

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**ZMĚNY VZTAHU MEZI ŽENOU A MUŽEM
V ZÁVISLOSTI NA PLÁNOVANÉM DOMÁCÍM
PORODU, MOTIVACE PRO VOLBU DOMÁCÍHO
PORODU A PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA**

Changes in the relationship between a woman and a man due to the planned home birth, motivation for choosing home birth, and prenatal preparation



Bakalářská diplomová práce

Autor: Kristýna Konšelová

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Mošťková

Olomouc

2017

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Změny vztahu mezi ženou a mužem v závislosti na plánovaném domácím porodu, motivace pro volbu domácího porodu a předporodní příprava“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat mé vedoucí PhDr. Šárce Mošťkové za vedení mé bakalářské diplomové práce, za čas, ochotu, vstřícnost a podnětné připomínky, které mi poskytovala. Dále děkuji všem ženám a mužům, kteří byli ochotní mi otevřeně vyprávět o tak intimních záležitostech, jakými jsou porod a partnerský vztah. Mé poděkování patří také mé rodině, příteli a kamarádům, kteří mi byli podporou.

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem více rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupit se v prameni života.“

Frederick Leboyer

Obsah

Úvod.....	7
1 Porod.....	8
1.1 Definice normálního fyziologického porodu	8
1.2 Průběh porodu	9
1.2.1 Přípravné období.....	9
1.2.2 I. doba porodní – doba otevírací	10
1.2.3 II. doba porodní – doba vypuzovací	10
1.2.4 III. doba porodní – doba k lůžku.....	11
1.2.5 Doba poporodní	11
1.3 Lékařské vedení porodu	11
1.4 Péče o matku a dítě při normálním porodu	13
2 Porodnictví dříve a teď	14
2.1 Vývoj profese porodních asistentek	14
2.2 Vnímání porodu	15
2.3 Přirozený porod.....	17
2.4 Možnost volby podmínek porodu	17
2.5 Spokojenost s perinatální péčí ve zdravotnickém zařízení	18
3 Plánovaný domácí porod	21
3.1 Situace týkající se postavení domácích porodů v ČR	21
3.2 Domácí porody v číslech.....	23
3.3 Bezpečnost domácího porodu	23
3.4 Motivace pro volbu domácího porodu	25
4 Partnerský vztah a jeho přechod v rodičovství.....	28
4.1 Partnerský vztah a jeho formy.....	28
4.2 Volba partnera.....	28
4.3 Vývoj partnerského vztahu	30
4.4 Partner u porodu	31
4.5 Přechod k rodičovství.....	32
5 Současný stav poznání a aktuální výzkumy	34
6 Metodologický rámec výzkumu	37
6.1 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	37
6.2 Design výzkumu.....	38

6.3	Výzkumný soubor	38
6.4	Tvorba dat	40
6.5	Zpracování a analýza dat.....	41
6.6	Etické aspekty výzkumu	41
7	Interpretace výsledků.....	43
7.1	Motivační faktory pro volbu domácího porodu	43
7.1.1	Doporučení pro rozhodování o místě porodu.....	45
7.2	Proměny postoje k domácímu porodu.....	48
7.3	Předporodní příprava.....	50
7.4	Proměny vztahu mezi partnery.....	52
7.4.1	Proměny partnerského vztahu v průběhu přípravy na domácí porod	52
7.4.2	Proměny partnerského vztahu po proběhlém plánovaném domácím porodu	53
7.5	Vnímané výhody a nevýhody domácího porodu	55
7.5.1	Výhody domácího porodu	55
7.5.2	Nevýhody domácího porodu.....	58
7.6	Péče o děti v rodinách, které absolvovaly domácí porod.....	59
7.7	Odpovědi na výzkumné otázky	60
8	Diskuze	64
9	Závěry.....	69
	Souhrn.....	71
	Seznam použitých zdrojů a literatury	74
	Přílohy	
	Příloha č. 1: Zadání bakalářské práce	
	Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce	
	Příloha č. 3: Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu	
	Příloha č. 4: Polostrukturovaný rozhovor (verze pro ženy)	
	Příloha č. 5: Polostrukturovaný rozhovor (verze pro muže)	
	Příloha č. 6: Seznam zkratk	

Úvod

Tato práce se zabývá zkušenostmi žen, které svůj porod plánovaně prožily doma, a je doplněna o pohled mužů, kteří byli domácímú porodu přítomni. K tématu domácího porodu mě přivedla již v roce 2014 má kamarádka, která mi doporučila dokument „Orgasmický porod“, jenž mi na mysl přinesl první otazníky ohledně problematiky domácího porodu.

