento aspekt neřešila. Se smíchem pak dodala následující větu: „*Já jsem ani nedokázala poznat, kde má hlavu, kde má jakou část těla...a pak při posledním porodu jsem nahmatala něco tvrdýho kulatýho a vůbec mi v tu chvíli nedošlo, že je to hlava miminka.*“

Přístup k těhotenství

Přestože se Veronika v těhotenství na svůj třetí porod připravovala pomocí vizualizací a relaxací, měla dle jejích slov **nadhled** a vědomě velké **přípravě** a svému těhotenství nechtěla **věnovat až přespříliš pozornosti**. Ačkoliv považovala hypnoporodní techniky jako velmi pomocné a užitečné nástroje, chtěla vnímat těhotenství jako přirozený proces bez nutnosti tomu nadměru vlastním vlivem pomáhat. „*Byla jsem v tom nastavení, že*

se děje něco zcela přirozeného a není to třeba nějak hrotit. Takže jsem si v klidu užívala těhotenství a když už bylo na čem trénovat, tak jsem s tím začala.“

Veronika se zmínila také o **pracovní vytíženosti** v těhotenství. Věnuje se vlastní kreativní činnosti, a tak má možnost si svůj čas uzpůsobit dle svých možností. To, že volný čas v těhotenství trávila prací však nevnímala jako negativní aspekt. *„Nebrala jsem to tak, že potřebuji být sama a mít čas jen sama na sebe.“* Naopak tím, že je její pracovní náplň kreativní, velmi jí to pomáhalo zrelaxovat a psychicky si odpočinout. *„Já tu aktivitu asi nějak potřebuju a bylo by mi asi hůř, kdybych nedělala nic.“*

Sociální oblast

Partner

S Veronikou jsme se při rozhovoru dotkli tématu vlivu a podpory partnera. Opět se zde objevuje specifická situace, kdy u třetího i čtvrtého porodu byli přítomní rozdílní partneři. U třetího hypnoporodu Veronika od partnera cítila podporu a věděla, že její porodní plán a přání respektuje. Jako **významější** se v jejím příběhu zdá být **druhý partner**, kterého v těhotenství více o své vizi ujišťovala a vnímala, že ji přijímá s větší nejistotou. Přes to ale byla přesvědčená, že dá na svůj pocit. *„Jak byl ten čtvrtý porod, to už bylo dítě s jiným partnerem. Toho jsem od začátku musela řekněme přesvědčovat, že to bude takto, a ne jinak a on se s tím musel nějakým způsobem popasovat“.* I její rozhodnutí nakolec **toleroval** a nechával přípravu převážně na ní, k čemuž pomohl rozhovor s porodní asistentkou.

Rodina

Na začátku rozhovoru padla zmínka také o **nesouhlasu rodiny** s rozhodnutími ohledně Veroniky porodu, což zpětně reflektuje jako jednu z **nejtěžších aspektů**. Vlivem toho došlo na zpretrhání rodinných vazeb. Veronika vnímala strach jejích rodičů z ohrožení jejího i života dítěte, ale i přes to pro ni bylo důležité dělat to, co sama považuje za nejlepší možnou volbu. *„To bylo na tom asi to nejtěžší, že moje matka a můj otec to absolutně odmítli. Dle jejich názoru jsem nás ohrozila a sežrala jsem všechnu moudrost světa...“* Veronika dále sdílela, že před nimi neměla potřebu své volby silně obhajovat. Vnímala však, že **nebyly** její **důvody** jednotlivých rozhodnutí dostatečně **vyslyšeny**.

Dva hypnoporody

Veroniky příběh nese velkou **specifičnost** v tom, že si prošla **dvěmi porody** s hypnoporodní přípravou, jenž byly zároveň domácími porody. Jejich **vzájemné srovnání** a celková zkušenosti se podle vyprávění Veroniky značně **odlišuje** v jejich průběhu. U obou

porodů avšak využívala stejná dechová cvičení, vizualizace a relaxace přímo určené k porodnímu procesu.

První hypnoporod

Veroniky třetí domácí porod byl velmi rychlý, kdy se její dcera narodila do hodiny a půl od prasknutí vody. Vzpomíná si, že pro ni bylo **udržení pozornosti na technikách** přes intenzitu porodního procesu **náročné**. Popisuje to tak, že se snažila udržet mysl v klidu a nevěnovat pozornost intenzivnímu pocitu rozevírání. Kdyby se začala na tento proces až přespříliš soustředit, mohl by snadno přejít z pouhé intenzity do bolesti. *„Nechtěla jsem se strhnout do něčeho co by způsobilo, že ten porod začne být bolavej.“* Nejvýznamnější roli ve vnímání bolesti podle ní spočívalo v celkovém **uvolnění těla**, čehož se snažila díky technikám docílit. *„To uvolnění si myslím že je úplně nejzásadnější věc.“* Dle Veroniky slovo se bolest po celou dobu porodu neobjevila, popsala to jako pouze **intenzivní bezbolestný pocit**. *„To se u toho prvního hypnoporodu povedlo úplně krásně. Bylo to intenzivní, ale bolest žádná.“*

Mysl v klidu

Když Veronika poznala s nástupem kontrakcí přicházející porod, vnímala jeho rychlý nástup pozitivně a **cítila se být** velmi **klidná**. Tomuto klidu napomáhalo **uzpůsobené prostředí** v pokoji bez vnějších zvuků a vlivů, což ve Veronice vzbuzovalo příjemné pocity. *„Ta atmosféra té noci a ta jedna lampička, jak se tam procházím po pokoji v úplném tichu a nikdo na mě nemluví, to bylo fajn a hrozně příjemný.“* Ve stavu naprostého klidu a uvolnění Veronika zůstala i první okamžiky po porodu i přes **přicházející komplikaci**. Její dcera se po narození nehýbala a nedýchala. Porodní asistentka ihned začala se stimulací a pobízela Veroniku, aby i ona začala s masáží zad narozeného miminka. Přes její všechny pocity po porodu však nevnímala závažnost situace, ale konala podle pokynů. *„Ještě jsem byla v tom uvolněném stavu, vůbec nevím, jak to nazvat...ale vlastně mi nedocházelo, že se děje něco špatně.“* Po několika okamžicích našťastí pulz miminka naskočil a vše dopadlo dobře. Veronika dodala, že její dceru tyto poporodní komplikace neohrožily a že je z ní zdravé dítě. Toto zachování klidu i přes komplikace mělo vliv na samotnou porodní asistentku, se kterou později zpětně sdílely tento zážitek. *„Bylo to celkově hodně klidný z její strany. Později pak porodní asistentka říkala, že když viděla, že jsem zcela a naprosto klidná a že nic neřeším, tak byla klidnější i ona.“* Veronika poté svým dodatkem vyjádřila nejistotu ohledně přímého vlivu hypnoporodních technik na toto uvolnění a nerada by tomu dle jejich přímých slov přikládala velkou váhu.

Druhý hypnoporod

Na základě této pozitivní zkušenosti Veronika silně **očekávala stejný průběh** i u čtvrtého hypnoporodu. Cíleně se vracela k hypnoporodním technikám, aby zajistila stejný bezbolestný a pohodový proces. Popisovala své předvědčení, že vstupuje do stejné situace a je díky svým předchozím zkušenostem připravená vše zvládnout. Průběh čtvrtého domácího porodu byl však velmi odlišný jak v celkovém uvolnění a klidu, tak ve vnímání bolesti. Veronika přes velkou bolest **nedokázala uvolnit své tělo** a techniky, které ji k tomuto pocitu uvolnění měly pomoci, nezvládla aplikovat. **Cítila** jen velkou **neúnosnou bolest**. *„Byl to jediný porod, u kterého jsem používala hodně vulgární slova. Nedařilo se mi dostat do stavu té uvolněnosti. Nějaké pokusy tam byly, ale ta bolest byla tak obrovská, že jsem u toho nedokázala vydržet. Veronika popisuje, že její partner v této situaci neuměl zachovat klid a byl ze situace velmi nervózní, což na ni vytvářelo určitý tlak. I přes to, že Veronika v průběhu rozhovoru zmínila, že si příčinu bolesti a celkové náročnosti čtvrtého porodu nedokázala vysvětlit, při sdílení myšlenek ohledně jejího partnera začala reflektovat jeho možný vliv na tento proces. „Dlouho jsme vyčkávali a naše rozhovory se točily jenom na to kdy už a jestli už...možná jak to tak říkám, tak to byl možná důvod, proč se nakonec ten čtvrtý hypno nevydařil. Protože jsem byla vytočená z toho, že se pořád ptá na tyto věci a nic jiného, to bylo prostě ve vzduchu to očekávání, kdy už se tak konečně stane.“*

Osobní význam

Při zpětném zamýšlení se nad přínosy hypnoporodní přípravy Veronika reflektuje **získání větší sebedůvěry** na základě následování toho, čemu sama věřila. Mluvila převážně o **síle mysli**, která se promítá do reakcí těla a do jeho fyziologických procesů. To, že dokázala své tělo zklidnit, uvolnit a pracovat s ním hodnotí jako jeden z největších přínosů hypnoporodní přípravy. *„Dalo mi to absolutní důvěru v ženské tělo, sílu té psychiky a jak se to provázáno navzájem. Ty techniky mají podle mě obrovský vliv na to uvolnění. Pokud teda fungují, tak jo.“*

Zkušenosti s dvěma domácími porody Veroniku utvrdily v jejím přesvědčení ohledně nepotřebné přítomnosti zdravotníka u porodu. *„Hypnoporod mi sebral důvěru v porodnictví nebo v porod v nemocnici absolutně.“* Mluvila převážně o rozdílu v podmínkách **bezpečí**, které lze dle jejího názoru zajistit jen v domácím prostředí. Vnímá, že nemocniční prostředí **zabraňuje** všem **přirozeným procesům** vlivem cizích lidí, vůní, zvuků a neustálých zásahů. To je podle ní v porovnání s bezpečným prostředím v naprostém protikladu. I přes to vyjádřila akceptaci volby žen, které si domácí porod nezvolí. *„Pokud se*

někdo cítí bezpečněji v jiném prostředí než ve svém vlastním domě, tak dobře, já si to neumím úplně představit, ale dokážu to asi pochopit.“

Zhodnocení hypnoporodu

I přes to, že Veroniky čtvrtý porod nedopadl podle jejích očekávání, vnímá, že to tak mělo být a vnitřně ji to posilnilo. Jelikož byl tento porod neasistovaný, zpětně vnímá, že stále podvědomý strach z možných komplikací měla a že možná nadhodnotila své předešlé porodní zkušenosti. *„Podle mě jsem udělala špatně to, že jsem spoléhala na to, že už není potřeba nějakou pečlivější přípravu dál aplikovat.“* Celkově ji hypnoporodní příprava dala zkušenost, že by obecná **příprava na porod** měla probíhat úplně odlišným způsobem, než jak je ve společnosti běžné. Hodnotí ji jako velmi **deficitní z hlediska psychiky** a celkové **informovanosti žen** ohledně provázanosti mysli a těla. *„Jde o to také znát ty fyziologické procesy. Proč to funguje jak to funguje, jaký je tam vliv hormonů, jak zajistit, aby to dohromady fungovalo a dát tomu tu důvěru.“* Na závěr dodává, že v jejím přesvědčení hraje velkou roli předchozí zkušenost s nemocničními porody a má tendenci tyto dva přístupy mezi sebou neustále porovnávat.

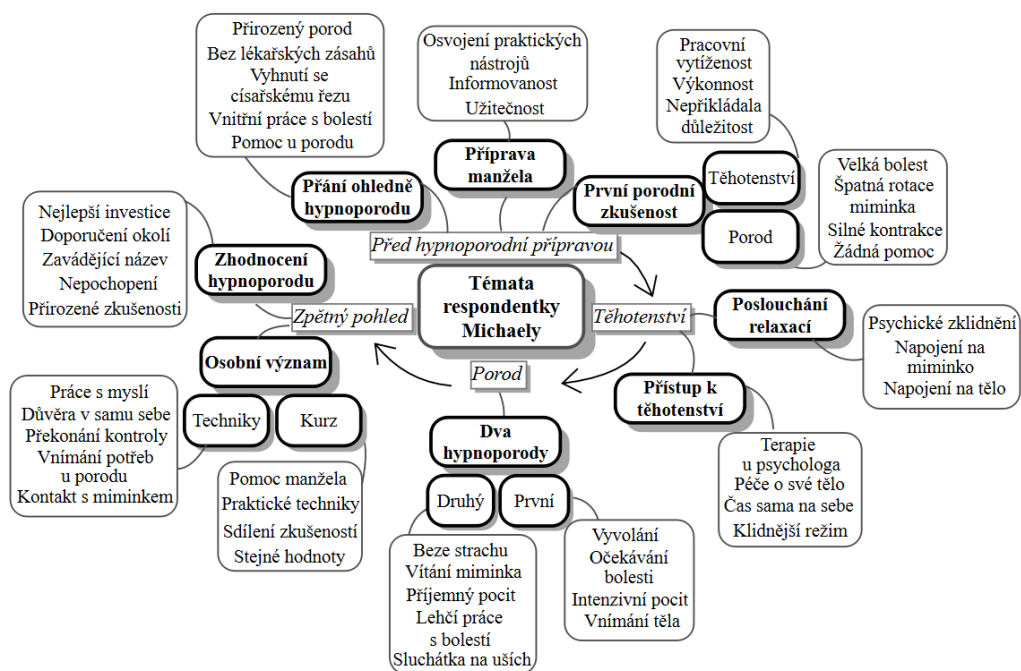
Komunikace s rodinou

Na konci rozhovoru při zpětné reflexi Veronika opět zmínila komunikaci se svojí rodinou ve vztahu se čtvrtým porodem, jež hodnotí jako „nevydařený“. Vnímala, že měla klást větší důraz na otevřenou komunikaci s rodinou a nespoléhat na to, že má s porody již bohaté zkušenosti, což by jí mohlo přinést více vnitřního klidu. Z jejích slov byla cítit lehká **lítost a sebereflexe**. *„Myslela jsem si, že už všechno znám a vím, a není potřeba se ničemu dál věnovat. Možná, že kdybych se tomu pověnovala i na úrovni s tou rodinou, aby to vneslo trochu víc pohody do toho všeho. Tak tohle jsem možná trochu podcenila a možná proto to tak nedopadlo.“*

10.2.4 Michaela

Z analýzy rozhovoru s respondentkou Michaelou vzešlo celkem **osm témat** (přání ohledně porodu, příprava manžela, první porodní zkušenost, poslouchání relaxací, přístup k těhotenství, dva hypnoporody, osobní význam a zhodnocení hypnoporodu). Na tato témata navazují příslušné **kódy** (viz Schéma č. 4).

Schéma č. 4: Témata s kódy respondentky Michaely



Přání ohledně hypnoporodu

Když se Michaela dozvěděla o svém druhém těhotenství, poslouchala v tu dobu porodní příběhy a zkušenosti od jiných žen. To ji přivedlo k myšlence, že je možné přípravu a samotný **porod zažít přirozenějším způsobem**, než jak tomu bylo u jejího prvního porodu. „Říkala jsem si, že to může jít přece i jinak než jak to šlo poprvé, chtěla jsem ho přirozeněji...“ První porod postupoval velmi pomalu a Michaela celý den strávila s pocitem, že se nic neděje a porod nepokračuje dál. Během toho ji trápily velké bolesti, přičemž se rozhodla po uplynutí několika hodin k užití epidurálu. Tato předchozí zkušenost ji vedla k vyhledání hypnoporodního kurzu a doufala, že jí tato příprava přinese porod s **minimálními lékařskými zásahy**. „Chtěla jsem zažít porod bez použití anestetik, bez epidurálu, bez nástřihu, bez korigovaného tlačení...prostě bez zásahů. V podstatě úplně bez zásahů ideálně.“ V souvislosti s hypnoporodní přípravou si Michaela přála se naučit s **bolestí vnitřně pracovat**, aby nedošla do bodu, kdy celý proces přes velkou bolest neunese. „No já jsem chtěla nedosáhnout toho stavu, kdy bych si řekla, už to nedám, Už to prostě bolí moc, už to nezvládnou, vzdávám to, vytáhněte to mimino ze mě jakýmkoliv způsobem.“ Michaela v průběhu rozhovoru dodala, že pro ní bylo velmi **důležité**, aby pomocí vnitřní práce byla porod schopná „dotáhnout do konce“ a vše **neskončilo císařským řezem**. „To byla priorita, aby to neskončilo císařem“.

Příprava manžela

Pro Michaelu byla u druhého porodu velmi důležitá příprava jejího manžela. Chtěla, aby absolvoval přípravný kurz nejen z hlediska **informovanosti**, ale převážně si přála, aby si osvojil **praktické nástroje**, kterými ji dokáže **pomoci** u porodu k větší **úlevě**. Z jejich vzájemného rozhovoru vyplynulo, že se u prvního porodu **cítil** velmi **neužitečně**, což ji samotnou vedlo do většího stažení a nechuti k jakémukoliv kontaktu. „*On tam seděl a nemohl mi s ničím pomoci, protože nevěděl, co se sebou a připadal si tam zbytečněj...i když se pak snažil nějakým způsobem pomoci, tak prostě já jsem řekla, ať na mě nesahá a jde odme mě...*“ Pro Michaelu tedy bylo velmi důležité, aby by ji byl její muž u nadcházejícího porodu více nápomocný a užitečný.

První porodní zkušenost

V prvním těhotenství Michaela až do porodu fungovala ve **výkonnostním módu** a nevnímala odpočinek jako příliš důležitý. „*Já jsem to u toho prvního porodu moc neřešila. Já jsem měla takovej pocit, že nejsem...nebo takhle. Ne, že bych měla pocit, že nejsem těhotná, ale fungovala jsem, jak kdybych nebyla těhotná.*“ Celkově tomuto období **nepřikládala** příliš **velkou váhu**. Chodila dlouho do práce a v den svého termínu ještě navštívila fitness centrum.

Porod

Jak jsme již zmínili v souvislosti s Michaely přáními ohledně hypnoporodu a lékařskými zásahy, Michaela zažívala při prvním porodu **velké bolesti**, se kterými si sama nevěděla rady. Domnívá se, že to bylo pravděpodobně způsobeno rotací miminka, kdy silné kontrakce cítila ve svých stehnech a bolest ji celou pohltila. Michaela líčí, že ke konci porodního procesu už sama **se sebou nebyla schopná** dále **pracovat** a zklidnit se.

Michaela v souvislosti s porodní bolestí sdílela také svoji zkušenost s **přístupem lékařského personálu**. Nezískala žádnou oporu a praktické nástroje, jak by si mohla od těchto bolestí sama ulevit. Od porodní asistentky se jí navíc dostalo poznámky, že svým porodním vzlykáním vyrušuje ostatní pacienty v nemocnici. „*Nikdo mi nebyl schopný z toho personálu říct, jak mám dobře dýchat, absolutně žádná pomoc...*“ I když to Michaela nepojmenovala přímo, z kontextu její výpovědi se domníváme, že si přála mít u svého porodu někoho, kdo ji bude schopný **poskytnout** více **praktické pomoci**. „*Neměla jsem žádnou porodní asistentku, která by mi nahmatala miminko, řekla mi, co mám dělat, pracovala třeba z rebozerem, aby ho postavila správně...*“

Poslouchání relaxací

Vedené meditace Michealu dokázaly v těhotenství **vnitřně zklidnit** a zpomalit. To ji dávalo pocit, že **pro sebe dělá to nejlepší**. Michaela také v souvislosti s využíváním hypnoporodních vedených relaxací zmínila **větší** pocit **napojení** se na své miminko. Opět se zde dotkla odlišné zkušenosti u svého prvního těhotenství, kdy sebe a své dítě vnímala jako dvě odlišné jednotky a nepokoušela se o větší nacítní a komunikaci s ním. „*Prostě to bylo jak kdybych byla já a jen to břicho...*“ Se smíchem následně dodala: „*...jediný co, tak když už to bylo po termínu, tak jsem mu říkala, tak už vylez.*“ Následně vzpomínala, jak byl tento rozdíl ve vztahu s miminkem značný a svými slovy popisovala, jak bylo skvělé se umět na miminko napojit. Tento aspekt **napojení se na miminko** bude později pro Michaelu **významný také u samotného porodu**.

Přístup k těhotenství

Michaela líčí své období druhého těhotenství oproti prvnímu jako **klidnější** a celkově **více pečující**. V druhém těhotenství v ní hypnoporodní nahrávky vzbuzovaly pocity větší **sebepečce** nejen na úrovni mysli, ale i na úrovni těla. „*Jak jsem si pouštěla ty meditace z toho hypnoporodního kurzu, tak jsem dělala i napárky a tak, takže jsem se o sebe více starala.*“ Vlastními slovy to se smíchem pojmenovala tak, že cíleně připravovala své porodní cesty na nadcházející porod. V této souvislosti se také zmínila i o cíleném plánování **času sama na sebe**, jelikož měla doma své starší děti a tento čas byl dle jejich slov více potřeba. Michaelu v těhotenství trápily obavy ze stejné bolesti, jako zažila u svého prvního porodu. Tato bolest ji ovlivnila natolik, že v druhém těhotenství **docházela za psycholožkou**, kde společně pracovaly na strachu ze stejné bolesti u nadcházejícího porodu.

Dva hypnoporody

Porodní bolest bylo pro Michaelu na základě zkušenosti prvního porodu velké téma. Jelikož si Michaela prošla dvěma porody s hypnoporodní přípravou, rozepíšeme její subjektivní vnímání porodu a práci s bolestí u každého porodu zvlášť.

První hypnoporod

Při rozhovoru o samotném průběhu prvního hypnoporodu (druhého porodu) Michaela vnímala velký rozdíl ve **vnímání procesů**, které se odehrávaly na **tělesné úrovni**. „*Musím říct, že to nacítní na ten porod bylo fakt úplně ale úplně jiný.*“ U svého prvního porodu nemohla rozpoznat, v jaké je porodní fázi a co s ní a jejím tělem děje. Reflektuje, že to mohlo být částečně spojeno i s užitím epidurálu u prvního porodu, který tyto procesy částečně vypíná. I přes to byla velmi překvapená, že u prvního hypnoporodu (druhého

porodu) velice **jemně vnímala** tělesné procesy a jak se postupně schyluje k **vypuštění miminka**. *„Byla jsem u toho schopná vnímat otevírání, to jsem předtím jako absolutně nezažila a u toho hypnoporodu to tak bylo. Takže jsem byla v šoku, že jsem byla absolutně nacistěná jakoby na tohle.“*

Očekávání bolesti

Michaely první hypnoporod (druhý porod) byl z důvodu přenášení miminka spuštěn **vyvoláním**. Michaela sdílí, jak si velmi přála se vyvolání vyhnout, a i přes různé masáže a techniky k tomu nakonec zvyšujícími se riziky došlo. Následně Michaela popisuje strach z toho, co se bude dít a **očekávala velkou bolest** jako u prvního porodu. Když začal přicházet intenzivní pocit, pomalu aplikovala hypnoporodní techniky, které se naučila na kurzu. Dýchání a vnitřní uvolňování ji pomohlo se přes přicházející bolest přenést. Svými slovy **s bolestí spolupracovala** a vnitřně s ní nebojovala. Sama pro sebe si připomínala, že čím více bude proces intenzivní, tím dříve přijde miminko na svět. *„Přes stoupající bolest jsem to prostě nechala tím tělem projít a šla jsem do toho stylem, že mi to pomůže. Že čím víc to bude intenzivní, tak se budu otvírat a bude to rychlejší.“*

Druhý hypnoporod

V souvislosti s zážitkem prvního hypnoporodu Michaela začala hovořit o svém druhém hypnoporodu (třetím porodu). Chvilu před **třetím porodem** Michaela popsala jako mnohem **klidnější** a vyrovnanější. *„U něj to už bylo období takového toho vítání miminka a žádný velký strach tam nebyl.“* Když začal samotný porod, poslouchala ve sluchátkách **hypnoporodní nahrávky**, které ji zklidnily a pomohly lépe zpracovat porodní kontrakce. To ji dalo vnitřní sílu **bolest vnitřně zpracovat** a psychicky zvládnout porodní proces. *„Nešlo to nikdy do takového toho, jako že bych měla pocit, že uteču ze svého těla, odcházím a končíme...“* Michaela popisuje, že se bolest v první fázi neobjevila žádná, dokonce ji **vnímala pozitivně**. *„U něho ta bolest šla tak, že už to bylo dokonce příjemný. Vyloženě to už bylo příjemný...“* Michaela také vyprávěla o **komunikaci s miminkem**, kdy na něj u porodu promlouvala a hovořila na něj. Dopředu věděla, že bude její syn větší, a proto ji toto napojení na něj velmi pomáhalo a uklidňovalo. Sdílela, že s ním byla u porodu krásná domluva. *„To bylo úžasný ten rozhovor s miminkem. Věděla jsem, že jako nebude úplně malej, tak jsem ho jako prosila, aby to bylo něžně.“*

Osobní význam

Kurz

Michalea vnímá jako velký přínos kurzu osvojení si **praktických technik**, díky kterým se **s bolestí** u porodu **naučila lépe pracovat**. Také vidí velký přínos v **přípravě jejího manžela**, který ji díky získání potřebných informací a naučení se nových praktických dovedností poskytl velkou pomoc a oporu. Mluvila o jeho pomocné **asistenci**, úlevných **masážích** nebo **práci s rebozerem**. „*Na tohle úžasně pomohl ten kurz hypnoporodu, protože on konečně měl úkol a věděl, co má dělat.*“ Michaela zmínila další pro ni velmi významný aspekt, kterým bylo **obhajování porodních přání** jejím manželem v momentě, kdy byla ponořená do porodního procesu. I přes to, že to nebylo výběrem pro ni správné porodní asistentky příliš potřeba, bylo pro ni vědomí jeho opory velmi důležité.

Sdílení zkušeností

Michaela zpevně jako pozitivní aspekt reflektuje **sdílení zkušeností ostatních žen** a jejich porodních příběhů. Ať už na samotném kurzu, nebo ve facebookových skupinách. Dávalo ji to pomyslný pocit **podpory** a **sounáležitosti**, že někdo sdílí podobné hodnoty. Michaela si tak sama pro sebe říkala, že je v pořádku respektovat svá vlastní přání a porodní potřeby, které se mohou odlišovat od slov lékařů. „*Říkala jsem si, že se mnou není nic špatně, když něco chci mít trošku jinak než říká doktor.*“ Bylo pro ni zásadní poslouchat své tělo a nevnímat to, co by mělo být „ideální“, k čemuž ji pomáhala komunita ostatních žen.

Techniky

Jeden z největších přínosů hypnoporocních relaxací pro Michaelu znamenal pocit, že má **porod ve vlastních rukou** a že nespolehá na lékaře v porodnici. Michaela si to pro sebe pojmenovala jako získání **důvěry v sebe sama**. Líčí, že kdyby se potenciálně rozhodla pro domácí porod, který dříve zvažovala, tak by jej spolu s manželem společně zvládli. Michaela dále zmínila jako příznivý aspekt získání pocitu, že ji do porodního procesu nikdo zvenčí nezasahoval. „*Zkusila jsem prostě zatlačení a mohla jsem si to korigovat podle sebe a nevedl to nikdo jiný.*“ Mohla si řídit porodní proces **podle svých potřeb** a když potřebovala udělat jakýkoliv pohyb, tak jej udělala. Nevnímala sama na sebe žádný časový tlak a celkově byl zachován **respekt** k jejímu **přirozenému tempu**. „*Nikdo tam na mě nespěchal, jako že honem honem, vytáhneme miminko prostě. Že to jelo zkrátka svým tempem, to byl velký přínos.*“ Michaela se při vyprávění rozsvítily oči, když zmínila jeden z jejích **nejkrásnějších porodních momentů**. U druhého porodu měla možnost se ve finální porodní fázi **dotknout miminka**, což by přála zažít každé ženě. „*U druhého porodu jsem si mohla sáhnout na hlavičku, což byl nejkrásnější zážitek. To jako bylo...to všem doporučuju. To prostě bylo dokonalý ta hlavička měkoučká...*“

Překonání kontroly

Michaela také vnímala, že se odehrála **změna** především v **její mysli**, k čemuž ji pomohly hypnoporodní nahrávky. „*Ty kontrakce potom byly jiný prostě...a to samotné zpracování těch kontrakcí mých v hlavě bylo úplně odlišné.*“ Michaela zpětně došla k uvědomění, že měla strach nejen z bolesti jako takové, ale také ze **ztráty kontroly nad sebou**. Bála se, že nebude vlivem porodních bolestí umět sama se sebou pracovat a celý proces psychicky vydržet. „*Později jsem pochopila, že to není ani strach z bolesti, jako ze ztráty kontroly. Jakože nevím, co ze sebou v tu chvíli. Takže jsem se naučila nějaké kompenzační techniky, což mi děsně pomohlo. Jako fakt hodně...*“

Zhodnocení hypnoporodu

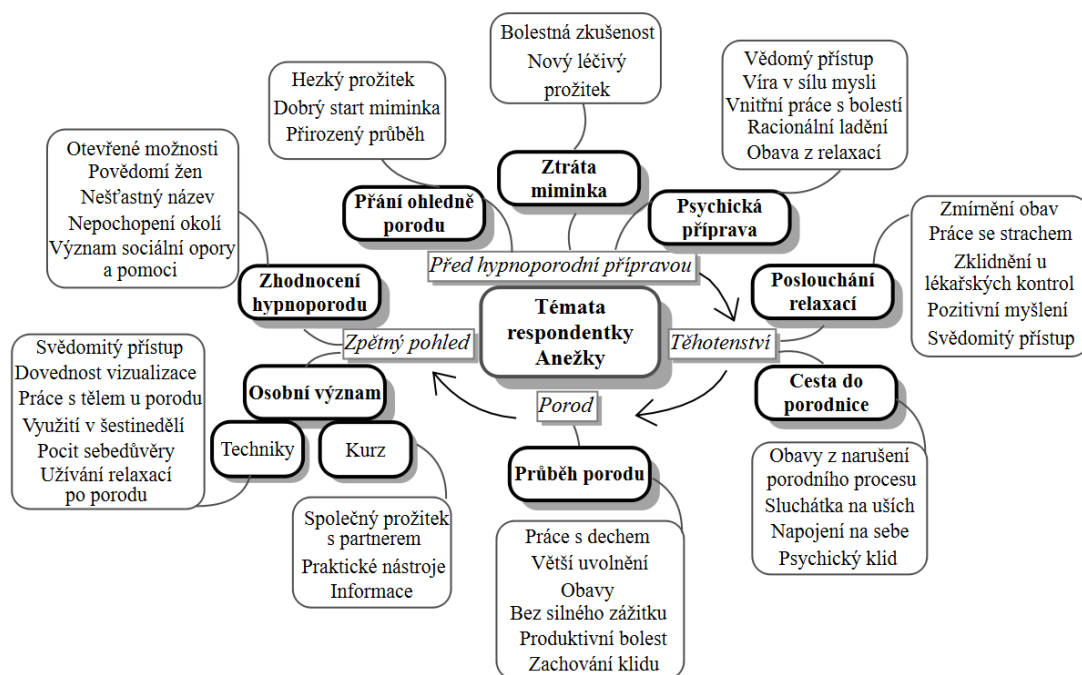
Michaela vnímá výběr porodní asistentky a **podstoupení hypnoporodní přípravy** jako jedny ze svých **nejlepších investic** a dodnes hypnoporodní kurz **doporučuje** lidem a známým okolo sebe. Z vyprávění Michaela po druhém porodu zpětně litovala, že tento kurz neabsolvovala už v prvním těhotenství. I přes to vidí ve všech svých porodních zkušenostech přínos a je si vědoma, že s každým dalším porodem byla **přírozeně** obecně **zkušenější**. „*Zkušenost s hypnoporodem sto a jedna oproti klasickému porodu. Ale u posledního porodu to bylo už taky o něčem jiném, jak už člověk má ty předešlé zkušenosti a techniky v sobě zpracovaný.*“

Michaela na konci rozhovoru sdílela svůj názor ohledně samotného **názvu** „hypnoporod“, který je podle ní sám o sobě **zavádějící**. Sdílí to na základě vlastního zážitku, kdy chtěla tuto možnost někomu ze svého okolí nabídnout a setkala se z jejich strany s jistým **nepochopením**. „*Může to evokovat úplně něco jiného, než to reálně je. Což i mně řeklo hodně lidí...když někomu řeknete, ať si zajde na kurz hypnoporodu, tak reakce byly jako prosím tě, na nějaký ezo věci nejdu...*“ Michaela tedy vnímá jako problematické, že název této přípravy **může odradit plno žen**, pro které by mohl být potenciálně velmi přínosný. „*Tohle trochu problematický, že se to prezentuje tímto stylem a je to škoda.*“

10.2.5 Anežka

Z analýzy rozhovoru s respondentkou Anežkou vzniklo celkem **osm témat** (přání ohledně porodu, ztráta miminka, psychická příprava, poslouchání relaxací, cesta do porodnice, průběh porodu, osobní význam a zhodnocení hypnoporodu). Na tato témata navazují příslušné **kódy** (viz Schéma č. 5).

Schéma č. 5: Témata s kódy respondentky Anežky



Přání ohledně porodu

První zkušenost s porodem Anežku přiměla více přemýšlet o svém budoucím těhotenství a porodu. Svůj první porod nehodnotí jako traumatizující či výrazně negativní, ale i přes to sdílela pocit **nedostatku informací**, jak by se určité situace daly řešit způsobem, které by napomohly k jeho **přirozenějšímu průběhu**. Dle Anežky došlo k nadbytečným zásahům ze strany lékařů, porod se zastavil, a Anežka v porodním boxu strávila 24 hodin bez značného progresu. Celkově si tedy přála mít z druhého porodu **hezký prožitek** a **zajistit** svému **miminku nejlepší možný začátek** života. „*Chtěla jsem mít z porodu pozitivní zážitek. A chtěla jsem, aby ten start toho dítěte byl co možná nejpřirozenější a nejbezproblémovější.*“ Anežka popisuje, že o své prvotní motivaci k rozhodnutí absolvovat hypnoporodní přípravu neuvažovala příliš konkrétně, ale dle jejího sdílení ji v komplexním měřítku předchozí zkušenost v jejím přístupu velmi ovlivnila. Přiměla ji o svém budoucím těhotenství a porodu hlouběji přemýšlet a uvažovat nad tím, co by si příště přála a udělala jinak.

Ztráta miminka

Anežka v rozhovoru sdílela svoji **bolestnou zkušenost**, která ji a jejího manžela značně ovlivnila. U druhého těhotenství byla s manželem již přihlášená na hypnoporodní kurz, ale o miminko v průběhu těhotenství přišli. Byla to však pokročilá část těhotenství a mrtvé miminko musela porodit. Když po nějaké době znovu otěhotněla, doufala, že jim hypnoporodní příprava i přes jejich silné pouto pomůže ke **společnému léčivému prožitku**

po této ztrátě. „*Ne, že bychom náš vztah potřebovali nějak podpořit, ale řekla bych i díky té předchozí traumatizující zkušenosti jsem doufala, že to pro nás bude i léčivé.*“

Psychická příprava

Anežka na počátku rozhovoru mluvila o vědomí **síly mysli** a **pozitivním myšlení**. „*Byla jsem předvedčená o tom, že 90% úspěchu je v hlavě. Že když si to dobře nastavím a budu myslet pozitivně, tak že to prostě dopadne dobře.*“ Když se tedy dozvěděla, že je po potratu znovu těhotná, přála k těhotenství zaujmout **vědomý přístup**. Zpět v myšlenkách se vracela ke svému prvnímu těhotenství, kdy žila v přesvědčení, že porod zvládne jako každá žena a nevěnovala mentální přípravě žádnou pozornost. „*Já jsem k tomu prvnímu těhotenství přistupovala tak jako že porodilo už tolik žen přede mnou a nějaká psychická příprava není potřeba.*“ Doufala, že když se začne v dalším těhotenství na porod připravovat po psychické stránce, porod dopadne vlivem jejího přístupu dobře. Téma ohledně psychické přípravy a práce s myslí se bude prolínat napříč celým rozhovorem, jelikož pro Anežku nabylo velkého významu. Anežka se zmínila v souvislosti s mentální přípravou také o **vnitřní práci s porodní bolestí** a vidinou jejího zpracování díky násrojům hypnoporodu. „*Doufala jsem, že dokážu pomocí svojí mysli přesvědčit svoje tělo, že to, co probíhá, vlastně není bolestivé a je to naprosto přirozené a patří to k porodu.*“

Když se Anežka rozhodla absolvovat hypnoporodní přípravu, objevila se u ní v souvislosti s mentální přípravou jistá **obava**. Sdílela strach, jestli se dokáže pod **relaxačními nahrávkami** dostatečně **uvolnit** a zrelaxovat, jelikož samu sebe hodnotí spíše jako racionálně orientovaného člověka. Její odhodlání k poctivé psychické přípravě na porod ji nakonec přivedlo k nalezení si v této aktivitě zalíbení. „*No mně to právě nikdy pořádně nešlo. Ale řekla bych, že tady ta motivace byla tak velká, že to bylo nakonec moc příjemné.*“

Poslouchání relaxací

Anežka poslouchala během těhotenství hypnoporodní nahrávky nejčastěji večer nebo před spaním. S pomocí manžela, který pohlídal staršího syna, si je pouštěla i během dne ve svých volných chvílích. Po čase nahrávky Anežka začala využívat i v situacích, kdy ji na mysl vyvstaly určité **obavy**. V těchto chvílích poslouchala nahrávky přímo určené na **práci se strachem**. Sdílela, že ji hlavou velmi často běžely negativní myšlenky a relaxace ji dokázaly **psychicky zklidnit** a obavy zmírnit.

Zklidnění u lékařských kontrol

Anežka v rozhovoru v souvislosti s psychickým **zklidněním** popisovala specifické situace týkající se **lékařských kontrol**. Když se blížil samotný porod a Anežka měla týden po termínu porodu, čekaly ji velmi časté kontroly a návštěvy nemocnice. Sdílela, že pro ni bylo náročné se v těchto situacích uvolnit. Právě tehdy využívala techniku **práci s kotvou**, která se v hypnoterapii často užívá a je pro psychické zklidnění a zmírnění stresu velmi užitečná. „*Spojíte vlastně tři prsty na ruce a to je signál, kterým spouštíte tu relaxaci.*“ Z naší strany pak následovala otázka, jestli Anežce tato technika pomáhala. S jistou sebereflexí zmínila, že se jí v určité dny dařilo psychicky zklidnit lépe, a jindy to pro ni bylo těžší, ale i přes to to pro sebe vnímala jako užitečné. „*Díky tomu jsem dokázala na tom monitoru, který se dělal třeba tři čtvrtě hodinu, tak jsem to dokázala využít, abych se zklidnila, což mi velmi pomáhalo vypnout tu hlavu a neřešit to.*“

Pozitivní myšlení

V průběhu těhotenství, kdy Anežka pravidelně poslouchala hypnoporodní nahrávky, u sebe zpozorovala nárůst a **posílení pozitivních myšlenek**. Snažila se myslet na dobrý konec porodu s vědomím, že vše dobře dopadne a **nepřipouštěla** si žádné **negativní scénáře**. „*V těch nahrávkách se nejvíc vyskytovalo to pozitivní myšlení. Tak jsem se snažila nepřipouštět si žádné špatné myšlenky nebo myšlenky na to, co všechno se může stát a tak.*“ Anežka s pozitivním myšlením hovořila také o **sebedůvěře**. Relaxace v ní probouzely pocity, že může **důvěřovat** sobě i **svému tělu** a že dokáže porod dobře zvládnout. „*Posílení sebedůvěry a schopnosti důvěřovat v samu sebe ve mně nejvíc rezonovalo. Naslouchat více svému tělu že přesně ví, co má dělat.*“ Anežka přes to měla na paměti, že nikdy nemůže mít stoprocentní jistotu, že porod dopadne dobře. Avšak nabytí značné jistoty v příznivý konec porodu ji také dávalo vědomí přítomnosti kompetentní porodní asistentky u porodu, což ji rovněž pomáhalo oprostít se od možných negativních scénářů.

Anežka celkově k těhotenství a porodnímu procesu zaujala velmi **svědomitý přístup**. Vnímala zde jako velmi důležité pravidelné poslouchání vedených relaxací a považovala to jako trénování nové dovednosti, kterou je pro osvojení třeba opakovat stále dokola. „*Je to věc tréninku, že si to musíte pořád zkoušet si to do té hlavy nějak vsugerovat a čím častěji to člověk dělá a čím víc to trénuje, tak prostě tím rychleji bych řekla jsem byla schopná se do toho dostat.*“

Cesta do porodnice

Když se blížil samotný porod, Anežka věděla, že bude následovat převoz do porodnice. Měla **obavy**, že by to znamenalo jisté **vyrušení porodního procesu**, což by

mohlo narušit přirozený průběh porodu a došlo by k jeho **zastavení** a stagnaci. „*Měla jsem strach, aby se ten rozběhnutý porod nezastavil právě tím převozem.*“ Anežka věděla, že je převoz nezbytný, ale velmi si přála si udržet se v uvolněném a klidném stavu a **setrvat v napojení** na sebe a své miminko. „*Může se to stát, že je to takové vyrušení, kdy je ta žena ponořená sama do sebe, což je vlastně správně, no a tady tím se to přeruší nebo oddálí a to se mně vůbec nestalo.*“ Po cestě do porodnice tedy poslouchala hypnoporodní nahrávky, což ji v tomto napojení velmi pomohlo a zpětně reflektuje, že si na cestu do porodnice nemůže vybavit žádné vzpomínky.