Motivací pro napsání této práce mi byly také nesčetné diskuze na téma domácí vs. nemocniční porod, ve kterých proti sobě vášnivě vystupují zastánci domácích porodů a jejich odpůrci. Zajímalo mě, jaké jsou rozdíly mezi požadavky zástupců jednotlivých stran sporu. Při bližším pohledu jsem si nemohla nevšimnout, že celá problematika je protkána hlubokými emocemi. Požadavkem je vždy zdravá maminka a zdravé dítě a rozdíly jsou pak patrné zejména v přístupu k lékařským zákrokům, v požadavcích na svobodu a možnost rozhodovat o průběhu porodu, ve víře v medicínu vs. víře v ženskou intuici a u vícerodiček také zkušenost s předchozím porodem, který ženy mnohdy vnímají jako traumatický zážitek a chtějí jej příště prožít, pokud možno jinak.

V teoretické části je popisován fyziologický porod s nízkým rizikem možných komplikací, který je podmínkou pro uskutečnění domácího porodu, možnosti vedení porodu, vývoj porodnictví a profese porodních asistentek, postavení domácího porodu v české společnosti a fakta s domácím porodem související a také vývoj partnerského vztahu se zaměřením na porod jako milník při přechodu k rodičovství.

Výzkumná část je zaměřena na interpretaci výsledků rozhovorů a zodpovězení výzkumných otázek. Cílem bylo identifikovat hlavní motivační faktory pro volbu domácího porodu. V průběhu výzkumu byla zmapována příprava obou rodičů k domácímu porodu a pozornost byla zaměřena na to, zda v souvislosti s domácím porodem a přípravou na něj dochází k nějakým změnám ve vztahu mezi partnery, rodiči doma narozeného dítěte.

Přestože je domácí porod v současné době častým tématem a probíhají četné mediální kampaně na toto téma, tato práce nemá za cíl propagovat domácí porod a není ani podporou této možnosti. Tento text pouze informuje, že v rámci práva rodičky zvolit si místo porodu tato varianta existuje.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Porod

Tato kapitola se pokouší přiblížit problematiku porodu, definovat jej a stručně popsat jeho fyziologický průběh. V kapitole je pojednáváno o fyziologickém porodu, tedy porodu bez komplikací.

1.1 Definice normálního fyziologického porodu

Lékařská definice fyziologického porodu zní: „*porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky*“ (Roztočil et al., 2008, 109).

Za fyziologický porod je považován ten, který probíhá za působení přirozených porodních mechanismů, nikoliv díky zásahům zdravotnického personálu. Fyziologický porod lze nazývat také spontánní či samovolný, neboť nastoupil na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez zásahů. Pokud k porodu dojde v průběhu 39. až 42. týdne, je porod nazýván porodem v termínu (Roztočil et al., 2008).

Myšlenkou přirozeného porodu v domácím prostředí je poskytnutí dostatečného množství času pro proběhnutí všech fyziologických procesů a podpora rodičky v uvolnění se a prožití těchto etap.

Zatímco Světové zdravotnické organizace definuje tzv. normální porod (dále jen WHO) (WHO, 1999, 6) jako: „*spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné i během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.*“

Při definování normálního porodu tedy musíme uvažovat dva faktory, kterými jsou stupeň rizikovosti těhotenství a průběh I. a II. doby porodní. Je však nemožné říci, že predikce komplikací je 100% spolehlivá, neboť i u ženy, která byla zařazena do skupiny s nízkým rizikem na počátku I. doby porodní se mohou objevit komplikace na konci porodu. Druhým případem je množství žen, které byly považovány za rizikové a porodily nekomplikovaně v I. i II. době porodní (WHO, 1999).