Průběh porodu

V porodnici Anežka hypnoporodní nahrávky odložila, jelikož v místnosti hrála hudba přichystaná porodní asistentkou. V souvislosti s porodním procesem se Anežka v rozhovoru zmínila o **práci s dechem**, ve které viděla velký **přínos pro uvolnění těla a práci s bolestí**. Z minulé porodní zkušenosti se jí uvolnit své tělo příliš nedařilo a kontrakce v první porodní fázi pro ni byly bolestivé. „*U prvního porodu jsem právě byla hrozně stažená a v hrozné křeči. A když je člověk v hrozné křeči, tak tím hůře to všechno jde.*“ Dodala, že u prvního porodu neměla žádný praktický návod, jak si od bolesti může sama pomoci. Na základě hypnoporodního kurzu věděla, jak má dýchat a uvolnit se, což pro ni bylo při samotném porodu velmi užitečné. „*A ty relaxace pomáhají i tady v tom, to mi třeba taky hodně pomohlo.*“ Poté Anežka ze své perspektivy a z vlastní zkušenosti z této první fáze zmínila, že práce s dechem a celkové uvolnění pomáhá k rychlejšímu porodu. „*To pak déle trvá bych řekla. A když se to té ženě podaří uvolnit a pustit to, tak si myslím, že je ten porod i rychlejší.*“

V druhé porodní fázi bylo pro Anežku **těžší s bolestí pracovat**, jelikož ji vyděsila zakalená plodová voda a začala pociťovat **obavy** o své miminko. V ten moment si přála mít porod co nejrychleji za sebou, ale už nedokázala s dechem pracovat tak jako doposud. Na základě této reflexe sdělila, že pro ni porod **nebyl silným zážitkem**, jak to znala z výpovědí jiných žen. „*Nepodařilo se mi v tom najít takový ten slastný prožitek, který některé ženy popisují, to se mi v té druhé fázi nepodařilo.*“ Přestože tento aspekt nedopadl podle jejích očekávání, z těchto slov byl cítit klid a vyrovnanost. Následně Anežka začala nahlas uvažovat, zda závěrečnou fázi porodu pod vlivem obav příliš neuspěchala. I přes to pro ni **bolest** byla **snesitelná** a dle její výpovědi **produktivní**, aby její miminko mohlo přijít na svět.

Zachování klidu

Anežka se při porodu snažila pracovat na tom, aby **zachovala klid** a při přicházejících krizích **nepřešla** do možné **paniky** nebo velkého stresu. Ze získaných informací měla na paměti, že její tělo potřebuje vyplavovat hormony, které ji pomohou k hladšímu porodnímu procesu. Sama pro sebe si tedy **opakovala afirmace**, že je **vše v pořádku** a děje se něco přirozeného. „*Ty hypnoporodní techniky mi pomáhaly řekla bych že po celou dobu toho porodu. Pracovala jsem na tom, abych byla v klidu, protože se vlastně nic špatného neděje.*“ Když pro ni porod začal být náročnější a v druhé porodní fázi začala pociťovat jisté obavy, úlohu podpory zastoupil její partner. Ten ji ve chvílích přicházející krize podpořil a dokázal ubezpečit, že je vše v pořádku.

Osobní význam

Kurz

Při reflexi vnímaných přínosů hypnoporodu Anežce hned na mysli vyvstala **práce s myslí a psychikou**. V myšlenkách se zpětně vrátila na základní předporodní kurz, který s manželem společně absolvovali v prvním těhotenství. Zde postrádala **konkrétní nástroje**, které ji mohly u porodu pomoci převážně na psychické úrovni. „*Tam vám sice řeknou jednotlivé fáze porodu a řeknou vám, že můžete měnit polohy, ale řekla bych, že to gró tam chybí, a to je ta psychika.*“ Anežka vnímala největší význam hypnoporodního kurzu v jeho zaměření se na psychickou stránku a praktické nástroje, které jí pomohly na duševní úrovni jak v těhotenství, tak při samotném porodu.

Informace

Anežka jako důležitý aspekt v jejím přístupu zmínila **vliv infomací**, které dle jejich slov v prvním těhotenství neměla. Na základě toho nepovažovala za důležité mít **povědomí o psychické přípravě** na porod, což zpětně reflektuje jako velkou **nezbytnost**. „*Když jsem ty informace před tím neměla, tak jsem k tomu prvnímu těhotenství přistupovala tak, jako že porodilo už tolik žen přede mnou a nějaká psychická příprava není potřeba. A nevěděla jsem, že je to potřeba.*“ Informace, které se na hypnoporodním kurzu dozvěděla, ji taktéž daly **povědomí** o tom, jak lépe **pracovat se svým tělem**. Jak jej uvolnit a oddat se porodnímu procesu. Anežka při tom zavzpomínala na její první porod, kdy její neinformovanost způsobila, že **hledala pomoc** ve vnějším světě a **ve svém okolí**. „*U toho prvního poroduse mě ptali, chcete epidurál? A já na to, bože můj, copak já vím? A tak ho raději dáme...*“ Slovy Anežky ji neinformovanost vedla k tomu, že sama **neznala** svá **porodní přání** a to, jak by chtěla, aby porod a příprava na něj probíhala, což vedlo k zásahům ze strany lékařů. Ze své

strany to zpětně vnímá jako **nedostatek**. „*Nevěděla jsem, co mám dělat, co mám chtít, co nemám chtít...to byla myslím si ta moje chyba.*“

Společný prožitek s partnerem

Během celého rozhovoru Anežka mluvila o tom, jak je pro ni důležitý vztah s jejím partnerem. Z jejího vyprávění vyplynulo, že si dokáží vzájemně naslouchat a její partner byl od začátku **hypnoporodní přípravě otevřený** a přistupoval k ní s velkým zájmem. Tato **spoluúčast** byla pro Anežku velmi významná. „*Byl tam ten společný prožitek už jen v rámci toho kurzu.*“ Jak Anežka popisuje, v celé přípravě a také u porodu hrál její manžel **nezastupitelnou roli**. Když potřebovala čas pro sebe pro poslouchání relaxací, pohlídal staršího synka, aby pro to měla prostor. Jako velmi přínosné vnímala, že oba dva měli totožné informace a mohli vzájemně spolupracovat. „*Tím, že partner prošel tím kurzem se mnou, tak věděl, co se děje a dokázal s tím pracovat.*“ Anežka mluvila jak o věcné pomoci v podobě vyladění místnosti, pouštění hudby, masáží nebo podávání nápojů, tak o **psychické pomoci, podpoře a dodání sebedůvěry**. Na základě znalosti sebe navzájem a praktických informací její partner věděl, co Anežce v danou chvíli pomůže, co prožívá a jak pro ni může být on užitečný. V jejím případě to bylo v momentě, kdy pro ni začal být porod náročnější a ona začala pociťovat jistou krizi v podobě pocitu, že to nezvládne. „*V momentě, kdy ty kontrakce byly silné a šlo to do finále, tak už byla krize a člověk pochybuje sám o sobě. Taky spolu máme něco odžito, takže věděl, jak pomoci. Je to obrovská pomoc, pro mě byla obrovská.*“

Techniky

Hypnoporod Anežka vnímá jako ucelený nástroj, který ženě může pomoci celou situaci zvládnout a poskytnout jí pozitivní prožitek. Celkově byla ze sdílení Anežky cítit víra, že své události v životě má ve svých rukou a **věří svým schopnostem**. „*Hypnoporod mi přinesl vědomí toho, že právě vy svoji myslí dokážete ovládat své tělo. Že je to vlastně všechno o vás, jak na to nahlížíte.*“ Z rozhovoru bylo zřejmé, že Anežka k celé přípravě **přistupovala** velmi **poctivě** a **svědomitě**. Svému vlastnímu přístupu a úsilí důvěřovala a věděla, že je možné svoji myslí a psychickou přípravou ovlivnit průběh porodního procesu. „*Myslím si, že spousta věcí je člověk schopen ovlivnit nastavením svého myšlení a...ten přístup k tomu, jak se ta žena připravuje, jakým způsobem pomoci těch afirmací a té relaxace.*“ Anežka zpětně refletovala jako velký osobní přínos, že **překonala** svoje **racionální ladění** a naučila se díky hypnoporodu odpočívat, pracovat se svými myšlenkami a **posílila** svoji **dovednost vizualizace**. To se jí promítá do aktuálního fungování, že v mnohých situacích dokáže zachovat klid. „*Pro mě bylo obrovské pozitivní zjištění, že jsem*

schopná tu hlavu vypnout, vizualizovat si ty představy...a že jsem dokázala překonat svoji racionalizu, která mi v mnohém bránila.“

Pocit sebedůvěry

Anežka v našem povídání zmínila další pro ni významnou oblast, a tím je **nabytí** jisté **sebedůvěry**. Tento aspekt je provázaný s výše zmíněnou znalostí svých přání a ucelenou představou o tom, co je pro ni v danou chvíli nejlepší. *„Ten hypnoporod je zaměřený hlavně na to, aby žena naslouchala v danou chvíli hlavně sama sobě.“* Moment, kdy Anežka cítila, že je schopná stát si sama za sebou, se odehrál v nemocnici po termínu jejího porodu. Ze strany lékaře bylo potřeba provést **vyšetření**, které si Anežka **nepřála podstoupit**. I přes jistý nátlak lékaře a upozornění na možné komplikace si za svým přáním byla schopná stát a odjížděla domů s pocitem schopnosti si před autoritou **uhájit vlastní potřeby**. *„To sebevědomí je prostě tak křehký, obzvlášť v tom těhotenství, kdy ta žena má ty hormony na pochodu, tak dovedu si představit přesně tu situaci, kdy bych snadno podlehla a nestalo by se to tak, jak jsem si přála.“* Podle Anežky si každá žena přeje pro sebe a své miminko udělat to nejlepší a hypnoporodní techniky relaxace, vizualizace a pozitivních afirmací ji napomáhaly k tomu, že tyto situace dobře ustála, nemyslela na negativní scénáře a věřila svému vlastnímu pocitu. *„Když prostě věříte v sama sebe a v to, že je všechno v pořádku, neobracíte se o pomoc k okolí.“*

Užívání relaxací po porodu

V rozhovoru Anežka zmínila aktuální užívání relaxací ve svém volném čase, přestože od jejího posledního porodu uběhl více než rok. Meditační nahrávky si nepuští už s takovou intenzitou jako dřív, ale když má chvíli pro sebe, ráda vezme opět sluchátka do uší, aby se **vzpomínkami** vrátila zpět na **období před porodem a zrelaxovala**. *„Navodí mi to ty příjemné vzpomínky na těhotenství a člověk se opravdu v ten moment zklidní, že dokáže tu mysl prostě vypnout. Což je moc příjemné.“*

Anežka ke konci rozhovoru nahlas nastínila **úvahu**, že hypnoporodní **relaxace mohou** ženám velmi **pomoci v období po porodu**, když nedopadne podle jejích představ a očekávání a jsou nutné lékařské zásahy a pomoc. *„Když to třeba skončí tím císařským řezem, tak si myslím, že i potom s tím ta žena lépe pracuje. Že dokážete tu mysl koncentrovat na to to zvládnout lépe a jak se zrelaxovat i v té náročné situaci.“* Podle slov Anežky může porod dopadnout jakkoliv, a i samotné období po porodu je z hlediska psychiky a zpracovávání porodu velmi specifické a individuální. Její úvaha vzešla z její vlastní zkušenosti a perspektivy, kdy vnímala **hypnoporodní nahrávky** jako velmi **užitečné** právě v období

šestinedělí. Nabytím důvěry v sama sebe a své tělo se dokázala v různých situacích zklidnit a zrelaxovat, kdykoliv potřebovala. „*Porodem to rozhodně nekončí. Tím, že jsem už v tom porodu zažila, že tělo funguje jak má a věřila jsem mu, a také té hlavě a tomu nastavení, tak o to lépe se mi zvládalo to období po porodu.*“

Zhodnocení hypnoporodu

Ke konci společného dialogu Anežka sdílela několik myšlenek na závěr. Vyprávěla o **vděčnosti** všech otevřených **možností**, které dnes **mají ženy** v rámci porodu a těhotenství **k dispozici**. Při tom zavzpomínala na předešlé generace, které na mnohé byly samy a neměly možnost do tohoto procesu vstoupit a říct si, co si přejí a co potřebují. „*Mockrát jsem myslela na to, jak těžké to muselo být pro generaci našich maminek. Na to byly úplně samy, v hrozném prostředí s hrozným přístupem. Takže v tomto máme obrovský benefit.*“ Anežka také zmínila celkové **povědomí žen** o hypnoporodním kurzu a o **nárustu žen s pozitivními zkušenostmi** a zpětnými vazbami, což vnímá ze své perspektivy jako velmi významné. „*Je třeba, aby o tom ženy věděly a aby se mohly rozhodnout, že je to něco pro ně. Ne každý to asi chce, ale je důležité, aby více žen mělo tu možnost.*“

Anežka dále zmínila, že podle ní je **pojmenování** „hypnoporod“ lehce **nešťastné**, a na základě toho se tato metoda může často potkat s **nepochopením** okolí. Kvůli tomuto předpokladu příliš nesdílela své rodině účast na hypnoporodním kurzu, jelikož název podle ní implikuje **ezoterický a nevědecký přístup**. „*Když někde řeknete, že jdete na kurz hypnoporodu, tak si všichni říkají, bože můj, co se jí to stalo. Je tam to klišé, že to jsou nějaké bio matky šílené...*“ Na základě toho Anežka v obecnosti vnímá, že ze strany rodiny může být na ženu vyvíjen tlak, že je třeba věřit pouze lékařům a jejich odbornosti. „*Ať to třeba myslí dobře, tak tlak vyvíjí třeba ta užší rodina, ty maminky rodiček, ty budoucí babičky...že by měly být strašně opatrný a věřit doktorům, kteří to vědí nejlíp.*“

Jedna z posledních Anežčiných vět zněla následovně: „*Myslím si, že když nechcete, tak je to horší, než když nemůžete.*“ Touto větou Anežka vyjádřila, že je pro ni důležité být si vědoma dostupných možností, znát svá přání a věnovat jim určité úsilí, čas a dostatek pozornosti. Opět zde odkázala na důvěru v nastavení mysli. „*Prostě všechno je fakt o té hlavě.*“ I přes víru ve vlastní úsilí Anežka zmínila **důležitost sociální opory a pomoci**. „*Je podle mě důležité, aby se žena i po porodu měla na koho nebo kam v případě potřeby obrátit.*“

10.3 Analýza společných tematických oblastí

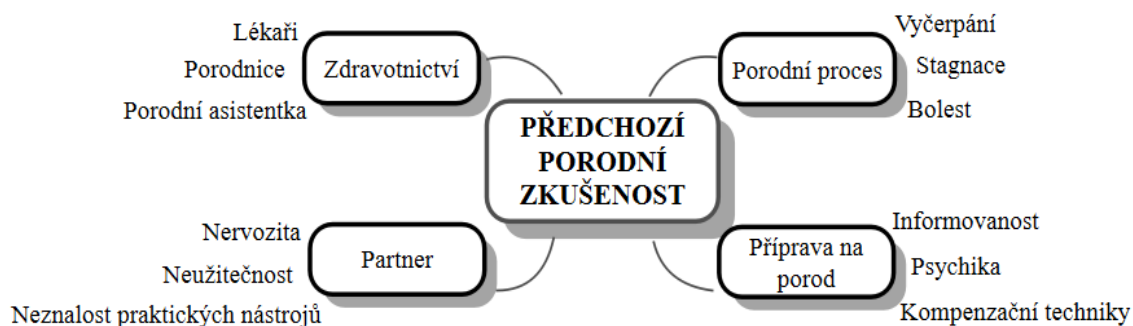
V této kapitole bude nastíněna společná analýza jednotlivých témat a podtémat. Výpovědi z rozhovorů byly shrnuty do komplexních výsledků, z nichž je možné odpovědět na námi stanovené výzkumné otázky. Některá témata se objevila jako stěžejní, a proto se jim budeme podrobněji věnovat v následujících kapitolách. Jsou rozdělena na dvě oblasti, přičemž první z nich jsme nazvali „**předchozí porodní zkušenost**“ a druhou „**hypnoporod**“. **Hlavní tematické oblasti** jsou vyznačeny **tučným písmem a podtržením**, jednotlivá **podtémata** jsou pouze **podtržená**. To, co jsme v textu považovali za důležité, je zvýrazněno **tučným písmem**. Vlastní výpovědi respondentů jsou označeny „*kurzívou a uvozovkami*“. Počet respondentů, kterých se jednotlivé téma týkalo, je označeno v závorce (n=x).

Jak dané oblasti souvisí s jednotlivými výzkumnými otázkami, je graficky znázorněno v schématu č.8 v podkapitole „*Odpovědi na výzkumné otázky*“.

10.3.1 Předchozí porodní zkušenost

V rozhovorech jsme se respondentek tázali, proč se rozhodly absolvovat hypnoporodní přípravu, jaká byla jejich očekávání a co si přály díky hypnoporodu zažít. Všechny ženy se v myšlenkách vrátily k předchozí porodní zkušenosti, která se v tomto aspektu ukázala být jako klíčová. Z analýzy tak vyplynula 4 hlavní témata: **zdravotnictví**, **porodní proces**, **příprava na porod** a **partner**. Témata s jednotlivými podtématy jsou shrnuta v Schématu č. 6.

Schéma č. 6: Schéma oblasti „Předchozí porodní zkušenost“



Zdravotnictví hrálo v motivaci žen účastnit se hypnoporodní přípravy významnou roli. Z předchozí zkušenosti s prvním porodem se ženy setkaly s **časovým nátlakem** ze strany **lékaře** (n=2) či **lékařskými intervencemi** (n=3), které s nimi nebyly v souladu nebo byly nezbytné z hlediska jejich zdraví (předčasný epidurál, nevyhovující poloha porodu,

nutnost anestezie, vyvolávaný porod). Jedna respondentka dodala, že se v nemocnici nesešla s **žádnou praktickou pomocí** a podporou (n=1). Ta samá žena zmínila, že byla při prvním porodu napomenuta porodní asistentkou z důvodu vyrušování ostatních pacientů v nemocnici (n=1). Jiná respondentka referovala, že nemá výraznou negativní zkušenost s lékaři, ale i přes to se bála jejich zásahu. Proto si přála předem zamezit kontaktu s lékařem z důvodu ovlivňování porodního procesu jakýmkoliv způsobem (n=1). Ženy taktéž poukázaly na porodnici, kde si přály **strávit minimum času** (n=3). Při tom odkázaly na zkušenost, že jely do porodnice předčasně a bez značného postupu porodu strávily v nemocničním prostředí dlouhou dobu. Respondentky v souvislosti s porodnicí zmínily také **nevyhovující podmínky** z hlediska pocitu bezpečí a uzpůsobenému prostředí (n=2). Jiná respondentka (n=1), která si zvolila domácí porod, se nemocničnímu prostředí chtěla vyhnout úplně. Ženy dále zmínily přání mít dobrou porodní asistentku, na kterou se budou moci **spolehnout** a budou k ní mít **důvěru** (n=2).

Z těchto všech zmíněných zkušeností vzešla u všech respondentek (N=5) přání co nejvíce **podpořit přirozený průběh porodu** v jakékoliv podobě (bez lékařských zásahů, bez medikace, neprodulžování porodu, hladší průběh bez komplikací, dostatek času). Respondentky dodaly, že by si přály mít celkově z porodu **hezký prožitek** (n=3), přičemž jedna respondentka tímto chtěla zajistit ten nejlepší možný start pro své miminko (n=1).

Eliška: „*Musela jsem na revizi kvůli té placentě, a tím pádem, že jsem byla uspaná, tak jsem to miminko nemohla mít u sebe a z toho jsem měla hrozné trauma.*“

Veronika: „*Chtěla jsem prostě to, aby se dítě narodilo přirozeně, tak jak má, jak je na to nastavené, aby mu do toho nikdo neremcal...aby tam neproběhlo žádné násilí.*“

Porodní proces se ukázal v rozhovorech být jako druhým významným tématem. Ženy se v myšlenkách vracely zpět k průběhu svého prvního porodu. Společně jsme se s některými respondentkami dotkli oblasti bolesti (n=2), kdy ji u prvního porodu subjektivně vnímaly jako **příliš velkou** až neúnosnou. Dle nich mohla být příčinou špatná rotace či velikost miminka. Jedna respondentka si následně téma bolesti zpracovávala za pomoci **psychologa** (n=1). Porodní proces některé respondentky vedl do velkého vyčerpání jak z psychického, tak fyzického hlediska (n=3). Fyzické hledisko se opět týká bolesti a zpracovávání kontrakcí. Jedna z respondentek mluvila v této souvislosti o **velké krevní ztrátě** (n=1). Dalším důvodem **psychického vyčerpání** byl výše zmíněný dlouhý pobyt v porodnici (n=3). Na tento aspekt navazuje další oblast, a tím je stagnace porodu.

Respondentkám se stalo, že se porod v průběhu zastavil a pokračoval dál velmi pomalu, což pro ně bylo fyzicky i psychicky náročné (n=3).

Michaela: „Řešila jsem i s psychologkou zpracování strachu z porodu, protože po tom prvním porodu jsem měla velký strach z té samé bolesti u toho druhého.“

Anežka: „Já jsem u toho prvního porodu měla zásadní problém s tím, že nepostupoval. Že se v podstatě zastavil a my strávili v porodním boxu 24 hodin...“

Příprava na porod bylo z dalších témat, o kterém jsme si s respondentkami povídali. Co se týče informovanosti, všechny ženy měly pocit dostatku základních potřebných informací týkajících se těhotenství už před prvním porodem (N=5). Získaly je na základě **běžného předporodního kurzu** (n=3) či **vlastním úsilím** za pomoci literatury, podcastů a facebookových skupin (n=3). Některé ženy s dalším těhotenstvím vnímaly větší potřebu obohatit se informacemi týkajících se propojenosti psychiky a těla. (n=2), přičemž si jedna z nich chtěla najít mezi všemi přístupy vlastní střední cestu. Jiné ženy nepokládaly za nezbytné obohatit se novými informacemi, ale byly jim otevřené (n=2). Jedna z respondentek byla touto cestou naladěna už při prvním těhotenství (n=1). Ženy v rozhovoru dále zmiňovaly, že při přípravě na porod **neměly k dispozici žádné kompenzační techniky** a praktické nástroje (n=3), jak by se sebou a vlastním tělem mohly při porodu pracovat (dechová cvičení, uvolňovací cviky, zpracovávání porodních kontrakcí). Taktéž se žádná z respondentek nevěnovala v prvním těhotenství přípravě psychiky na porod (N=5). Některé ženy v rozhovoru tomuto aspektu pozornost nevěnovaly, pro jiné však příprava psychiky a práce s myslí nabyla na značném významu (n=3). Ženy si přály **předcházet poporodním blues** (n=1), připravit se na následné **zpracování zážitků** po porodu (n=1), **reflektovaly své vlastní potřeby** (n=2), či pracovat s různými **strachy a obavami** (n=3). Ženy dále uvedly, že jim příprava mysli a psychiky na porod dávala velký **smysl** (n=3). Celkově ženy zmínily, že si v přípravě přály **udělat to nejlepší**, co bude v jejich silách (n=3).

Kateřina: „Já vím už od toho prvního porodu, že mám sklony k takovým těm poporodním stresům, poporodní blues a celkově ten psychický stav po porodu není dobrý.“

Veronika: „Mně dávalo velký smysl to propojení toho duševního naladění, té uvolněnosti ve vztahu, jak na to reaguje tělo.“

Oblast **partnera** se ukázala být jako čtvrtým významným tématem, kdy jsme jej s téměř všemi ženami společně prozkoumali detailněji (n=4). Některé ženy se svým partnerem absolvovali společně **základní kurz přípravy** na porod v prvním těhotenství

(n=3), kde jejich muž získal povědomí o základních informacích. Přes to ženy v rámci prvního porodu sdílely zkušenost, že jejich partner **neznal praktické nástroje**, kterými by jim u porodu mohl **pomoci** (n=2). Ženy také uváděly, že si jejich partner u porodu připadal **neužitečně** (n=2), neměly pocit opory (n=2) a jejich partner **neobhájil** jejich **porodní přání** (n=1). Některé ženy si tedy v souvislosti s hypnoporodní přípravou přály, aby si jejich partner osvojil nové praktické nástroje pomoci (n=2). Jedna respondentka zmínila, že chvíle před porodem cítil její muž jistou **nervozitu** a tento **tlak** na ni **přenášel** (n=1). Jiné respondentky popisovaly svůj **vztah** s partnerem od začátku jako velmi **podporující**, partner jim byl oporou už při prvním porodu a byla z jeho strany **otevřenost k novým informacím** (n=3). Naopak muž jiné respondentky **zájem** o tento typ přípravy **nejevila** a nerozuměl její volbě (n=1). Partner jiné respondentky přípravu nechával převážně na ní (n=1).

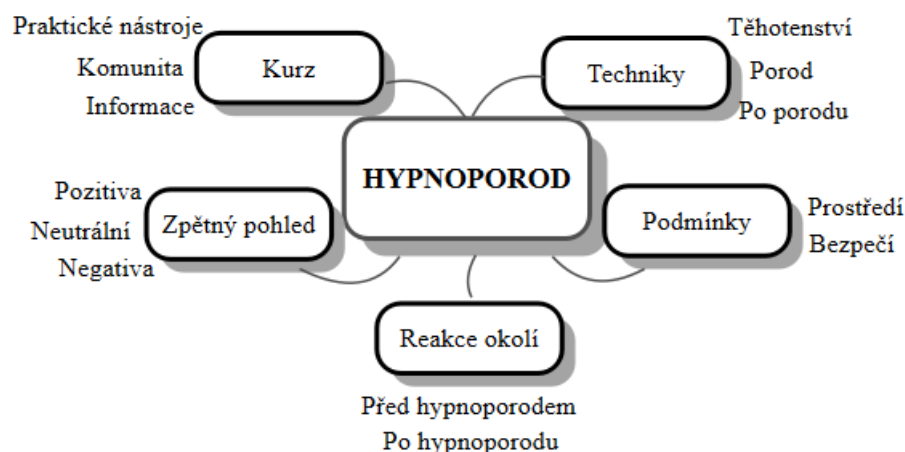
Eliška: „*On úplně nechápal, proč chci takovou porodní asistentku. Co s ním se stalo nebo nestalo, když u prvního porodu byl a dítě žije. Takže byl k tomu jakože...prostě to toleroval.*“

Michaela: „*Manžel si připadal, že je tam úplně zbytečný. Tam seděl, ťukal si do telefonu, protože nevěděl, co se sebou...celej den tam takhle seděl.*“

10.3.2 Hypnoporod

Dále jsme s ženami mluvili o tom, jak prožívali těhotenství a porod za přítomnosti hypnoporodních technik, v jakých aspektech pro ně byla hypnoporodní příprava nejvíce přínosná a jaký mají na hypnoporod nyní celkový pohled. Tyto dotazy jsme shrnuli do druhé oblasti s názvem „hypnoporod“, která obsahuje těchto 5 témat: **kurz**, **techniky**, **podmínky**, **reakce okolí** a **zpětný pohled**. Témata s jednotlivými podtématy jsou opět znázorněna v Schématu č. 7.

Schéma č. 7: Schéma oblasti „Hypnoporod“



Hypnoporodní **kurz** byl pro většinu žen (n=4) velmi přínosný z několika aspektů. Ženy zmínily jeho užitečnost z hlediska praktických nástrojů a návodu, jak s hypnoporodními technikami pracovat (n=3), což hodnotí jako **motivační aspekt** v těhotenství začít techniky aplikovat (n=1) či pocit, že je tento přístup s nimi v souladu (n=1). Dalším významným aspektem hypnoporodního kurzu byla pro ženy komunita. Respondentky uváděly, že jim hypnoporodní kurz přinesl **nové kontakty a místo, na koho** se v případě potřeby mohou kdykoliv **obrátit** (n=3), ať už skrze skupinu (n=1), či lektorku hypnoporodu (n=2). Díky komunitě ostatních účastnic kurzu respondentky vnímaly, že jejich **potřeby nejsou nereálné** a sdílí je více žen (n=3). Jedna žena zmínila, že na kurzu zažila pocit **sounáležitosti** při sdílení minulého porodního zážitku s jinou účastnicí kurzu (n=1). Respondentkám také kurz přinesl pocit **důvěry**, že porod **dobře dopadne** (n=3). Ženy dále zmiňovaly, že jim hypnoporodní kurz přinesl nové informace (n=4). Jedné respondentce však připadalo plno věcí již přirozených (n=1), další respondentky informace **obohatily novým způsobem** (n=3). Z pohledu žen byly informace velmi **přínosné pro jejich partnery** (n=3). Pro jednoho z partnerů byly některé informace však hůře pochopitelné, ale i přes to k nim zaujmul otevřený pohled (n=1). Jedna respondentka vnímala jako velmi přínosnou účast na kurzu jejího partnera v rámci **společného prožitku** (n=1).

Anežka: „Byli jsme tam s manželem společně. A to bych řekla, že to bylo už jenom takové dořuknutí, že je ta naše cesta správná.“

Eliška: „Hodně mi pomáhalo, když někdo sdílel reálnou zkušenost, jak to vnímá, to bylo super. Tak jsem si říkala, že není špatně, když to chci mít podle sebe.“

Techniky hypnoporodu se ukázaly být dalším významným tématem. Pro všechny ženy byly hypnoporodní nahrávky a techniky významné v těhotenství, u porodu, i v období po porodu.

V období těhotenství ženy využívaly **relaxační nahrávky** s prvky imaginace. Na úrovni **psychiky** a **mysli** respondentky zmínily, že při počátcích poslouchání nahrávek cítily pocity neschopnosti se uvolnit a relaxovat (n=2) či měly v hlavě plno probíhajících myšlenek (n=2), jiné ženy tyto skutečnosti v rozhovoru nezmínily (n=3). Všechny ženy dříve nebo později cítily v těhotenství větší **psychické zklidnění**. To mělo podobu pozitivních myšlenek ohledně nadcházejícího porodu (N=5), **zmírnění různých obav** (n=3), **snížení strachu** z bolesti u porodu (n=2), či celkové zklidnění vlivem stresujících událostí (n=3), kterými byly covid, psaní disertační práce, kontroly u lékaře v těhotenství, nebo pobyt doma se staršími dětmi. Respondentkám relaxace pomáhaly také **v situacích**, kdy cítily možný tlak

od svého okolí a vnímaly kolem sebe **negativní informace** a možné negativní **scénáře** (n=4). Jedna z respondentek to vnímala jako možné **narušení** její vlastní víry a **přesvědčení** (n=1). Ženy v těhotenství zmínily, že měly pocit dostatku **času samy na sebe** (n=3), **naslouchaly** vlastním **potřebám** (n=2) a věnovaly se **sebepéči** na úrovni mysli i těla (n=2). Jiná respondentka tyto aspekty naopak za významné nepovažovala a nechtěla tomu věnovat příliš velkou pozornost (n=1). Ženy dále zmínily, že díky relaxacím měly pocit **pouštění** jisté **kontroly** (n=3). Pro jednu ženu znamenalo nezabývat se tím, co nemůže změnit (n=1), jiná v tom spatřovala potlačení přílišné racionality a posílení schopnosti vizualizace, a další žena měla strach ze ztráty kontroly u porodu vlivem velké bolesti (n=1). V neposlední řadě zmínily na úrovni psychiky posílení **sebedůvěry** (n=4) ve smyslu nespolečání se na někoho jiného (n=3), důvěru v sebe a své tělo (n=2), či důvěru ve vlastní vizi a tomu, čemu věří (n=1). Na úrovni těla ženy v těhotenství byly schopny lépe vnímat své tělo (n=2), ať už v podobě jeho potřeb (n=1) či přirozené činnosti těla, když se objevili porodní poslíčci (n=1). Dalším aspektem v těhotenství bylo u respondentek **napojení na miminko** (n=2), jiná respondentka tento aspekt pro sebe nepokládala za významný (n=1).

Respondentky dále popisovaly svůj průběh porodu za přítomnosti hypnoporodních technik, kterými byla nejčastěji **práce s dechem** či **pozitivní afirmace**. Jedna z žen se u svého porodu k těmto technikám nedopracovala. Ostatní ženy se za pomoci správného dechu snažily uvolnit tělo, a tím lépe zpracovat přicházející porodní kontrakce a porodní bolesti (n=4). Respondentky popisovaly velmi intenzivní pocit více než bolest (n=4), ta samá respondentka, která si prošla dvěma hypnoporody, vnímala svůj druhý hypnoporod dokonce jako příjemný (n=1). Druhá respondentka se zkušeností také dvou hypnoporodu hodnotí svůj druhý hypnoporod naopak jako velmi bolestivý (n=1). Některé ženy se v průběhu porodu snažily udržet **mysl v pozitivním nastavení** za pomoci pozitivních afirmací (n=2). Během porodu respondentky cítily **napojení na vlastní tělo** (n=3) v podobě postupného otevírání porodních cest (n=1), vnímání vlastních potřeb (n=2), či vytvoření bezpečného prostoru, schoulení a ponoření se do sebe (n=2). Jedné respondentce to převážně pomáhalo v situaci, kdy na ni při porodu kladl požadavky jeden z lékařů, přičemž se jí nechtěla nechat ovlivnit a udržet se v klidu. Respondentky dodaly, že u porodu byly v kontaktu s miminkem, kdy na něj promlouvaly (n=2) a na závěr se mohly dotknout jeho hlavičky (n=1).

Hypnoporodní techniky ženy užívaly i po porodu v období **šestinedělí**, když se potřebovaly psychicky zklidnit a **zrelaxovat** (n=2). Jedna respondentka hypnoporodní nahrávky užívá ve volném čase dodnes, kdy jí to navodí hezké **vzpomínky na těhotenství** (n=1).

Michaela: „Víc jsem se o sebe starala. I přes to, že jsem měla doma další děti, tak jsem si musela vyčlenit tady ten čas na sebe a na to miminko v tom bříšku...“

Kateřina: „Podařilo se mi jít jakoby naproti té kontrakci, té vlně, co přicházela...a věděla jsem, že když se k tomu zvládnou dobře nadechnout, abych to provedla celou tou kontrakcí, tak to pro mě nebylo tak bolestivé, jen hodně intenzivní“

Podmínky hypnoporodu jsou další oblastí rozhovoru. Celkové nastavení podmínek bylo pro většinu respondentek důležité (n=4). Ženy mluvily o **pocitu bezpečí**, které vnímaly **pomocí osobní asistentky** z hlediska důvěry (n=4), respektování potřeb u porodu (n=2), opora při konfrontaci s lékařem (n=1), či zajištění bezpečí díky **domácímu prostředí** (n=1). Některé ženy si přes porodní asistentku přímo vyžádaly změnu lékaře u porodu, s nímž měly u kontrol v těhotenství negativní zkušenost (n=2). Ženy dále zmínily zajištění **atmosféry** a celkového prostředí, v němž se porod odehrával. U porodu hodnotily jako velmi příjemné **přítmi světla** (n=3) a **relaxační hudbu** (n=2).

Veronika: „To bezpečí...ono je asi jedno, jestli je to doma nebo na chatě, nebo možná i v té porodnici...ale mělo by tam prostě být, to se nedá jenom vysvětlit na nějaké vědomé úrovni.“

Eliška: „Rozdíl byl v celkovém nastavení u toho porodu. Ona dokázala navodit poklidnou atmosféru, dokázala vytvořit přítmi, a to bylo moc příjemné.“

Reakce okolí na hypnoporod vyvstala jako další tematická oblast. Respondentky se **před hypnoporodem** rozhodly svoji účast sdílet většinou jen se svým nejbližším okolím. Některé ženy se na počátku setkaly s jistým **nepochopením** od partnera (n=2), přičemž se to v průběhu těhotenství a po porodu u obou změnilo. Jedna z respondentek se na základě vztahu s rodiči rozhodla svoji účast na hypnoporodu nesdílet (n=1). Jiná respondentka se kvůli svému rozhodnutí domácího hypnoporodu dostala do **konfliktu se svojí rodinou** (n=1). Ženy to přisuzují samotnému názvu, který podle nich může na první pohled evokovat nevědecký přístup (n=3). **Po hypnoporodu** respondentky **sdílely** svůj zážitek více, a to většinou **svým kamarádkám** (n=3). Ty samé ženy uváděly, že se snažily si zachovat jistou otevřenost a svůj pohled **nechtěly** nikomu **vnucovat** (n=3). Jedna respondentka zmínila, že doporučila hypnoporod své kamarádce, která se její zkušeností **inspirovala** a podstoupila hypnoporodní přípravu také na základě jejího doporučení (n=1).

Anežka: „Nechtěla být taková ta mentorující zkušená matka co všechno ví. Do ničeho jsem ji nenutila, jen jsem jí řekla ten svůj porodní příběh a nechala ji s těmi informacemi, co jsem jí dala.“

Veronika: „Když jsem si pouštěla nahlas nějaké ty afirmace, co jsou taky součástí toho Jemného zrození, tak se tomu strašně smál, že to je strašná blbost. Tady mu už to trochu zavánělo nějakou homeopatií, která je pro něj jako nesmysl.“

Posledním tématem, které z rozhovoru vyplynulo, byl **zpětný pohled** na hypnoporod. Všechny ženy hodnotily volbu účastnit se hypnoporodu velmi **pozitivně** (N=5) a hypnoporod doporučují svému okolí (N=5). Jedna z respondentek zmínila, že to byla jedna z jejích nejlepších investic (n=1). Na základě srovnání porodů byl pro ženy ten s hypnoporodní přípravou subjektivně jednodušší a hladší (n=4). Ženy uváděly jako velké pozitivum, že tato metoda vstupuje do povědomí mnoha žen (n=3) a že mají ženy v oblasti porodu otevřené možnosti (n=1). Z **neutrálních** dodatků ženy zmínily, že je potřeba vědomí i **vlastní zodpovědnosti** a úsilí (n=2), kdy nejde spoléhat pouze na kurz. Jedna respondentka (n=1) zmínila důležitost **zajistit si celý kontext porodu** (výběru porodnice a porodní asistentky, která je k tomuto přístupu otevřená), či zajistit si i dostupnost jiných odborníků (fyzioterapie, gynekologie). Ta samá žena zmínila, že by se na tento aspekt měl klást větší důraz i na samotném hypnoporodním kurzu. Respondentky vnímají, že je celkově důležité **mít se na koho** v případě potřeby **obrátit**, ať už v těhotenství či po porodu (n=2). V rozhovoru jsme se dotkli možného **negativa**, a to možných pocitů **lítosti**. Ženy upozornily na pocity **zklamání**, kdy se ženě v souvislosti s hypnoporodní přípravou nemusí vyplnit její přání a očekávání, což může hypoteticky k těmto pocitům vést (n=2). Jedna respondentka reálně pocit lítosti zažila, kdy se jí u porodu nevyplnilo to, co si přála zažít (n=1). Ženy zmínily, že je samotný **název** „hypnoporod“ **zavádějící** a nešťastně zvolený, jelikož může evokovat vědecky nepodložené metody až **ezoteriku** (n=3).

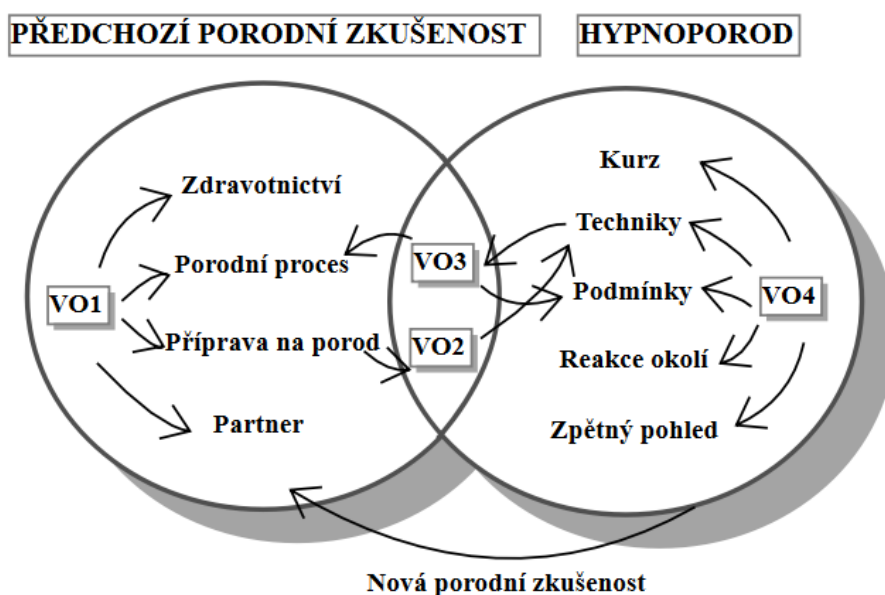
Kateřina: „Myslím si, že tohle je taky důležitá součást toho porodu. Vůbec si vybrat dobrou porodnici, porodní asistentku a celkově si zajistit celý ten kontext toho porodu a celou situaci. Že prostě mít jenom kurz hypnoporodu a umět ty relaxace bohužel úplně není všechno, no.“

Michaela: „Doporučuju to všem kolem. Všem těhotným, říkám, že to byla nejlepší investice do porodní asistentky a do kurzu hypnoporodu.“

10.4 Odpovědi na výzkumné otázky

Na základě provedené analýzy budou v této kapitole zodpovězeny námi stanovené výzkumné otázky. Propojení jednotlivých výzkumných otázek a významných oblastí je pro lepší přehlednost znázorněno v schématu č. 8.

Schéma č. 8: Propojení významných oblastí a výzkumných otázek



VO1: Jaká byla motivace žen k absolvování hypnoporodní přípravy?