1.2 Průběh porodu

Proces porodu je v medicínské praxi běžně dělen na 3 části – období přípravné, tři doby porodní a dobu poporodní (nazývanou někdy IV. doba porodní) (Roztočil et al., 2008).

1.2.1 Přípravné období

Jako přípravné období jsou označovány poslední týdny těhotenství a období před začátkem porodu, ve kterých se dokončují přípravy těla k porodu (Macků, 2000). Toto období je provázeno známkami blížícího se porodu, jež se u prvorodiček mohou objevovat již během posledního měsíce těhotenství, u vícerodiček pak těsně před začátkem porodu. Jednou ze známek jsou tzv. poslíčky (*dolores praesagientes*), které jsou předzvěstnými stahy projevujícími se bolestmi v podbřišku a kříži cca 3–4 týdny před porodem a které mohou být mylně považovány za počátek porodu (Roztočil et al., 2008). Poslíčky se však liší od pravidelných kontrakcí tím, že se dostavují nepravidelně, v dlouhých intervalech, v různé intenzitě, jsou bolestivě vnímány více v břiše, nezesilují při pohybech, nemají účinek na děložní hrdlo a mizí po analgetících (Macků, 2000).

Přípravné období je zejména u prvorodiček typické poklesem děložního fundu, způsobeným vstupem hlavičky do pánevního vchodu, což je provázeno ústupem tlaku v epigastriu¹ a zmírněním dýchacích obtíží. Objevuje se však tlak na močový měchýř s pocitem nucení na močení (Roztočil et al., 2008).

Signálem počínajícího porodu je odloučení hlenové zátky, ke kterému dochází několik dní před porodem a signalizuje otevírání cervikální kanálu a začátek rozvíjení dolního děložního segmentu. Hustý cervikální hlen může být s příměsí krve z narušených cévek v oblasti cervixu² a drobných cév přerušovaných při odlupování dolního pólu vaku blan (Roztočil et al., 2008).

Všechny výše popsané faktory a řada dalších se podílejí na rozvoji děložních kontrakcí rozvíjejících postupně dolní děložní segment a zahajujících počátek I. doby porodní (Čech, Hájek, Maršál, Srp et al., 1999).

¹ **Epigastrium** je horní část krajiny břišní ležící mezi žeberními oblouky (nadbříšek) (Vokurka, Hugo et al., 2015).

² **Cervix uteri** neboli děložní hrdlo či krček je část dělohy, na niž se upíná pochva (tamtéž).

1.2.2 I. doba porodní – doba otevírací

Doba otevírací se začíná počítat od prvních pravidelných kontrakcí a končí plným rozvinutím, zánikem branky, při kterém se spojí děložní dutina a pochva v jedinou trubici (Zwinger et al., 2004).

V tomto období dochází k sestupu plodu do nižších rovin porodního kanálu. Na konci této doby již mezi děložní dutinou a pochvou není žádná bariéra. Průměrné trvání I. doby porodní je u prvorodiček kolem 6–7 hodin a u vícerodiček kolem 3–4 hodin, délka trvání I. doby by však neměla přesáhnout 12 hodin (Roztočil et al., 2008).

První doba porodní se dělí na 3 fáze – latentní, aktivní a tranzitorní fázi. V průběhu těchto fází postupně dochází ke zvýšení frekvence, intenzity a délky trvání kontrakcí, což přispívá k dilataci branky a jejímu postupnému úplnému zániku. V tranzitorní fázi dochází k sestupu naléhající části plodu do nižších rovin porodního kanálu a obvykle v tomto období dochází ke spontánní ruptuře vaku blan a může dojít také ke slabému krvácení, které je způsobeno dilatací děložního hrdla (Roztočil et al., 2008).

První fáze dilatace hrdla může u některých rodiček probíhat již na konci těhotenství skrytě až do doby jeho zániku. U těchto rodiček je tedy délky trvání I. doby porodní tímto podstatně zkrácena (Čech et al., 1999).