Z analýzy vyplynulo, že v rozhodnutí účastnit se hypnoporodní přípravy **hraje** u žen značnou **roli předchozí porodní zkušenost**. Ženy u svého prvního porodu zažily lékařské intervence a zásahy různého typu, se kterými nebyly v souladu, ale z různých důvodů je nakonec podstoupily (zachování zdraví, neznalost porodní praxe, nedostatek informací, vliv autority lékaře). Ženy se dále setkaly s nátlakem v porodnici, kdy měly pocit nedostatku času a prostoru pro prožití svého porodu a jeho přirozeného tempa. Ženy také nevnímaly dostatek praktické pomoci a podpory od lékařského personálu či partnera, a zároveň samy neznaly praktické nástroje, jak by si mohly při porodu pomoci k větší úlevě. Žádná z žen nehodnotí svoji předchozí porodní zkušenost jako výrazně negativní, ale i přes to si přály prožít svůj další porod jiným způsobem. V souvislosti s **motivací** **vyvstalo** tedy **několik přání a očekávání**, co by **chtěly** díky hypnoporodní přípravě **zažít**. Ženy si nejvíce ze všeho přály svůj **porod** prožít v jeho **přirozeném průběhu** bez nutnosti zásahů zvenčí. S pocitem **bezpečí**, kdy budou mít ze svého porodu **hezký prožitek** jak ony, tak jejich miminko. Dále si ženy chtěly osvojit **praktické nástroje**, aby pro ně byl porod fyzicky snesitelný a **předcházely zdravotním komplikacím**. Chtěly se naučit dokázat lépe **pracovat s porodními kontrakcemi** za pomoci práce s tělem a vnitřně **zvládat** porodní **bolest**. Celkově si ženy přály, aby se jejich porod vlivem stresujících faktorů nezastavil, a ony tak strávily v **porodnici** co **nejméně času**. Také si u svého porodu přály mít **osobu**, na kterou se budou moci **spolehnout**. Ať už se jednalo o **porodní asistentku**, která je bude podporovat v jejich porodních přáních, tak o **partnera**, kterého chtěly pomocí hypnoporodního kurzu

na jejich porod **připravít**, a to z hlediska **informací**, tak **praktické pomoci**. Dále v sobě ženy měly **zvědavost** po dosud neznámých **informacích**, přičemž si chtěly nalézt **vlastní přístup** k porodům, který jim bude dávat smysl a bude v souladu s tím, čemu samy věří. Od hypnoporodní přípravy si ženy také slibovaly, že je dokáže na porod připravit i po **psychické stránce** (předcházení depresivních stavů po porodu, integrace porodního zážitku, práce s obavami a strachy, cílené zrelaxování a zklidnění). V neposlední řadě ženy zmínily, že chtěly mít díky hypnoporodní přípravě **pocit**, že se na porod **připravují** a že pro sebe a své miminko **dělají to nejlepší**. Jedna z žen sdílela svoji bolestnou zkušenost, a to ztrátu svého miminka. Spolu s jejím manželem doufali, že pro ně bude hypnoporod po této ztrátě společným **léčivým prožitkem**.

VO2: Jak ženy prožívaly období těhotenství a přípravy na v souvislosti s hypnoporodními technikami?

V období těhotenství ženy z hypnoporodních technik nejčastěji využívaly relaxační nahrávky a vedené meditace s prvky imaginace. Některé ženy si tyto nahrávky pouštěly často a pravidelně, a některé s nepravidelností podle svých časových možností. V jaké fázi těhotenství nahrávky zařadily, se odvíjelo podle jejich účasti na hypnoporodním kurzu a podle vlastního uvážení a potřeb. Některé ženy zmínily, že na počátku užívání relaxací měly **problém se vědomě z relaxovat**, hlavou jim běželo plno myšlenek a cítily značné napětí a pocit, že relaxovat nezvládnou. Dříve či později všechny respondentky začaly za pomoci nahrávek pociťovat **větší psychické zklidnění**. Začaly se orientovat k **pozitivnímu myšlení** ohledně nadcházejícího porodu, čímž se jim **zmírnily** jejich **obavy** a **strachy**. Když během dne začaly opět pociťovat určitou nervozitu či negativní myšlenky, relaxační nahrávky jim pomáhaly tyto myšlenky zmírnit (nic špatného se nestane, porod dopadne dobře). Některé ženy v období těhotenství prožívaly **větší míru stresu** (vlivem covidové doby, řešení školních povinností u sebe a svých dětí), přičemž jim **relaxace pomáhaly** tyto **situace lépe zvládat**. Jedné z žen relaxace pomáhaly se více psychicky zklidnit při lékařských kontrolách v těhotenství, které vnímala jako stresující. Ženy se také cíleně začaly **vyhýbat negativním informacím**, které jim občas přinášelo jejich blízké okolí. Ženám hypnoporodní nahrávky přinesly jisté pocity **důvěry v samu sebe**, tak ve **vlastní tělo**. Jedna žena pocit sebedůvěry velmi silně vnímala při obhájení svého přání nepodstupovat jisté vyšetření u lékaře. Ženy dále referovaly, že měly pocit **času samy na sebe**, na své **potřeby** a na **sebeběči**, kterou si potřebovaly dopřát. Některé ženy považovaly poslouchání relaxací za osvojování si **nové dovedností**. Dávalo jim to tak pocit **vlastního úsilí** a toho, že mohou jisté věci ovlivnit a

mají je ve vlastních rukou. Ženy mluvily o pocitu pouštění jisté kontroly, přičemž jedna zmínila, že vnímala **potlačování její racionality** a **posilování schopnosti vizualizace**. Některé ženy taktéž hovořily o větším **napojení na své miminko** v těhotenství, přičemž jedna z žen tomuto aspektu nepřikládala důležitost a aplikovala hypnoporodní nahrávky za účelem **pracovat se svým tělem** a připravovat jej na hladký porodní proces. Když se u ní objevili první porodní poslíčci, vnímala, jak je pomocí vedených nahrávek dokáže zesilovat, což pro ni byl důkaz v podporování správné činnosti jejího těla.

VO3: Jak souvisely hypnoporodní techniky se subjektivním prožitkem a průběhem porodu?

Analýza ukázala, že je porod velmi individuální zkušeností a do jeho průběhu může vstoupit mnoho faktorů. Téměř všechny ženy až na jednu respondentku, která se rozhodla pro domácí porod, prožily své porody v porodnici. Během porodu ženy z hypnoporodních technik využívaly nejčastěji **dechová cvičení**, méně pak **pozitivní afirmace**. Práce s dechem se ukázala být jako **nejvýznamnější při zpracovávání přicházejících porodních kontrakcí** a porodní bolestí. Pomocí dechu se ženy snažily s přicházející kontrakcí **uvolnit**, aby jejich svaly nezůstaly stažené a v křeči. To jim taktéž pomáhalo při subjektivním **prožívání bolesti** u porodu. Ženy popisovaly porodní bolest spíše jako velmi **intenzivní pocit**. Některé ženy si zažily dva porody s hypnoporodní přípravou. Jedna z nich u druhého hypnoporodu popisovala, že se bolest neobjevila žádná a že naopak vnímala velmi **příjemné pocity**. Druhá žena naopak svůj druhý hypnoporod v domácím prostředí popsala jako **velmi bolestivý**, kdy si chvílemi myslela, že to nezvládne a zavolá záchranou službu. Ženy se v průběhu porodu snažily udržet v **psychickém klidu** a pozitivním nastavení, aby vlivem náročnosti porodního procesu a přicházejících krizí nezačaly cítit jistou paniku. Některé z nich reflektovaly, že pro ně bylo udržení mysli v klidu náročné. Ženy během porodu cítily větší **napojení na své tělo**, kdy sledovaly postupné otevírání a vypuzování miminka. Dokázaly vnímat, jaký pohyb v danou chvíli potřebují udělat, aby se cítily lépe a také ženy hovořily o vytvoření **bezpečného prostoru** samy v sobě. Ženy také sdílely u porodu **napojení na své miminko**, kdy na něj promlouvaly a komunikovaly s ním. Jedna žena popsala **dotknutí se jeho hlavičky** v závěrečné fázi, což pro ni byl jeden z **nejkrásnějších momentů**.

VO4: Jak ženy zpětně hodnotí hypnoporodní přípravu a jaký pro ně měla osobní význam?

Ženy spatřují osobní význam hypnoporodní přípravy v několika aspektech. Z hlediska samotného **hypnoporodního kurzu** vnímají největší přínos v jeho **praktičnosti**

a reálném využití technik. Hypnoprodní kurz jim tedy dal **praktický návod** a **nástroje**, které mohly využít jak v těhotenství, tak u samotného porodu a které pak zpětně hodnotily jako subjektivně **užitečné** a **přínosné**. Ženy zmínily, že pro ně v rámci kurzu měla význam samotná **komunita žen**, ať už z hlediska **nových kontaktů** a **sdílení zkušeností**. Zažívaly zde pocity **sounáležitosti** a **důvěry** v rámci podobných hodnot a porodních přání. Ženy jako přínosné vnímaly i samotné **informace**, které se na kurzu dozvěděly. Velké pozitivum pro ně bylo i obohacení jejich **partnera**, který jim na základě získání nových informací a osvojení hypnoporodních technik mohl poskytnout u porodu více pomoci. Ženy pozitivně hodnotily také nastavení celkových porodních podmínek a atmosféry, díky čemuž se u porodu cítily dobře a v bezpečí. V rozhovoru ženy dále zmínily velký přínos **hypnoporodních nahrávek** v období těhotenství a u porodu. V těhotenství ženy vnímaly jejich pozitivní účinek převážně v psychickém **zklidnění**, ať už ve více či méně stresujících situacích, **pozitivním myšlení** a při práci s **obavami**. Velkým přínosem pro ně bylo také **zpomalení**, udělání si čas samy na sebe a napojení jak na své tělo, tak na jejich miminko. Ženy reflektují, že jim hypnoporodní příprava přinesla pocit, že vše dobře dopadne a dodala jim **sebedůvěru** v samy sebe a své tělo, že porodní proces zvládnou. Hypnoporodní nahrávky některé ženy využívaly i v období **šestinedělí**, což subjektivně hodnotí z hlediska psychiky jako náročné. Vedené relaxace a imaginace jim pomohly i po porodu k psychickému zklidnění.

Ženy na základě svých zkušeností zpětně hodnotí **hypnoporodní přípravu** velmi **pozitivně** a rády kurz hypnoporodu **doporučují ženám** okolo sebe, ale i přes to nechtějí svůj názor a zážitek nikomu vnucovat. Některé ženy se však na počátku setkaly s **nepochopením partnera**, které se však po absolvování hypnoporodní přípravy změnilo pozitivním směrem. Jedna respondentka na základě rodinných vztahů s nimi účast na hypnoporodním kurzu nesdílela. Jiná žena se kvůli svému přístupu k domácím porodům a hypnoporodu dostala se svojí **rodinou do konfliktu**. Pro ženy byl porod s hypnoporodní přípravou ve srovnání se svou předešlou porodní zkušeností v mnoha aspektech **subjektivně hladší** a **jednodušší**. Ženy zmínily, že jsou si vědomy stoupající **popularity** hypnoporodu a vnímají tento aspekt jako velmi přínosný z několika hledisek. Podle jejich názoru by ženy **měly vědět o možnostech**, které v dnešní době ohledně svého porodu mohou mít a který jim může přinést z porodu hezký prožitek. Ženy také spatřují význam hypnoporodní přípravy v jejím **zaměření** se na **psychickou stránku** a **komplexnost**, kde je zahrnuto propojení jak těla, tak i psychiky. Ženy však reflektují, že je velmi důležitá **vlastní zodpovědnost** každé z žen, jak k přípravě budou přistupovat a aplikovat techniky, které se na kurzu naučí. Také je podle

nich důležité **zajistit** si celý **kontext porodu**, včetně výběru vyhovující porodnice, porodní asistentky, či kontaktovat i jiné odborníky, kdy se nelze spoléhat pouze na hypnoporodní kurz. Obecně ženy vnímají jako **důležité**, aby se měly v těhotenství i po samotném porodu v **případě potřeby pomoci na koho obrátit**. Z možných **negativ** hypnoporodu ženy upozornily na možné **pocity zklamání**, které mohou pociťovat, pokud jejich porod **nedopadl** podle jejich **představ** a **očekávání**, přičemž tyto pocity byly jednou respondentkou po porodu reálně zažívány. Na kurzu jsou rodičky lektorkami na tuto skutečnost upozorňovány, přesto by se podle názoru žen na tento aspekt měl klást mnohem větší důraz. Respondentky vnímají jako **deficit samotný název** „hypnoporod“, který může podle nich v ženách a ve společnosti vzbuzovat **nevědecký přístup až ezoteriku**, a tím jejich potencionální zájem odradit.

11 Diskuse

Tato kapitola bude věnována celkovému zhodnocení zjištění našeho výzkumu. Detailně prozkoumáme propojení našich výsledků s odbornou literaturou a aktuálními vědeckými poznatky o daném tématu. Rovněž popíšeme nalezená úskalí a limity práce, ale také možné přínosy, závěrečné myšlenky a návrhy na budoucí směřování výzkumu.

11.1 Zhodnocení výsledků výzkumu

Hlavním cílem této diplomové práce je pomocí kazuistického popisu případů porozumět prožitkům žen, které mají zkušenost s technikou hypnoporod. Následně byly stanoveny čtyři dílčí cíle, a to porozumění motivace žen pro absolvování hypnoporodní přípravy, odhalení dopadu hypnoporodních technik na prožívání žen v období těhotenství a zanalyzování vnímaných souvislostí hypnoporodních technik na subjektivní prožitky a průběh porodu. Posledním dílčím cílem bylo zpětné zhodnocení hypnoporodní přípravy a reflexe osobního významu pro ženy samotné. Pomocí analýzy rozhovorů vyvstalo několik oblastí a zjištění, které v mnoha aspektech korespondují s předešlými výzkumy a odbornými poznatky, ale také zjištění nová, které jej v některých aspektech obohacují.

Motivace žen pro absolvování hypnoporodní přípravy je úzce spojena s jejich předešlou porodní zkušeností, kdy pro ně intervenční přístup lékařského personálu nebyl v mnoha aspektech vyhovující. Spokojenost s přístupem lékařského personálu je podle Catala et al. (2020) významným faktorem spokojenosti s porodem, což ve svém výzkumu potvrdili i Waldenström et al. (2004). Dle autorů spokojenost s lékařským personálem ovlivní celkové hodnocení porodního zážitku, přičemž tento aspekt mohl ovlivnit i naše respondentky. Svůj druhý porod si přály prožít přirozenou cestou, bez nutnosti nadbytečných zásahů a rodit svým vlastním přirozeným tempem. Na tuto důležitost klidu a nenarušování porodního procesu upozorňovali zastánci přirozených porodů, ale i novodobější autoři (Leboyer, 1995; Marek, 2002; Odent, 1995). Ženy si přály mít ze svého porodu celkově krásný prožitek. Tento motivační aspekt vnímáme jako zcela přirozený, jelikož je porod pro ženy dle Thomsona et al. (2012) velmi silnou emocionální záležitostí. Ženy si také přály pomocí hypnoporodní přípravy osvojit praktické nástroje, které jim pomohou připravit se na zvládnutí porodního procesu psychicky i fyzicky. Bylo pro ně neméně důležité vytvořit si vlastní přístup k těhotenství a porodu, který pro ně bude smysluplný. Připravenost na porodní děj a vytvoření vlastního smysluplného přístupu jsou totožnými motivačními aspekty, které pro zvolení hypnoporodní přípravy popsaly ženy ve studii Udalala et al. (2023). Význam

praktického přesahu předporodních kurzů potvrzuje i Nolan (2009), kdy je pro ženy velmi důležité získané informace prakticky uplatnit při porodu. Pro ženy bylo dále důležité mít u porodu osobu, ke které budou mít důvěru a podporu v jejich přáních a potřebách. Tento významný aspekt podpory blízké osoby u porodního procesu popisuje mnoho autorů (Gungor & Beji, 2007; Lábusová & Mrzlíková, 2004; Ratislavová, 2008; Dick-Read, 1949; Simkin, 2000). Některé ženy chtěly na porodní proces připravit svého partnera, který měl u prvního porodu pasivní roli, připadal si neužitečně a nevěděl, jak ženě pomoci. O významu účasti partnera na předporodním kurzu hovoří například Roztočil et al. (2008), přičemž je důležitá i jeho svobodná volba (Feyereisl & Křepelka, 2015; Macků, 2000). Někteří autoři upozorňují i na možné negativní vlivy přítomnosti muže u porodu (Odent, 1995; Simkin, 2000), o kterém výslovně hovořila jedna z respondentek.

V těhotenství ženy nejčasněji využívaly relaxační a vizualizační techniky, které jsou podle odborných poznatků účinnými způsoby neutralizace negativních účinků dopadu stresu, ale také záměrnou prací pro uvolňování svalů dělohy (Drotárová & Drotárová, 2003; Ketterhagen et al., 2002). Některé ženy měly na počátku problém se zrelaxovat a pociťovaly napětí, na což upozorňuje v souvislosti s meditačními technikami odborná literatura a výzkumy (Shapiro, 1992; Schlosser et al., 2019). Po čase všechny respondentky popisovaly větší psychické zklidnění, zmírnění obav a strachu, a více pozitivních myšlenek. Tento pozitivní efekt na psychické aspekty popisuje mnoho studií zabývajících se vlivem relaxací a meditací u těhotných žen (Fink et al., 2012; Furtado et al., 2019; Uman et al., 2013; Urech et al., 2010). Studie Büleze et al. (2019) a Atise a Rathfische (2018) zjistily, že ženy připravující se na porod metodou hypnoporod, vykazují nižší úroveň strachu a obav z nadcházejícího porodu. Všechny naše respondentky měly s prvním porodem již zkušenost, proto mohly být obavy i touto zkušeností menší, než kdyby rodily poprvé (Wilhelmové et al., n.d.). Ženy se snažily udržet se v tomto pozitivním nastavení, a proto se cíleně vyhýbaly negativním informacím a porodním příběhům ostatních žen, které by mohly jejich obavy posílit. Tyto příběhy mohou být častou příčinou strachu z porodní bolesti, a nevyžádané rady od nejbližšího okolí mohou vést těhotné ženy ke zklamání (Mehl-Madronna, 1994, citováno v Monganová, 2010; Ratislavová, 2008). Ženy také pociťovaly větší pocit sebedůvěry, důvěry ve vlastní tělo a možnost pozitivního ovlivnění porodního procesu vlastním úsilím, což koresponduje s poznatky studie Paramasivama et al. (2023). Z našeho pohledu lze předpokládat, že posílení víry žen ve zvládnutí celého procesu může posílit jejich pocit smyslu koherence, který se ukazuje být podle Sjöströma et al. (2004) významným faktorem ve zvládnutí stresových situací v těhotenství. Ženy díky hypnoporodním technikám

v těhotenství zažívaly pocit, že mají prostor pro sebe, na své potřeby a sebezpečí, což je jeden z důležitých aspektů v těhotenství (Dunkel-Shetter & Tanner, 2012; Gregora & Velemínský, 2017). Ženy hovořily v souvislosti s vizualizačními technikami o větším napojení se na své miminko. Podle odborné literatury se jedná o jednu z metod prenatální komunikace, která je významná pro budování vzájemného vztahu a budoucího vývoje dítěte (Teusen & Goze-Hänel, 2003). Ženy tak mohly pomocí hypnoporodních technik trávit čas samy se sebou, a budovat vzájemné pouto se svým nenarozeným dítětem.

Během porodního procesu ženy nejčastěji využívaly dechová cvičení, v menší míře pozitivní afirmace. Práce s dechem se ukázala být nejvýznamnější ve zpracovávání porodních kontrakcí a porodní bolesti. Tento mechanismus svalového uvolnění při práci s dechem popisují jak autoři přirozených porodů (Cherrington, 1907, citováno v Dick-Read, 1949), tak novější studie zabývající se dechovým cvičením na vnímání bolesti u porodu (Issac et al., 2023; Karkada, 2023; Yuksel et al., 2017). Dechová cvičení mají fyziologický vliv na uvolňování endogenních opiátů, čímž dochází ke snížení vnímání bolesti (Pert, 1997). Existují však studie, které pozitivní vliv dechových technik na vnímání bolesti u porodu neprokázaly (Boaviagem et al., 2017). Andriani et al. (2020) ve svém výzkumu potvrdili pozitivní vliv hypnoporodní přípravy na schopnost žen pracovat s porodní bolestí. Ženy v našem výzkumu pocit bolesti za přítomnosti hypnoporodních technik nazvaly spíše intenzivním pocitem, což je totožné s výsledky studie Paramasivama et al. (2023). Jedna z žen vnímala dokonce velmi příjemný bezbolestný pocit. Naproti tomu jiná z respondentek popisovala velkou bolest i přes hypnoporodní přípravu a předešlé zkušenosti s hypnoporodem. Právě na tento aspekt upozorňuje Shearer (1990), podle kterého výsledek porodního procesu může ovlivnit mnoho proměnných faktorů individuální fyziologie a psychologie. Většina respondentek popisovala během porodu větší psychický klid a napojení na své tělo, což mohlo posílit jejich pocit kontroly při porodu (Phillips-Moore, 2012). Ženy během porodu vnímaly napojení na své miminko, které popsaly i některé respondentky ve studii Paramasivama et al. (2023).

Ženy hovořily o významu hypnoporodní přípravy v několika oblastech. V souvislosti s hypnoporodním kurzem se ženy opět odkazovaly na jeho přínos z hlediska praktického využití všech technik, které vnímaly jako přínosné jak v těhotenství, tak u samotného porodu. Tyto oblasti jsou úzce propojeny s odpověďmi na druhou a třetí výzkumnou otázku. Nově zmíněnými oblastmi byly zmínky o významu komunity žen na hypnoporodním kurzu, kde společně sdílely své zkušenosti a pociťovaly jistou sounáležitost a důvěru. Tento aspekt může souviset s významem sociální opory, která se podle literatury i výzkumů ukazuje být

prospěšná na psychiku žen během těhotenství (Battulg et al., 2021; Ratislavová, 2008). Ženy popisovaly, že během porodu vnímaly pochopení ze strany partnera a jeho aktivní spolupráci, stejně jako to popsaly respondentky ve studii Uldala et al., (2023). Ženy dále vzpomínaly na příjemné prostředí a celkové nastavení porodních podmínek, díky kterým se cítily v bezpečí. Podle autorů přirozených porodů je porodní prostředí pro porodní prožitek velmi významné (Leboyer, 1995; Odent, 1995), což potvrzují i novodobější studie (Goldkuhl et al., 2023; Takács et al., 2015; Uvnas-Moberg et al., 2019). Ženy přikládaly velký význam hypnoporodním technikám a jejich využití v období šestinedělí, kdy bývají vlivem hormonálních změn citlivé na psychologické podněty (Korja et al., 2009). Hypnoporodní techniky pomohly při psychickém napětí a stresu respondentkám ke zklidnění. Toto zjištění je totožné s výsledky několika studií, které zjistily příznivý vliv relaxačních technik na psychiku žen v období šestinedělí (Ahmadi et al., 2019; Avalos et al., 2020; Basyouni & Gohar, 2017; Beevih & Hassan, 2019; Gökşin & Ayaz-Alkaya, 2018).

Respondentky hypnoporodní přípravu hodnotí velmi pozitivně a rády kurz hypnoporodu doporučují ženám ve svém okolí. Avšak některé respondentky se na počátku setkaly s nepochopením partnera či rodinných příslušníků. O dopadu těhotenství na sociální oblast žen potvrzuje i Gregora a Velemínský (2017), kdy okolí ženy může přicházet s různými radami, a tím ji v některých ohledech může zklamat. Ženy hodnotí svůj porod v mnoha aspektech jako jednodušší a hladší než ten předchozí. To potvrzuje i literatura, podle které techniky hypnoporodu umožňují ženám využít jejich přirozenou schopnost родit hladce a klidně (Bülez et al., 2019; Hummenick, 2004). Avšak významným faktorem v tom mohla hrát dle našich úvah i předchozí zkušenost s prvním porodem, kdy existují významné rozdíly v průběhu porodního procesu mezi prvoroďčkami a druhořodičkami (Cheng et al., 2007; Jones et al., 2012). Ženy velmi oceňovaly komplexní přístup a přesah hypnoporodní přípravy se zaměřením se na jejich psychiku. WHO vnímá jako velmi důležité poskytnout včasnou psychickou pomoc těhotným ženám a vyvinout speciální programy pro podporu jejich mentálního zdraví (Fink et al., 2012), což by hypnoporodní příprava mohla v mnoha aspektech dle dosavadních zjištění splňovat. Avšak vnímáme jako velmi důležité se v případě závažnějších problémů obrátit i na jiné odborníky. Tuto myšlenku zmínily i některé respondentky, kdy by se ženám na hypnoporodním kurzu měl aspekt jiných forem pomoci více zdůraznit. Respondentky hovořily o tom, že hypnoporodní příprava nemůže ženám zajistit vše a je potřeba si zajistit celý kontext porodu. A to včetně porodní asistentky a porodnice, která je hypnoporodním technikám otevřená, není zde autonomie žen při porodu příliš omezována a probíhá zde spolupráce s porodnickým týmem i partnerem (Enkin, 1998;

Leavitt, 2009; Ratislavová, 2008). Některé ženy zmínily neméně důležité hledisko hypnoporodní přípravy, a to vědomí si vlastní zodpovědnosti a přístupu k hypnoporodním technikám, čímž dle našeho pohledu vyjádřily realistická očekávání, stejně jako respondentky ve studii Uldala et al. (2023). Problém vnímáme v příliš vysokých očekáváních žen od hypnoporodní přípravy, kdy při nenaplnění jejich představ mohou pociťovat zklamání či pocity viny. Předporodní příprava ženám nemusí zaručit příznivý průběh porodu z důvodu několika proměnných (Shearer, 1990). Tyto totožné negativní aspekty hypnoporodní přípravy zmiňují ve svých studiích Hollander et al. (2017) a Finlayson et al. (2015), přičemž jedna z našich respondentek pocity zklamání při zpětném reflektování skutečně pociťovala. Na závěr respondentky sdílely myšlenku ohledně zavádějícího názvu „hypnoporod“. I přes to, že je význam názvu v literatuře vysvětlen, může název podle názoru žen ve společnosti evokovat nevědecký přístup až ezoteriku.

11.1.1 Diskuze metodologických limitů výzkumu

Nejvhodnějším přístupem se vzhledem k cílům práce ukázal být přístup kvalitativní, který umožňuje získat velmi bohatá data. Avšak při samotném sběru dat jsme zaznamenali vliv jednotlivých pořadí rozhovorů, kdy byla výzkumníkem při prvním rozhovoru znát nejistota a menší vhlad do problematiky, který se s dalšími rozhovory více upevnil. To mohlo způsobit rozdíl ve vedení rozhovoru, povrchnějšímu prozkoumání problematiky tématu a výslednými výstupy z hlediska obsahové kvality. Také samotná metoda analýzy dat mohla zapříčinit vlastní interpretaci a konstrukci výsledků vzhledem k rozvolněným pravidlům samotné analýzy.

Dalším limitem výzkumu mohl být samotný výzkumný soubor. I přes kvalitativní design a hloubku jednotlivých rozhovorů je výzkumný soubor pro pevné zakotvení výsledků značně malý. Na začátku jsme si stanovili dvě kritéria pro zařazení respondentek do výzkumu, která mohla být v některých ohledech nedostačující. Prvním aspektem bylo nedostatečné prozkoumání praktikování hypnoporodních technik, kdy je některé respondentky v těhotenství procvičovaly pravidelně a některé nikoliv, což mohlo narušit homogenitu výzkumného souboru a výsledky výzkumu. Dalším narušením homogenity souboru byly zkušenosti s předchozími porody, kdy dvě z pěti respondentek měly za sebou více než dva porody. To mohlo významně ovlivnit porodní zážitek vlivem nabývání přirozených zkušeností. Jedna z respondentek byla v minulosti lektorkou hypnoporodu a prožila dva hypnoporody v domácím prostředí, což s sebou nese určitá specifika. Odpovědi mohl dále zkreslovat obecný postoj respondentek k porodnictví a medicínskému přístupu

obecně. Dobrovolná účast žen mohla způsobit také zkreslení v objektivizaci výsledků, a respondentky tak mohly poskytovat odpovědi, které jsou vzhledem k tématu hypnoporodní přípravy žádoucí.

Naše výsledky porovnáváme se zahraničními výzkumy, které se zabývají hypnoporodní přípravou. Ovšem nesmíme opomenout kulturní kontext a celkové nastavení porodnického systému v dané zemi, které se může v mnohém lišit od našeho českého prostředí a ovlivnit tak celý porodní proces a prožitek. V našich silách nebylo v této diplomové práci zmapovat faktory a ostatní skryté aspekty, které do porodního procesu vstupují. Jsme si vědomi toho, že výsledky našeho výzkumu a jejich interpretace je potřeba vnímat v celém kontextu, nadhledu a z pozice individuálních a jedinečných zkušeností, které lze jen málo zobecnit a objektivizovat.

11.1.2 Přínosy výzkumu a náměty dalšího směřování

Téma hypnoporodní přípravy začíná být oblíbeným výzkumným záměrem v posledních deseti letech, kdy se na toto téma začalo objevovat mnoho novějších studií. I přes to převažuje počet výzkumů s kvantitativním designem, které mapují převážně oblast vlivu hypnoporodní přípravy na strach z porodu a průběh porodního procesu. Velmi málo studií kvalitativně zkoumá aspekty zahrnující psychiku žen, které se pro hypnoporodní přípravu rozhodnou, a právě v tom spatřujeme v našem výzkumu obohacení těmito novými poznatky. I přes to, že poznatky nelze objektivizovat, lze je chápat jako kompas k tématům, která v souvislosti s hypnoporodní přípravou mohou vyvstat. Pevnou skutečnost spatřujeme v tom, že má hypnoporodní příprava dopad na porodní zkušenost a prožitek žen v mnoha oblastech. Hodnotíme jako velmi přínosné její celostní zaměření, včetně psychických aspektů žen a jejich podporu v tomto zranitelném a křehkém období, jakými jsou těhotenství a porod. Podle nás by ženy měly o těchto alternativách vědět a mít tak možnost využít dostupné nástroje, které se ukazují být jako velmi užitečné.

Vzhledem k modelu hypnoporodní přípravy, který je blízký modelu přirozených porodů, vnímáme jako užitečné další výzkumné záměry směřovat k odborníkům, kteří stojí na pomezí mezi medicínským a přirozeným přístupem k porodu. Jejich poznatky by mohly obohatit téma hypnoporodní přípravy z hlediska odborného zhodnocení jejich přínosů i negativ. Odborníci pohybující se v této sféře mají k ženám dlouhodobý přístup a praktické zkušenosti, proto by bylo zajímavé zmapovat, jaké typy žen vyhledávají hypnoporodní přípravu a jaká témata od nich nejčastěji zaznívají. Další zajímavou otázkou by bylo prozkoumání, jak doktoři či porodní asistentky v porodnici na tyto ženy reagují, jak s nimi

spolupracují a umožňují jim aplikovat hypnoporodní techniky. Do hypnoporodní přípravy jsou často zasvěceni i partneři žen, proto by výzkumný záměr bylo podle nás užitečné směřovat také k nim z hlediska jejich zkušenosti. V budoucnu bychom rádi na téma hypnoporodní přípravy navázali a zahrnuli do výzkumu jak výše zmíněné odborníky, tak partnery žen. Zapojením více osob do výzkumu bychom mohli dospět k triangulaci výzkumných závěrů, a tedy i celkově k větší objektivitě. Zároveň by touto cestou bylo možné objevit nová témata, která jsou s hypnoporodní přípravou spojena, a přispět tak do oblasti hypnoporodu dalšími zajímavými poznatky.

12 Závěr

Tato kapitola nastíní přehled stěžejných výsledků výzkumu. Na základě analýzy a její interpretace lze vyvodit následující závěry:

- V motivaci žen k absolvování hypnoporodní přípravy hraje významnou roli jejich předchozí porodní zkušenost, a to především přístup lékařského personálu a průběh samotného porodního procesu.
- Ženy touží po přirozeném porodu bez lékařských zásahů, aby porod proběhl v přirozeném tempu, s dostatkem času bez nátlaku a v bezpečných podmínkách.
- Pro ženy je velmi důležitá příprava na porod nejen z fyzické stránky (práce s porodními kontrakcemi, předcházení porodním komplikacím, porod bez stagnace), ale také z psychické stránky (vnitřně zvládnout porodní proces, předcházet depresivním stavům po porodu, pracovat s obavami, integrovat porodní zážitky).
- Ženy si přejí mít u porodu osobu, na kterou se budou moci obrátit, ale zároveň chtějí mít praktické nástroje, kterými budou samy schopné si u porodu pomoci k větší úlevě.
- Pro ženy je velmi důležité vytvořit si vlastní přístup, který jim bude dávat smysl a mít pocit, že dělají to nejlepší, což jim může pomoci lépe zvládat náročné situace.
- Hypnoporodní techniky byly pro ženy v těhotenství významné především z psychické stránky (psychické zklidnění, zmírnění obav, pozitivní smýšlení, napojení na miminko, pouštění kontroly, učení se novým dovednostem, posilování pocitu vlastního úsilí, sebezpečí a vnímání vlastních potřeb).
- Průběh porodu je velmi individuální, kdy i přes hypnoporodní přípravu zde vstupuje mnoho fyziologických a psychologických faktorů, které ženy nemohou ovlivnit.
- Předchozí porodní zkušenosti nemusí ženám zajistit hladší porod. Současně pokud ženy hodnotí svůj druhý hypnoporod jako jednodušší a hladší, může zde vstupovat vliv předchozího porodu a přirozené nabývání zkušeností.
- U porodu se ukazují být dechové techniky významné při práci s porodními kontrakcemi a porodní bolestí.
- Ženy při hypnoporodu reflektovaly schopnost lépe vnímat své tělo (jemné otvírání, vnímání svých potřeb, změny poloh, vytvoření bezpečného prostoru).
- Hypnoporodní kurz ženám poskytuje praktické nástroje, které jsou v těhotenství i u porodu využitelné a z pohledu žen užitečné. Kurz jim může přinést důvěrnou komunitu žen, přístup k informacím a obohacení partnera.

- Ženy rády doporučují hypnoporodní přípravu ženám okolo sebe, ale nechtějí svůj názor a zážitek nikomu vnucovat.
- Ženy mohou čelit nepochopení od nejbližšího okolí, především od partnera nebo rodiny.
- Hypnoporodní příprava se ukazuje být prospěšná nejen v těhotenství a při porodu, ale také v období šestinedělí.
- Je velmi důležité nespolehat pouze na hypnoporodní kurz, ale zajistit si celý kontext porodu s vyhovujícími podmínkami, a to výběrem vyhovující porodnice, porodní asistentky, či oslovením dalších odborníků (psycholog, fyzioterapeut).
- Ženy by si měly dát pozor na velká očekávání od hypnoporodní přípravy, která mohou vést k pocitům zklamání při jejich nenaplnění.
- Samotný název „hypnoporod“ může ve společnosti evokovat nevědecký až ezoterický přístup.

Souhrn

Tato diplomová práce se zabývá celostní předporodní přípravou hypnoporod, která se z literatury a výzkumů ukazuje být velmi prospěšná na prožitek žen v mnoha oblastech. Výzkumy jsou především kvantitativního designu se zaměřením na průběh porodního procesu. Velmi málo studií se prozatím zabývalo prožitky žen a jejich psychickými aspekty v souvislosti s hypnoporodní přípravou. Cílem práce je pomocí kazuistického popisu případů porozumět prožitkům žen, které mají zkušenost s technikou hypnoporod. Zajímáme se o to, proč se rozhodly hypnoporodní přípravu absolvovat a jaký dopad měly hypnoporodní techniky na jejich psychiku během těhotenství. Dále mapujeme souvislosti mezi těmito technikami a průběhem porodu, a v neposlední řadě se ptáme na osobní význam hypnoporodu a na jeho celkové zhodnocení. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části diplomové jsou shrnuty poznatky z oblasti psychologie těhotenství a porodu, alternativních způsobů porodu a hypnoporodu s teoretickým propojením s některými oblastmi psychologie. Těmi jsou relaxace, imaginace, dechová cvičení či autohypnóza, které jsou hojně využívány v mnoha oblastech duševního zdraví. V každé kapitole se snažíme teorii podložit i zahraničními zdroji či studiemi. Nejrozsáhlejší kapitola se komplexně věnuje samotné metodě hypnoporod se zakotvením v odborných tématech z oblasti psychologie. V poslední kapitole budou zmíněny zahraniční studie a výzkumy, které se metodou hypnoporod doposud zabývaly, a to včetně přínosů, ale i možných negativ. Teoretická základna nabízí rámec k porozumění, jak zklidňující a relaxační techniky mohou zásadně ovlivnit psychiku žen v přípravném období na porod, včetně porodu samotného. Empirická část představuje realizaci kvalitativního výzkumu s dodržením metodologického postupu.

Pro ženy je předporodní příprava velmi důležitá. Často vyhledávají kurzy, kde mohou mezi sebou a s odborníkem komunikovat a uplatnit získané informace u porodu (Nolan, 2009). Podle WHO (2005) by se měly v mateřství zohledňovat individuální potřeby žen a nabízet jim více možností volby. Pokud je žena nespokojena s přístupem lékařského personálu, ovlivní to její následné hodnocení porodního zážitku (Catal et al., 2020; Waldenström et al., 2004). Alternativní metody porodu následují principy přirozeného porodu. Pečlivě sledují a řídí porodní proces, omezují využívání invazivních metod, podporují přirozený porodní proces, a umožňují ženě se aktivně podílet a činit volby podle vlastních potřeb (Eberhard & Geissbühler, 2000). Hypnoporodní příprava zahrnuje jak techniku či metodu porodu, tak filozofii zastávající princip, že porod je pro ženy normální,

přirozenou a zdravou funkcí (Monganová, 2010). Hypnoporodní příprava se z mnoha studií ukazuje být velmi vlivná na prožitek žen v mnoha oblastech. Ženy ve výzkumech vykazovaly nižší úroveň strachu z nadcházejícího porodu (Bülez et al., 2019), lepší zvládání porodní bolesti a její menší intenzitu (Andriani et al., 2020), či větší aktivní přístup a pocit smysluplnosti z porodu (Uldal et al., 2023). Některé studie naproti tomu zjistily negativní důsledky hypnoporodní přípravy, kterými byly vysoká pozitivní očekávání, z čehož plynuly pocity zklamání a viny (Hollander et al., 2017). Na tento aspekt upozorňuje také Shearer (1990), kdy je velmi důležité povědomí o tom, že i předporodní příprava ženám nemusí zaručit příznivý průběh porodu, jelikož zde vstupuje několik proměnných z hlediska jejich individuální fyziologie a psychologie. Podle řad výzkumů psychologické aspekty těhotenství a porodu ovlivňuje předchozí zkušenost s prvním porodem, kdy existují významné rozdíly mezi prvorodičkami a druhorodičkami (Cheng et al., 2007; Jones et al., 2012).

Práce s klade za cíl kazuisticky popsat jednotlivé příběhy a porozumět individuální zkušenosti, proto byl zvolen kvalitativní přístup vícepřípadové studie. Respondentky byly zvoleny pomocí nepravděpodobnostní metody výběru, a to pomocí prostého záměrného výběru a samovýběru. Pro zařazení do výzkumu byla zvolena dvě kritéria. Prvním kritériem bylo absolvování předporodní přípravy od stejné organizace Jemné zrození. Druhé kritérium byla podmínka, aby každá žena měla před hypnoporodem předešlou zkušenost s minimálně jedním porodem bez hypnoporodní přípravy. Na základě těchto podmínek bylo nakonec do výzkumu zařazeno pět respondentek.

Hlavní metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, jehož otázky byly sestaveny na základě literatury a poznatků v teoretické části. Vzhledem k subjektivním prožitkům byla jako metoda analýzy dat zvolena interpretativní fenomenologická analýza. Před prezentací výsledků výzkumu jsme v krátkosti představili jednotlivé respondentky a jejich porodní příběhy. Pomocí analýzy dat byla odhalena jednotlivá témata, kdy jsme vytvořili detailní analýzu jednotlivých případů. Následně byla vytvořena společná analýza tematických oblastí, která je shrnuta do komplexních výsledků a z nichž vyplývají odpovědi na hlavní výzkumné otázky. Během celého výzkumu byl kladen důraz na etickou stránku a principy.

Z analýzy vyplynulo, že motivaci žen pro absolvování hypnoporodní přípravy ovlivnila jejich první porodní zkušenost, při které se setkaly s nadbytečnými lékařskými zásahy, nedostatkem pomoci, času a prostoru prožít porod v jeho přirozeném tempu. V této souvislosti vyvstalo několik přání, čeho by pomocí hypnoporodní přípravy chtěly docílit. Ženy si přály svůj porod prožít v jeho přirozeném tempu, s pocitem bezpečí, předejít

zdravotním komplikacím a v porodnici strávit co nejméně času. Ženy si pomocí hypnoporodní přípravy chtěly osvojit nástroje, kterými si budou moci samy pomoci při porodním procesu z psychického i fyzického hlediska (zpracovávat porodní kontrakce, psychicky zvládnout porodní proces, pracovat s porodní bolestí). Ženy si dále přály mít u porodu osobu, na kterou se budou moci spolehnout a budou k ní mít důvěru. Nejvíce zmiňovaly porodní asistentku nebo partnera, kterého chtěly pomocí kurzu na porod připravit a získat o něj u porodu více praktické pomoci. Respondentky se také chtěly obohatit novými informacemi a vytvořit si vlastní přístup k těhotenství a porodu, který pro ně bude smysluplný. V neposlední řadě chtěly mít pocit, že pro sebe a své miminko dělají to nejlepší co je v jejich silách, a mít z porodu celkově krásný prožitek. Jedna respondentka doufala, že pro ni bude hypnoporod léčivým prožitkem po dřívější ztrátě miminka.

V období těhotenství ženy hypnoporodní techniky ovlivnily převážně z psychické stránky. Některé respondentky na začátku praktikování relaxací pociťovaly nervozitu a úzkost, po čase ale všechny vnímaly změny ve větším psychickém zklidnění a zmírnění obav z porodu. Vedené relaxace a imaginace je vedly do většího pozitivního naladění, a běžné stresové situace lépe zvládaly. Cíleně se snažily vyhýbat se negativním informacím, které by mohly podpořit jejich obavy a začaly více důvěřovat samy sobě i svému tělu, že vše zvládnou a porod dobře dopadne. Ženy pomocí hypnoporodních technik pociťovaly větší sebedůvěru a nacítění se na své potřeby, kdy si záměrně dělaly čas pro jejich poslech. Některé ženy vnímaly, že se pomocí relaxací učí novým dovednostem a posilování schopnosti vizualizace, pouštění pocitu kontroly a posílení pocitu vlastního úsilí. Některé respondentky vnímaly svoje schopnosti v práci se svým tělem a jeho přípravou na porodní proces. Ženy v souvislosti s hypnoporodními technikami také hovořily o větším napojení na miminko.