1.2.3 II. doba porodní – doba vypuzovací

Druhá doba porodní začíná zánikem branky a končí porodem plodu (Roztočil et al., 2008). V tomto období rozlišujeme pasivní a aktivní fázi. V pasivní fázi dochází k sestupu hlavičky plodu až na pánevní dno a roztažení pochvy a svaloviny pánevního dna. Aktivní fáze je fází tlačení (Martius, Breckwoldt, Pfleiderer et al., 1997). Při tlačení rodička zapojuje aktivně břišní lis. Může využít jak svalstvo přední strany břišní, tak svaly bránice. Délka druhé doby porodní by neměla přesáhnout jednu hodinu (Roztočil et al., 2008).

V průběhu vypuzovací doby dochází nejprve k první fázi – **flexi hlavičky** (přitažení bradičky k hrudníku a tím snížení záhlaví), poté probíhá progrese hlavičky (vstup hlavičky hlouběji do pánevního vchodu a postupný průchod dalšími rovinami porodních cest). Druhou fází je **vnitřní rotace**, při které se hlavička otáčí o 90 stupňů oproti původnímu uložení. Třetí fází je **deflexe** (opření hlavičky záhlavím o dolní okraj stydké spony, následující po tom, co se pod stydkou sponu porodí oblast malé fontanely, a otočení tak, že se hlavička přiklání vzhůru ke stydké sponě). Současně s deflexí dochází k porodu temena, čela, obličej a bradičky. Čtvrtým mechanismem je **zevní rotace** (otočení hlavičky záhlavím na tu stranu, kde je hřbet plodu a obličejem na opačnou stranu, ke kterému

dochází po porození celé hlavičky). Po dokončení zevní rotace následuje porod ramének a poté trupu a hýždí (Roztočil et al., 2008).

1.2.4 III. doba porodní – doba k lůžku

V období třetí doby porodní dochází k porodu placenty, pupečníku, plodových obalů, retroplacentárního hematomu³ a k retrakci myometria⁴ (Roztočil et al., 2008).

V první (odlučovací) fázi III. porodní doby se nejprve zmenší děloha a po cca 5 minutách se znovu objeví slabší kontrakce, tzv. kontrakce k lůžku (contractiones ad secundinas). Svalová vlákna myometria se zkracují a stahuje se děložní stěna. Dochází k postupnému odlupování placenty od děložní stěny a vzniku retroplacentárního hematomu, který spolu s kontrakcemi napomáhá odloučení placenty, která je ve druhé (vypuzovací) fázi s pomocí kontrakcí vytlačena. Ve třetí (hemostatické) fázi dochází k zastavení krvácení z uteroplacentárních cév, způsobeného odloučením placenty od děložní stěny (Roztočil et al., 2008).

1.2.5 Doba poporodní

Poporodní doba bývá někdy nazývána IV. dobou porodní. Jedná se o tříhodinový interval po porodu placenty, ve kterém je žena nejvíce ohrožena poporodním krvácením (Roztočil et al., 2008).

1.3 Lékařské vedení porodu

Většina porodů v České republice probíhá v porodnicích, kde je porod veden lékařsky. I tak by však mělo být respektováno, že se jedná o přirozený děj (pokud porod není patologický), a proto by měla být dodržována jistá pravidla.

Na území České republiky se lékařsky vedený porod začal užívat po 1. světové válce a spočíval v urychlení porodu a tlumení bolestí medikamenty a dalšími technikami. Cílem bylo zajistit bezpečnost rodičky i dítěte pomocí preventivních činností, jako je například nástřih hráze (Zeman & Doležal, 2000). Lékařsky vedený porod a používání preventivních zákroků byl umožněn rozvojem porodnické analgezie (později i anestezie) a objevem sterilizace, antiseptických zákroků a účinků oxytocinu (později prostaglandinů) používaných pro urychlení porodu (Hašková, 2001).

³ **Retroplacentární hematom** je krevní výron vznikající při odlučování placenty, který je způsoben rupturou uteroplacentárních cév, jež vedou ke krvácení mezi placentu a děložní stěnu (Roztočil et al., 2008).

⁴ **Myometrium** je nejsilnější ze tří vrstev děložní stěny. Je tvořena pruhy hladké svaloviny prostoupenými vazivem (tamtéž).

Kapr a Koukola (1998) popisují lékařsky vedený porod jako gynekologickou operaci probíhající zpravidla na operačním sále za přítomnosti specialistů užívajících odborný jazyk, kterému rodička nerozumí. Časté je užívání medikace, někdy také částečné narkózy, nástřihu a následného šití ve sterilním prostředí bez možnosti zasahovat nějak do vedení porodu či vyslovovat alternativní řešení. Běžné je přestřihování pupečníku ihned po narození a převádění okysličování krve novorozence na dýchání.

Autorka se domnívá, že od roku 1998 však již došlo k zásadním pokrokům a změnám ve prospěch pacientek. Je stále více podporováno intimní prostředí, v některých porodnicích jsou tzv. porodní boxy uzpůsobené tak, aby prostředí bylo spíše domácí a rodička v nich mohla strávit celou dobu porodu nebo jeho převážnou část. Rodičce je dopřáno soukromí a v závislosti na konkrétním zařízení je přítomen pouze potřebný personál, zejména porodní asistentka. Asistentku může mít rodička také vlastní, se kterou se seznámila již před porodem a mají mezi sebou tedy bližší vztah.

Pokud porod probíhá fyziologicky, může jeho průběh maminka ovlivnit pomocí tzv. porodního plánu, který byl zaveden jako nástroj sloužící ke zlepšení ženina prožitku porodu tím, že umožňuje vyšší stupeň kontroly nad porodním procesem (Kitzinger, 1983, 1988, 1992, in Berg, Lundgren & Lindmark, 2003). Plán je písemným vyjádřením přání ženy ohledně porodu, poporodního období a zacházení s novorozencem a umožňuje diskuzi rodičky a personálu týkající se splnitelnosti jednotlivých bodů (Velebil, 2008). Mezi těmito přáními bývá mimo jiné odmítání rutinních zákroků, které nejsou vždy nutné, příkladem je sledování srdečních ozvů dítěte připojením matky na monitor, aplikace syntetického oxytocinu, tlumení bolesti analgetiky, holení, klystýr, nástřih hráze (Doležalová, 2006), přerušování pupečníku až po jeho dotepání (Vítová, 2013), bonding⁵ ihned po porodu, vyšetření dítěte na těle matky a další.

Podobu lékařsky vedeného porodu, k jaké české porodnictví postupně směřuje, popisuje již Čech a kolektiv (1999, 177) jako: „*souhrn všech organizačních a medicínských opatření zajišťujících optimální péči pro rodičku a její plod, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy ve všech oblastech oboru. Současně s tímto požadavkem je povinností každého porodnického pracoviště vytvořit pro rodičku prostředí,*

⁵ Slovo **bonding** lze z angličtiny přeložit jako připoutání či lepení. Tento výraz označuje proces vytváření vztahu mezi matkou a miminkem prostřednictvím nepřetržitěho kontaktu „kůže na kůži“ ihned po porodu (Mrowetz, Antalová & Chrástilová, 2011; Mrowetz & Peremská, 2013).

které v ní vyvolává pocit maximálního bezpečí a důvěry v ošetřující lékaře a porodní asistentky, který by jí pomohl překonat všechny negativní stránky porodního děje a vytvořily si tak pozitivní silné emoční vazby na své dítě. Z tohoto hlediska je pak nutno chápat i možnost přítomnosti otce u porodu. “

Bohužel ne vždy jsou všechna doporučení ohledně vedení porodu a nezbytných zásahů, respektive nezasahování do něj, vycházející z poznatků moderní medicíny v českých porodnicích respektována. Z rozhovorů s rodičkami a z četných diskuzí žen, které prodělaly porod v porodnici je patrné, že stále dochází k velkému množství preventivních nástřihů, rodičkám je znemožňován pohyb v otevírací fázi, jsou mnohdy zbytečně upoutávány k lůžku kvůli monitorování plodu a vnitřně vyšetřovány. Jednotlivé zásahy s sebou poté často přináší kaskádu dalších zásahů. Mezi jeden z mnoha často kritizovaných stereotypů patří mimo jiné poloha vleže či v polosedě na porodnickém křesle v průběhu vypuzovací fáze nebo tlačení loktem na břicho rodičky při tlačení.