Analýza ukázala, že je porod velmi individuální zkušeností a do jeho průběhu může vstoupit mnoho faktorů. Čtyři respondentky prožily své hypnoporodu v prostředí nemocnice a jedna se rozhodla pro domácí porod, přičemž dvě ženy prožily více než jeden porod s hypnoporodní přípravou. Ženy během porodního procesu nejvíce využívaly dechová cvičení, méně pozitivní afirmace. Techniky se ukázaly být nevýznamnější při práci s porodními kontrakcemi a uvolněním těla. Ženy spíše než bolest, popisovaly silný intenzivní pocit. U respondentek, které měly zkušenost s dvěma hypnoporodami, jedna popisovala dokonce velmi příjemné pocity. Pro druhou byl druhý hypnoporod naopak velmi bolestivý. Ženy se po dobu porodu snažily udržet v psychickém klidu a pozitivním nastavení, kdy se to některým ženám dařilo a pro některé to bylo náročné. Všechny ženy však reflektovaly schopnost lépe vnímat své tělo (jemné otvírání, vnímání svých potřeb, změny

poloh, vytvoření bezpečného prostoru). Některé z nich zmínily během porodního procesu napojení na své miminko, se kterým se v průběhu snažily komunikovat, přičemž pro jednu bylo dotknutí se jeho hlavičky jeden z nejkrásnějších momentů.

Ženy spatřují osobní význam hypnoporodní přípravy v několika aspektech. Z hlediska hypnoporodního kurzu vnímaly jeho největší přínos v jeho praktičnosti a informacích, kdy pro ně techniky byly u porodu využitelné a užitečné. Pro některé respondentky byla velmi významná komunita žen, se kterými sdílely své myšlenky a pocity sounáležitosti. Velký přínos spatřovaly v obohacení jejich partnera, který jim u porodu poskytl více pomoci a podpory. Samotné hypnoporodní techniky pro ně byly přínosné z hlediska psychiky v těhotenství, kdy se díky nim dokázaly psychicky zklidnit, zmírnit obavy a pozitivně o těhotenství a porodu smýšlet. Pro některé respondentky bylo velkým přínosem celkové zpomalení v těhotenství, kdy si udělaly čas pro sebe a své miminko.

Ženy hodnotí hypnoporodní přípravu velmi pozitivně a rády ji doporučují ženám okolo sebe, avšak některé z nich se setkaly na počátku s nepochopením partnera či rodiny. Ženy reflektují, že pro ně byl porod s hypnoporodní přípravou v mnoha aspektech subjektivně hladší a jednodušší než porod přechodí. Respondentky spatřují velký význam v jeho komplexnosti a v zaměření se na psychické aspekty, které jsou s těhotenstvím a porodem úzce spojeny. Respondentky vnímají, že by ženy měly vědět o možnostech, které jsou těhotným ženám dostupné, ale zároveň si uvědomují důležitost i vlastní zodpovědnosti a přístupu k celé přípravě. Ženy apelují, že je potřeba zajistit si celkový kontext porodu (vyhovující porodnice a porodní asistentka), či se v případě potřeby obrátit i na jiné odborníky a nespolehat pouze na hypnoporodní kurz. Při zamýšlení se nad možnými negativy některé respondentky upozorňují na možné pocity zklamání, když porod nedopadne podle očekávání a představ rodičky, přičemž jedna z respondentek pocity lítosti skutečně vyjádřila. Ženy se shodují na tom, že samotný název „hypnoporod“ je velmi zavádějící, a může ve společnosti evokovat nevědecký přístup až ezoteriku.

Seznam literatury

Abbasi, M., Ghazi, F., Barlow-Harrison, A., Sheikvatan, M., & Mohammadyari, F. (2009). The Effect of Hypnosis on Pain Relief During Labor and Childbirth in Iranian Pregnant Women. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 174–183. <https://doi.org/10.1080/00207140802665435>

Ahmadi, M., Rahimi, F., Rosta, F., AlaviMajd, H., & Valiani, M. (2019). Effect of progressive muscle relaxation training on postpartum blues in high-risk pregnant women. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 192-199. <https://doi.org/10.32598/JHNM.29.4.192>

Akbarzadeh, M., Toosi, M., Zare, N., & Sharif, F. (2012). Effect of relaxation training to pregnant mothers on quality of life and postpartum blues. *Knowledge & Health*, 7(2), 83-8.

Akmeşe, Z. B., & Oran, N. T. (2014). Effects of progressive muscle relaxation exercises accompanied by music on low back pain and quality of life during pregnancy. *Journal of midwifery & women's health*, 59(5), 503-509. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12176>

Anderson, T. (2010). Feeling Safe Enough to Let Go: The Relationship Between a Woman and her Midwife During the Second Stage of Labour. In *The Midwife-Mother relationship*. (pp. 116-143). https://doi.org/10.1007/978-1-137-04133-3_7

Andriani, Y., Primal, D., & Delima, M. (2020). Hypnobirthing Pain Management for Maternal Pain Adaptation along Labor Process. *JOSING: Journal of Nursing and Health*, 1(1), 18-25. <https://doi.org/10.31539/josing.v1i1.1165>

Andrissi, L., Petraglia, F., Giuliani, A., Severi, F. M., Angioni, S., Valensise, H., ... Tambone, V. (2015). *The Influence of Doctor-Patient and Midwife-Patient Relationship in Quality Care Perception of Italian Pregnant Women: An Exploratory Study*. *PLOS ONE*, 10(4), e0124353. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124353>

Antonovsky, A. (1987). Sense of coherence scale. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* [Dataset]. In *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t12396-000>

American College of Obstetricians and Gynecologists, & Committee on Obstetric Practice: ACOG. (2020). Delayed umbilical cord clamping after birth: Committee Opinion, Number 814. *Obstetrics and gynecology*, *136*(6), e100-e106. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004167>

Amis, D. (2015). A childbirth educator's commentary on hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. *The Journal of Perinatal Education*, *24*(3), 154-159. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.154>

Atis, F. Y., & Rathfisch, G. (2018). The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear. *Complementary therapies in clinical practice*, *33*, 77-84. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.08.004>

Avalos, L. A., Aghaee, S., Kurtovich, E., Quesenberry Jr, C., Nkemere, L., McGinnis, M. K., & Kubo, A. (2020). A mobile health mindfulness intervention for women with moderate to moderately severe postpartum depressive symptoms: feasibility study. *JMIR mental health*, *7*(11). <https://doi.org/10.2196/17405>

Basyouni, N. R., & Gohar, I. E. (2017). Effect of Breathing Exercise on after pains among Postpartum Women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, *6*(02), 88-96. <https://doi.org/10.9790/1959-0602068896>

Bašková, M. (2015). *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Grada Publishing.

Battulga, B., Benjamin, M. R., Chen, H., & Bat-Enkh, E. (2021). The impact of social support and pregnancy on subjective well-being: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *12*, 710858. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.710858>

Beevi, Z., Low, W. Y., & Hassan, J. (2019). *The Effectiveness of Hypnosis Intervention in Alleviating Postpartum Psychological Symptoms*. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *61*(4), 409–425. <https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1538870>

Benedek, T. (1956). Psychological aspects of mothering. *American Journal of Orthopsychiatry*, *26*(2), <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1956.tb06176.x>

- Benfield, R. D., Herman, J., Katz, V. L., Wilson, S. P., & Davis, J. M. (2001). Hydrotherapy in labor. *Research in Nursing & Health*, 24(1), 57-67. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200102\)24:1<57::AID-NUR1007>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200102)24:1<57::AID-NUR1007>3.0.CO;2-J)
- Benson, H., Greenwood, M. M., & Klemchuk, H. (1975). The relaxation response: psychophysiological aspects and clinical applications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 6(1-2), 87-98. <https://doi.org/10.2190/376W-E4MT-QM6Q-H0UM>
- Beránková, Š. (2014). *Prenatální psychologie a komunikace*. [Bakalářská práce, Západočeská univerzita v Plzni]. Digitální knihovna Západočeské univerzity v Plzni. <https://otik.uk.zcu.cz/handle/11025/14732>
- Bernaciková, M., Cacek, J., Dovrtělová, L., Hrnčířiková, I., Hlinský, T., Kapounková, K., Kopřivová, J., Kumstát, M., Králová Moc, D., Novotný, J., Pospíšil, P., Řezaninová, J., Šafář, M. & Struhár, I. (2017). *Regenerace a výživa ve sportu*. Masarykova univerzita.
- Binder, T., et al. (2011). *Porodnictví*. Učební text pro 2. lékařskou fakultu UK. Karolinum.
- Boaviagem, A., Junior, E. M., Lubambo, L., Sousa, P., Aragão, C., Albuquerque, S., & Lemos, A. (2017). The effectiveness of breathing patterns to control maternal anxiety during the first period of labor: A randomized controlled clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 26, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.11.004>
- Bülez, A., Turfan, E. Ç., & Soğukpınar, N. (2019). Evaluation of the effect of hypnobirthing education during antenatal period on fear of childbirth. *The European Research Journal*, 5(2), 350-354. <https://doi.org/10.18621/eurj.371102>
- Catala, P., Peñacoba, C., Carmona, J., & Marin, D. (2020). Do maternal personality variables influence childbirth satisfaction? A longitudinal study in low-risk pregnancies. *Women & health*, 60(2), 197-211. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1613473>
- Clark, K. (2016). *Hypnobirthing Home Study Course Manual: Step by Step Guide to an Easy, natural and pain free birth*. Hypnobirthg hub.
- Conkling, W. (2007). *Hypnosis for a Joyful Pregnancy and Pain-Free Labor and Delivery*. St. Martin's Griffin.

- Corey Brown, D., & Corydon Hammond, D. (2007). Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 355-371. <https://doi.org/10.1080/00207140701338654>
- Cosmi, E. V. (1995). Hypnosis and birth. *The International journal of prenatal and perinatal psychology and medicine*, 7(4), 461-464. https://www.mattes.de/buecher/praenatale_psychologie/PP_PDF/PP_07_4_Cosmi.pdf
- Cyna, A. M., McAuliffe, G. L., & Andrew, M. I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93(4), 505–511. <https://doi.org/10.1093/bja/ae225>
- De Weerth, C., & Buitelaar, J. K. (2005). *Physiological stress reactivity in human pregnancy—a review. Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(2), 295–312. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.10.005>
- Denicker, C. (n.d.). LinkedIn. <https://www.linkedin.com/in/caroldenicker>
- Deniz, C., & Ayaz, S. (2013). Factors causing stress in women with babies 0–3 months old and their coping styles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7), 587-593. <https://doi.org/10.1111/jpm.12119>
- Dick-Read, G. (1949). *The Discomforts of Childbirth. BMJ*, 1(4606), 651–654. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4606.651>
- Dick-Read, G. (2004). *Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth*. Pinter & Martin Publishers.
- Doughty, D. G. (2013). *Having a baby the natural way: primitive bodies, modern women and childbirth in mid-century America*. <http://hdl.handle.net/2152/38110>
- Drotárová, E. & Drotárová, L. (2003). *Relaxační metody – malá encyklopedie*. EPOCHA.
- Dunkel-Shetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 141–148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>

Dye, J. H. (1889). *Painless Childbirth: Or Healthy Mothers, and Healthy Children. A Book for All Women*. Baker, Jones & Company.

Eberhard, J., & Geissbühler, V. (2000). Influence of alternative birth methods on traditional birth management. *Fetal diagnosis and therapy*, 15(5), 283-290. <https://doi.org/10.1159/000021023>

EFerrit. (n.d.). *Co jsou vzdělávací jednotky nebo CEU?* <https://cs.eferrit.com/co-jsou-vzdelavaci-jednotky-nebo-ceu/>

Ekajayanti, N. (2016). Pemberian Endorphin Massage Mempengaruhi Kesiapan Psikologi Ibu Hamil Tm III Dalam Menghadapi Persalinan Di Bpm Nwb Kintamani. *Jurnal Dunia Kesehatan*, 5(2), 77096. <https://media.neliti.com/media/publications/77096-ID-pemberian-endorphin-massage-mempengaruhi.pdf>

Enkin, M., et al. (1998). *Efektivní péče v perinatologii*. Grada Publishing.

Erickson, M. H. (1961). *Historical Note on the Hand Levitation and other Ideomotor Techniques*. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 3(3), 196–199. <https://doi.org/10.1080/00029157.1961.10701715>

Eurenius, K., Axelsson, O., Gällstedt-Fransson, I., & Sjöden, P. O. (1997). Perception of information, expectations and experiences among women and their partners attending a second-trimester routine ultrasound scan. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 9(2), 86-90. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1997.09020086.x>

Evans, N. (1997). *Těhotenství od A do Z*. Pragma.

Fedor-Freybergh, P. G. (2013). *Prenátálne diéta: Psychosomatické charakteristiky prenatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa*. Vydavateľstvo F.

Ferjenčík, J. (2015). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Portál.

Feyereisl, J., & Křepelka, P. (2015). *Naše dítě: než se narodí... až se narodí*. Ottovo nakladatelství.

- Finlayson, K., Downe, S., Hinder, S., Carr, H., Spiby, H., & Whorwell, P. (2015). Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0659-0>
- Fink, N. S., Urech, C., Cavelti, M., & Alder, J. (2012). *Relaxation During Pregnancy*. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 296–306. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31823f565b>
- Florida Department of Education. (n.d.). *Gold Seal Quality Care Program*. <https://www.fldoe.org/schools/early-learning/providers/gold-seal.shtml>
- Furtado, A. R., Gonçalves Machado, P. M., & Carneiro, M. (2019). Guided Imagery Technique on managing maternal anxiety during pregnancy: integrative review. *Enfermería Global*, 18(1), <https://doi.org/608-645>. 10.6018/eglobal.18.1.313361
- Gaskinová, I. M. (2010). *Zázrak porodu*. One Woman Press.
- Gavin-Jones, T., & Handford, S. (2016). *Hypnobirth: Evidence, practice and support for birth professionals*. Routledge.
- Gediya, K. K., Gokhale, A. V., Agarwal, S., Hindocha, J., & Thakkar, N. (2022). Alternative birthing position and its outcome in labour. *Indian Obstetrics & Gynaecology*, 12(2). <https://iog.org.in/index.php/iog/article/view/762/838>
- Goer, H., & Královec, J. (2002). *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. One woman press.
- Goldkuhl, L., Gyllensten, H., Begley, C., Nilsson, C., Wijk, H., Lindahl, G., ... & Berg, M. (2023). Impact of Birthing Room Design on Maternal Childbirth Experience: Results From the Room4Birth Randomized Trial. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 16(1), 200-218. <https://doi.org/10.1177/19375867221124232>
- Gökşin, İ., & Ayaz-Alkaya, S. (2018). *The Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation on the Postpartum Quality of Life: A Randomized Controlled Trial*. *Asian Nursing Research*, 12(2), 86–90. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.03.003>

- GökŞin, İ., & Ayaz-Alkaya, S. (2020). *The Effect of Progressive Muscle Relaxation on the Postpartum Depression Risk and General Comfort Levels in Primiparas*. *Stress and Health*. <https://doi.org/doi:10.1002/smi.2921>
- Gregora, M., & Velemínský, M. (2017). *Těhotenství a mateřství*. Grada Publishing.
- Gungor, I., & Beji, N. K. (2007). Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *Western journal of nursing research*, 29(2), 213-231. <https://doi.org/10.1177/0193945906292>
- Hanáková, T. (2010). *Velká kniha o matce a dítěti*. Computer Press.
- Hammond, D. C. (Ed.). (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. WW Norton & Company.
- Hašková, H. (2001). *Náborové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Sociologický ústav AV ČR.
- Hájek, Z., Čech, E., & Maršál, K. (2014). *Porodnictví: 3, zcela přepracované a doplněné vydání*. Grada Publishing.
- Hegarty, K., Brown, S., Gunn, J., Forster, D., Nagle, C., Grant, B., & Lumley, J. (2007). *Womens Views and Outcomes of an Educational Intervention Designed to Enhance Psychosocial Support for Women During Pregnancy*. *Birth*, 34(2), 155–163. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00163.x>
- Heinkelová, B., M. & Kornetzká, J. G. (2015). *Hypnoporod: Jak přivést dítě na svět s důvěrou a nadšením*. Esence.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Portál.
- Henrique, A. J. et al. (2018). Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. *International Journal Of Nursing Practice*. 24(3), 393-96. <https://doi.org/doi:10.1111/ijn.12642>
- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., Van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's

perceptions and views. *Archives of women's mental health*, 20, 515-523. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>

Honzák, R. (1999). *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatické ordinaci*. Galén.

Hoskovec, J., & Hoskovcová, S. (1998). *Psychologie hypnózy a sugesce*. Portál.

Hotelling, B. A. (2013). The nocebo effect in childbirth classes. *The Journal of perinatal education*, 22(2), 120-124. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.120>

Höfer, S., & Szász, N. (2021). *Jsem v tom!: rady pro nastávající maminky: těhotenství, porod a první dny s miminkem*. Vašut.

Hudáková, Z. & Kopáčiková, M. (2017). *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Grada Publishing.

HypnoBirthing International. (n.d.). *Creating Positive Birth Experiences: Through education, compassion & care*. <https://hypnobirthing.com/>

Hypnobus®. (n.d.). *What is the difference between Hypnobubs® and other hypnobirthing programs (such as the Mongan Method)?* <https://www.hypnobubs.com/blog/what-is-the-difference-between-hypnobubs-and-other-hypnobirthing-programs-such-as-the-mongan-method>

Chamberlain, D. B. (2014). *Pohled do mateřského lůna: vědomé dítě od početí ke zrození*. Kořeny.

Cheek, D. B. (1959). Unconscious perception of meaningful sounds during surgical anesthesia as revealed under hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1(3), 101-113. <https://doi.org/10.1080/00029157.1959.10401774>

Cheng, Y. W., Hopkins, L. M., Laros, R. K., & Caughey, A. B. (2007). *Duration of the second stage of labor in multiparous women: maternal and neonatal outcomes*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196(6), 585.e1–585.e6. <https://doi.org/doi:10.1016/j.ajog.2007.03.021>

Isbir, G. G., & Okumus, H. (2011). A safe approach to pain at childbirth: hypnobirthing/Dogum agrisi ile bas etmede guvenli yaklasim: hipnozla dogum. *Journal of*

Education and Research in Nursing, 8(2), 7-11.

<https://link.gale.com/apps/doc/A419928963/AONE?u=googlescholar&sid=bookmark-AONE&xid=d1032275>

Issac, A., Nayak, S. G., Priyadarshini, T., Balakrishnan, D., Halemani, K., Mishra, P., ... & Stephen, S. (2023). Effectiveness of breathing exercise on the duration of labour: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 13. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04023>

Jemné zrození. (n.d.). *Prožít těhotenství v lásce a klidu*. <https://jemnezrozeni.cz/>

Jones, E. (1942). Psychology and childbirth. *The Lancet*, 239(6197), 695–696. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)70239-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)70239-x)

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfircvic, Z., Gates, S., Newburn, M., ... & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane database of systematic reviews*, (3) <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>.

Karkada, S. (2023). Impact of Lamaze Breathing on Natural Childbirth: Comparison between Primigravid and Multigravid Women. <https://doi.org/10.48029/NJI.2023.CXIV106>

Kennell, J. H., Jerauld, R., Wolfe, H., Chester, D., Kreger, N. C., McAlpine, W., ... & Klaus, M. H. (1974). Maternal behavior one year after early and extended post-partum contact. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 16(2), 172-179. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1974.tb02738.x>

Ketterhagen, D., VandeVusse, L., & Berner, M. A. (2002). Self-hypnosis: alternative anesthesia for childbirth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27(6), 335-340. <https://doi.org/10.1097/00005721-200211000-00007>

Knudsen, E. I. (2004). Sensitive periods in the development of the brain and behavior. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16(8), 1412–1425. <https://doi.org/10.1162/0898929042304796>

- Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2009). Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant behavior and development*, 32(3), 305-311. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.04.003>
- Kratochvíl, S. (2009). *Klinická hypnóza-3., aktualizované a rozšířené vydání*. Grada Publishing.
- Kroger, W. S. (1960). Techniques of hypnosis. *Journal of the American Medical Association*, 172(7), 675-680. <https://doi.org/10.1001/jama.1960.03020070033010>
- Kroger, W. S. (2008) *Clinical and experimental hypnosis in medicine, dentistry, and psychology* (2nd Ed.). Lippincott Williams Wilkins.
- Kroulík, J. (2020). *Vývoj chápání sugesce v průběhu dějin*. [diplomová práce, Karlova univerzita]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/121839>
- Kulka, J. (2008). *Psychologie umění, 2. přepracované a doplněné vydání*. Grada Publishing.
- Kuželová, M. (2003). Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babičtví*, 1(1). <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2003-2/?pdf=159>
- Landolt, A. S., & Milling, L. S. (2011). The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: A comprehensive methodological review. *Clinical psychology review*, 31(6), 1022-1031. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.002>
- Lábusová, E. & Mrzliková Susová, I. (2004). *Průvodce porodnicemi České republiky*. Argo.
- Leboyer, F. (1995). *Porod bez násilí*. Stratos.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M. S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102-1112. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70>
- Lemos, A., Dean, E., & Andrade, A. D. D. (2011). The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussions on the maternal and neonatal birth condition. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15, 66-72. <https://doi.org/10.1590/s1413-35552011000100012>

- Leavitt, J. W. (2009). *Make room for daddy: The journey from waiting room to birthing room*. Univ of North Carolina Press.
- Lozoff, B., Brittenham, G. M., Trause, M. A., Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1977). The mother-newborn relationship: Limits of adaptability. *The Journal of Pediatrics*, 91(1), 1-12. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(77\)80433-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(77)80433-2)
- Lubin, B., Gardener, S. H., & Roth, A. (1975). Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 37(2), 136-146. <https://doi.org/10.1097/00006842-197503000-00004>
- Lynn, S. J. & Kirsch, I. (2006). *Essentials of Clinical Hypnosis*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11365-000>
- Macků, F. (2000). *Porodnictví*. Univerzita Karlova, Karolinum.
- Machiken, W. (2016). *Duše miminek: Jak komunikovat se svým budoucím dítětem*. Fontána.
- Mander, R. (2014). *Těhotenství, porod a bolest. Základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky*. Triton.
- Marc, I., Toureche, N., Ernst, E., Hodnett, E. D., Blanchet, C., Dodin, S., & Njoya, M. M. (2011). Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007559.pub2>
- Marek, V. (2002). *Nová doba porodní*. Eminent.
- Martucci, J. (2018). Beyond the nature/medicine divide in maternity care. *AMA Journal of Ethics*, 20(12), 1168-1174. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2018s1168>
- Matějček, Z. (2005). *Výbor z díla*. Karolinum.
- Mathews, J. J., & Zadak, K. (1991). *The Alternative Birth Movement in the United States: History and Current Status*. *Women & Health*, 17(1), 39-56. https://doi.org/10.1300/j013v17n01_03
- McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2014). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evidence-*

Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 9(2), 303-397.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074>

McKenna, P. (1995). *Svět hypnózy*. Columbus.

Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.

MKHypnoPorod. (n.d.). *Michaela Klementová*. <https://hypno-porod.cz/>

Mohapl, P. (1998). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie* (2. vyd, Vol. II). Rektorát Univerzity Palackého.

Monganová, M. F. (2010). *Hypnoporod*. Triton.

Mrowetz, M., & Peremská, M. (2013). Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma–chiméra, či realita budoucnosti. *Pediatric pro praxi*, 14(3), 201-204.
<https://pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>

Newham, J. J., & Martin, C. R. (2013). Measuring fluctuations in maternal well-being and mood across pregnancy. *Journal of reproductive and infant psychology*, 31(5), 531-540.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2013.834040>

Newmark, T. (2012). Cases in visualization for improved athletic performance. *Psychiatric Annals*, 42(10), 385-387. <https://doi.org/10.3928/00485713-20121003-07>

Nolan, M. L. (2005). Childbirth and parenting education: What the research says and why we may ignore it. *Birth and parenting skills: New directions in antenatal education*, 1-16.
<https://doi.org/10.1624/105812409X474681>

Nolan, M. L. (2009). *Information Giving and Education in Pregnancy: A Review of Qualitative Studies*. *Journal of Perinatal Education*, 18(4), 21–30. <https://doi.org/doi:10.1624/105812409x474681>

Odent, M. (1995). *Znovuzrozený porod*. Argo.

O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 3–12.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>

- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., ... & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *Plos one*, *15*(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
- Ondriová, I., & Cínová, J. (2013). *Vliv prenatální komunikace na zdravý vývoj dítěte*. <https://zdravi.euro.cz/clanky/vliv-prenatalni-komunikace-na-zdravy-vyvoj-ditete/>
- Öhman, S. G., Grunewald, C., & Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian journal of caring sciences*, *17*(2), 148-152. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00095.x>
- Padgett, D. A., & Glaser, R. (2003). How stress influences the immune response. *Trends in immunology*, *24*(8), 444-448. [https://doi.org/10.1016/s1471-4906\(03\)00173-x](https://doi.org/10.1016/s1471-4906(03)00173-x)
- Paramasivam, T., Mariappan, U., & Chan, C. M. (2019). *Mixed-Method Pilot Study: Effectiveness of HypnoBirthing in Labour Outcomes. Enhancing Capacity of Healthcare Scholars and Professionals in Responding to the Global Health Issues*, 1–11. <https://doi.org/10.2478/9783110680041-001>
- Paramasivam, T., Mariappan, U., & Chan, C. M. (2023). Perspective of Primigravida Mother's Experience in Their Birthing Process Utilising HypnoBirthing. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*, *19*(4). <https://doi.org/10.47836/mjmhs19.4.11>
- Pařízek, A. (2008). *Kniha o těhotenství a dítěti: Český průvodce těhotenstvím, porodem, šestineděním, až do dvou let dítěte*. Galén.
- Pert, C. B. (1997). *Molecules of emotion: Why you feel the way you feel*. Simon and Schuster.
- Phillips-Moore, J. (2012). Birthing outcomes from an Australian HypnoBirthing programme. *British Journal of Midwifery*, *20*(8), 558-564. <https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.8.558>
- Podungge, Y. (2019). Endorphin massage and pregnancy exercise as a method to relieve lower back pain in trimester III pregnant women. *Health Notions*, *3*(4), 166-172. <https://doi.org/10.33846/hn30402>

Porod je krásný. (n.d.). *Naučíme Vás, jak připravit své tělo a mysl na porod, období šestinedělí a kojení za pomoci hypnoporodu a jógy*. <https://www.porodjekrasny.cz/>

Praško, J., Prašková, H. & Prašková, J. (2008). *Deprese a jak ji zvládnout: stop zoufalství a beznaději*. Portál.

Rabe, H., Gyte, G. M., Díaz-Rossello, J. L., & Duley, L. (2019). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003248>

Rahayu, A., Pertiwi, S., & Patimah, S. (2017). Pengaruh endorphine massage terhadap rasa sakit dismenore pada mahasiswi Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya Tahun 2017. *Jurnal Bidan*, 3(2), 22-29. <https://media.neliti.com/media/publications/234031-pengaruh-endorphine-massage-terhadap-ras-8b74e0d7.pdf>

Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Reklamní atelier Area.

Rattner, D. (2009). Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 595-602. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>

Rettner, R. (2009, 4. srpna). *Fetuses have memories*. <https://www.livescience.com/5585-fetuses-memories.html>

Rokyta, R. (2015). *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Grada Publishing.

Roztočil, A. (2011). *Moderní gynekologie*. Grada Publishing.

Roztočil, A., et al. (2008). *Moderní porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada publishing.

Ruble, D. N., Brooks-Gunn, J., Fleming, A. S., Fitzmaurice, G., Stangor, C., & Deutsch, F. (1990). Transition to motherhood and the self: Measurement, stability, and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 450. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.3.450>

- Řiháček, T., Čermák, I. & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýzy textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
[https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu\(1\).pdf](https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu(1).pdf)
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem: vývojová psychologie: přepracované vydání*. Portál.
- Sadeghi, A., Sirati-Nir, M., Ebadi, A., Aliasgari, M., & Hajiamini, Z. (2015). The effect of progressive muscle relaxation on pregnant women's general health. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(6), 655. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.170005>
- Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). *Fear of childbirth: a neglected dilemma*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201–208. <https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.2003.0011>
- Selye, H. (1966). *Život a stres*. Obzor.
- Sarti, P., & Sparnacci, G. (2007). *Těhotenství a péče o dítě: kompletní průvodce od početí do věku šesti let: ilustrovaný atlas*. Sun.
- Shapiro, D. H. (1992). Adverse Effects of Meditation: A Preliminary Investigation of Long-Term Meditators. *International Journal of Psychosomatics*, 39(1-4), 63. <https://deanehshapirojr.org/wp-content/uploads/2016/10/Adverse-Effect-of-Meditation.pdf>
- Shearer, M. H. (1990). *Effects of Prenatal Education Depend on the Attitudes and Practices of Obstetric Caregivers*. *Birth*, 17(2), 73–74. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1523-536x.1990.tb00700.x>
- Schlosser, M., Sparby, T., Vörös, S., Jones, R., & Marchant, N. L. (2019). Unpleasant meditation-related experiences in regular meditators: Prevalence, predictors, and conceptual considerations. *PloS one*, 14(5), e0216643. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216643>
- Singh, D., Newburn, M., Smith, N., & Wiggins, M. (2002). The information needs of first-time pregnant mothers. *British Journal of Midwifery*, 10(1), 54–58. <https://doi.org/10.12968/bjom.2002.10.1.10054>
- Simkin, P. (2000). *Partner u porodu*. Argo.

Sjöström, H., Langius-Eklöf, A., & Hjertberg, R. (2004). *Well-being and sense of coherence during pregnancy. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 83(12), 1112–1118.* <https://doi.org/10.1080/j.0001-6349.2004.00153.x>

Skutilová, V. (2016). *Jak na strach a úzkost v těhotenství.* Grada.

Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., & Crowther, C. A. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003521.pub>

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research.* SAGE Publications. <https://doi.org/10.1080/14780880903340091>

Spiegel, H., & Spiegel, D. (2008). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis.* American Psychiatric Pub.

Statham, H., Green, J. M., & Kafetsios, K. (1997). Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 pregnant women. *Birth, 24(4), 223-233.* <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00223.pp.x>

Swencionis, C., Rendell, S. L., Dolce, K., Massry, S., & Mongan, M. (2012). Outcomes of hypnobirthing. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 27(2), 120.* <https://www.wellawakenedliving.com/wp-content/uploads/2018/05/Outcomes-of-HypnoBirthing-Swencionis.pdf>

Štromerová, Z. (2010). *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče).* Argo.

Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj dítěte.* Karolinum.

Takács, L., Kodyšová, E., Kejřová, K., & Bartošová, M. (2015). Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky. *Psychologie pro praxi, 46(3), 9-23.* https://karolinum.cz/data/clanek/1004/PPP_3-4_2011_02_T.pdf

Tani, F., & Castagna, V. (2017). Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 30(6), 689-692.* <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1182980>

Tenglerová, H. (2023). *Vybrané perinatální rizikové faktory poporodní deprese*. [diplomová práce, Karlova univerzita]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/182681>

Terry, R., Kelly, F. W., & Naglieri, R. (1999). A review of alternative birthing positions. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 99(9), 470-474. <https://doi.org/10.7556/jaoa.1999.043>

Teusen, G., & Goze-Hänel, I. (2003). *Prenatální komunikace: průvodce výchovou v rodině*. Portál.

The Growth room. (n.d.). *Perinatal Psychology & HypnoBirthing*. <https://www.thegrowthroom.com.au/>

Thomson, G., Dykes, F., & Downe, S. (2012). *Qualitative research in midwifery and childbirth: Phenomenological approaches*. Routledge. file:///C:/Users/Eva/Downloads/10.4324_9780203816820_previewpdf.pdf

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.

Time. (1956, 17. prosince). *Hypnosis for Surgery*. <https://web.archive.org/web/20080106095102/http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,867432,00.html>

Trča, S. (2004). *Partner v těhotenství a při porodu*. Grada Publishing.

Tupper, C. (1956). Conditioning for childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 71(4), 733-740. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(56\)90205-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(56)90205-1).

Uldal, T., Østmoen, M. S., Dahl, B., & Røseth, I. (2023). Women's experiences with hypnobirth—A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 100890. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100890>

Uman, L. S., Birnie, K. A., Noel, M., Parker, J. A., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. R. (2013). *Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/doi:10.1002/14651858.cd005179.pub3>

Urech, C., Fink, N. S., Hoesli, I., Wilhelm, F. H., Bitzer, J., & Alder, J. (2010). Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, *35*(9), 1348-1355. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.03.008>

Uvnas-Moberg K., Ekstrom-Bergstrom A., Berg M., Buckley S., Pajalic Z., Hadjigeorgiou E., Kotłowska A., Lengler L., Kielbratowska B., Larios F. L., Magistretti C. M., Downe S., Lindström B., Dencker A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth—A systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>

Vaculík, M., Ježek, S., & Wortner, V. (2006). Základní pojmy z metodologie psychologie. *Elportál*. https://is.muni.cz/do/1499/el/estud/fss/ps06/psy112/Vaculik__M.__Jezek__S.__Wortner__V.__2006__-_Zakladni_pojmy_z_metodologie.pdf

Vandevusse, L., Irland, J., Berner, M. A., Fuller, S., & Adams, D. (2007). Hypnosis for Childbirth: A Retrospective Comparative Analysis of Outcomes in One Obstetrician's Practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *50*(2), 109–119. <https://doi.org/10.1080/00029157.2007.1040160>

Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Karolinum.

Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American journal of obstetrics and gynecology*, *169*(4), 858-865. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(93\)90016-C](https://doi.org/10.1016/0002-9378(93)90016-C)

Wahyuni, C., & Lusiani, N. D. (2023). The Effect Of Endorphin Massage Combination And Murottal Therapy On Reduction Of Menstrual Pain In Adolescents At Islamic Al Azhaar High School Tulungagung. *Journal of Health Science Community*, *4*(2), 69-75. <https://doi.org/10.30994/jhsc.v4i2.199>

Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of psychosomatic research*, *47*(5), 471-482. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00043-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00043-4)

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>

Whitehouse, B. (1941). Fragarine: an inhibitor of uterine action. *British Medical Journal*, 2(4210), 370. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.4210.370>

Wilhelmová, R. et al. (n.d.). Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II. MUNI. https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/index.html

World Health Organization: WHO. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2, 436-437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)

World Health Organization: WHO. (2005, 16. června). *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562900>

World Health Organization: WHO. (2014). Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241508209>

World Health Organization: WHO. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systematic review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 99–137. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>

Yuksel, H., Cayir, Y., Kosan, Z., & Tastan, K. (2017). *Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial*. *Journal of Integrative Medicine*, 15(6), 456–461. [https://doi.org/10.1016/s2095-4964\(17\)60368-6](https://doi.org/10.1016/s2095-4964(17)60368-6)

Zatloukal, L. (2016). Co je hypnóza? https://www.researchgate.net/publication/316583018_Co_je_hypnoza

Zíka, J. (1992). *Hypnóza není spánek*. Jiří Zíka.

Zíka, J. (2011). *Fenomén hypnóza*. XYZ.

Seznam obrázků, tabulek a schémat

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Ukázka datové analýzy (s. 60)

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Základní charakteristiky a sociodemografické údaje respondentek (s. 62)

Seznam schémat

Schéma č. 1: Témata s kódy respondentky Kateřiny (s. 70)

Schéma č. 2: Témata s kódy respondentky Elišky (s. 77)

Schéma č. 3: Témata s kódy respondentky Veroniky (s. 81)

Schéma č. 4: Témata s kódy respondentky Michaely (s. 88)

Schéma č. 5: Témata s kódy respondentky Anežky (s. 94)

Schéma č. 6: Schéma oblasti „Předchozí porodní zkušenost“ (s. 103)

Schéma č. 7: Schéma oblasti „Hypnoporod“ (s. 106)

Schéma č. 8: Propojení významných oblastí a výzkumných otázek (s. 111)

Seznam příloh

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské práce

Příloha č. 2: Abstract of thesis

Příloha č. 3: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Příloha č. 4: Otázky pro účastníky výzkumu

Příloha č. 5: Inzerát na facebookové stránce „*Jemné Zrození/Hypnoporod v ČR – skupina*“

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce

Název práce: Zkušenosti žen s technikou hypnoporod

Autor práce: Bc. Eva Aberlová

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 148 stran, 294 811 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 201

Abstrakt:

Magisterská diplomová práce se zabývá metodou hypnoporod. Hlavním cílem práce je pomocí kazuistického popisu případů porozumět prožitkům žen, které mají s touto předporodní přípravou zkušenost. Pro výzkum je zvolen kvalitativní design, data jsou sbírána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, a metodou analýzy dat je interpretativní fenomenologická analýza. Výzkum zahrnuje pět respondentek, které absolvovaly kurz hypnoporodu od stejné organizace, a které mají před hypnoporodem zkušenost minimálně s jedním porodem bez této přípravy. Z analýzy dat vyplývá, že v rozhodnutí žen účastnit se hypnoporodní přípravy hraje značnou roli jejich předchozí porodní zážitek. Ukazuje se, že má příprava dopad na těhotenství a porod v mnoha oblastech. Její techniky se v období těhotenství ukazují být pro ženy užitečné z hlediska psychiky. U porodu jsou významné především při práci s porodními kontrakcemi a bolestí. Techniky jsou pro ženy prospěšné také v období šestinedělí. Do porodního procesu vstupuje mnoho faktorů, které ženy nemohou ovlivnit. Proto příliš velká očekávání od hypnoporodní přípravy mohou vést k pocitům zklamání při jejich nenaplnění. Naše zjištění v mnoha oblastech korespondují s předešlými výzkumy a odbornými poznatky, ale také jej v některých aspektech obohacují. Jedná se o individuální a subjektivní zkušenosti respondentek, výsledky výzkumu proto nelze zobecnit.

Klíčová slova: porod, přirozený porod, hypnoporod, předporodní příprava, šestinedělí

Příloha 2: Abstract of diploma thesis

Title: Womens' Experiences with the Hypnobirthing technique

Author: Bc. Eva Aberlová

Supervisor: PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

Numbers of pages and characters: 148 pages, 294 811 characters

Numbers of appendices: 5

Numbers of references: 201

Abstract:

The master's thesis focuses on the hypnobirthing method. The main aim of the thesis is to understand the experiences of women who completed hypnobirthing preparation through a casuistic description of cases. The qualitative design is chosen, data are collected by a semi-structured interview and the method of the data analysis is interpretative phenomenological analysis. The study is involving five respondents who have completed the hypnobirthing course from the same organization and each had experienced prior childbirth without hypnobirthing preparation. Analysis of the data reveals that women's decision to engage in hypnobirthing preparation is influenced by their previous childbirth experiences. The hypnobirthing course has a considerable impact on the pregnancy and childbirth experience across various aspects. The techniques employed prove beneficial for women's mental well-being during pregnancy. During childbirth are particularly meaningful in coping with labor contractions and pain. These techniques continue to be beneficial also in the postpartum period. The childbirth process involves numerous factors beyond women's control. Therefore, having high expectations of hypnobirthing preparation may lead to feelings of disappointment if they are not met. Our findings correspond with previous research and professional knowledge in many ways, while also contributing enriching perspectives in certain aspects. The results are based on individual and subjective experiences of the respondents so generalization of the research findings is limited.

Key words: birth, natural childbirth, hypnobirth, prenatal preparation, postpartum period

Příloha 3: Informovaný souhlas



Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci magisterské diplomové práce

Název práce: Zkušenosti žen s technikou hypnoporod

Autor práce: Bc. Eva Aberlová

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

Termín realizace:

Místo realizace:

Prohlašuji, že jsem byl/a oslovena a seznámen/a s podmínkami účasti na kvalitativním výzkumu v rámci magisterské diplomové práce výzkumu „*Zkušenosti žen s technikou hypnoporod*“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci magisterské diplomové práce. Dále beru na vědomí, že výzkum spočívá v nahrávání rozhovoru na mobilní telefon, a že bude nahrávka po obhajobě bakalářské práce smazána.

Byly mi zodpovězeny všechny mé dotazy. Jsem si vědom/a toho, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Svým podpisem vyjadřuji souhlas se svou účastí na tomto výzkumu.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha 4: Otázky pro respondentky

1) Demografické údaje:

Aktuální věk respondentky
Bydliště
Rok klasického porodu
Rok hypnoporodu
Kurz, který respondentka absolvovala
Místo porodu
Přítomnost osob u porodu

2) Otázky k rozhovoru

Porozumění motivace

Jak jste se o hypnoporodu dozvěděla?
Proč jste si zvolila právě hypnoporodní přípravu? Vzpomínáte si, co Vás k tomu vedlo?
Jaká byla Vaše očekávání od hypnoporodu? A splnila se tato očekávání?
Co jste si přála, abyste díky hypnoporodu zažila?

Průběh těhotenství

Vzpomínáte si, jak jste prožívala celé období příprav na porod?
Jaké hypnoporodní techniky jste v těhotenství využívala?
Měla jste předešlou zkušenost s relaxacemi, vizualizacemi či meditací?
Jakou roli v těhotenství hrály hypnoporodní techniky? Jak jste se při nich cítila?
Jak jste vnímala během příprav Váš vztah s partnerem? Dokázala byste popsat nějakou souvislost hypnoporodu a Vašeho vztahu s ním?

Průběh porodu

Co jste prožívala, když se blížil samotný porod?
Jak jste vnímala průběh porodu v přítomnosti hypnoporodních technik? Jaké jste používala a jaký na Vás měly vliv?
Jak jste vnímala bolest před porodem a během porodu? Jak jste s bolestí pracovala?
Jakou roli u porodu hrál Váš partner?

Zpětná reflexe hypnoporodní přípravy

Dokázala byste popsat, co Vám hypnoporod dal? V čem vnímáte pro Vás osobně největší přínos?
Jak si myslíte že by Vaše těhotenství a porod probíhaly bez absolvování hypnoporodní přípravy?
Jak tuto zkušenost hodnotíte? Je něco, co Vás v souvislosti s hypnoporodem negativně překvapilo?
Co si celkově myslíte o hypnoporodní přípravě a metodě hypnoporod?

Příloha 5: Inzerát na facebookové stránce „Jemné Zrození/Hypnoporod v ČR – skupina“

Krásný den,

obracím se na vás s prosbou o pomoc. V rámci studia jednooborové psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci sháním respondentky do mého výzkumu diplomové práce. Hledám ženy (po celé ČR), které si prošly dvěma porody (klasickým porodem a hypnoporodem) a rády by se mnou sdílely jejich vlastní zkušenosti.

Pokud byste se některá z Vás ráda zapojila, napište mi soukromou zprávu nebo do komentářů. Popřípadě budu moc ráda i za sdílení příspěvku.

Děkuji a přeji hezký den.