1.4 Péče o matku a dítě při normálním porodu

„Cílem péče je zajistit dobré zdraví matky a dítěte s minimální možnou mírou intervence, která je indikována pro bezpečí matky a dítěte. Tento přístup nutně vede k závěru, že: Při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod“ (WHO, 1996, 6).

4 úkoly poskytovatele péče dle WHO (1996):

1. Podporovat ženu, jejího partnera a rodinu v průběhu celého porodu a období následujícím po porodu.
2. Sledovat ženu v průběhu porodu, monitorovat stav plodu a stav dítěte po porodu, hodnotit rizikové faktory, včas odhalit komplikace.
3. V případě potřeby provádět menší zásahy jako amniotomii (protržení vaku blan), episiotomii (nástřih hráze) a pečovat o dítě po porodu.
4. Doporučit ženu na vyšší úroveň péče v situaci, kdy jsou rizikové faktory zřejmé, nebo nastanou-li komplikace, které doporučení opodstatňují.

2 Porodnictví dříve a teď

V historii bylo běžné, že porod probíhal v domově rodičky, které byla nápomocná porodní bába. S nižší úrovní zdravotnické péče byla spojena také vyšší novorozenecká úmrtnost, která se snížila s přesunem porodů do nemocnic, které jsou dnes vnímány jako bezpečné místo pro porod, a je obvyklé předpokládat, že žena bude rodit právě v porodnici.

Tato kapitola se bude soustředit na vývoj profese porodních asistentek (často nazýváno jako babictví) a porodnictví a jejich proměny v průběhu času a pokusí se objasnit možná pozitiva a negativa souvisejících změn. Budou také stručně popsány statistiky porodnosti a jejich proměny.

2.1 Vývoj profese porodních asistentek

Profese porodních asistentek je stará jako lidstvo samo. O porodních asistentkách se zmiňuje již řecký gynekolog Soranos z Efezu (98–138 n. l.), autor rozsáhlého díla „De arte obstetrica morbisque mulierum“ (O umění porodnickém a nemocech ženských) (Vránová, 2007), který je považován za otce porodnictví (Slezáková et al., 2011).

První zmínky o porodních babičkách u nás jsou z roku 1176, kdy se mluví o narození Hroznaty⁶. V roce 1284 pak král Václav odměnil svou vychovatelku a nazval ji porodní bábou (Doležal, 2001).

Od počátku věků byl porod výhradně ženskou záležitostí. V raně novověkém období byl spojen s řadou praktických i magických rituálů, do kterých byly zapojeny pouze provdané a sexuálně zkušené ženy, jejichž úkoly byly starat se o pohodlí matky, o hygienu (měnily špinavé prádlo, ohřívaly vodu apod.) a zajišťovat občerstvení pro matku a porodní bábu, přidržovat matku při porodu a po porodu bylo jejich úkolem starat se o matku i novorozence (Tinková, 2010).

Porodní bába byla většinou starší žena již bez malých závislých dětí, kterou si ženská komunita zvolila, protože jí ženy ze sousedství důvěřovaly. Musela být vdaná nebo ovdovělá a své kompetence stvrzovala tím, že sama přivedla na svět několik vlastních dětí. Babictví přitom tyto ženy měly obvykle jako vedlejší činnost, která nebyla nijak honorována (bába dostávala pouze stravu, případně dary od rodiny, na které se nedalo spoléhat) (Tinková, 2010).

Vzdělání porodních bab dlouho záleželo pouze na jejich vůli a bylo předáváno převážně ústní tradicí. Budoucí porodní asistentky se učily od starších kolegyně, které je

⁶ **Hroznata** byl český šlechtic, který byl prohlášen za blahoslaveného (Chlumský, nedat.).

s sebou braly k porodům (Vránová, 2007). Mnohé báby formovaly vlastní dceru a babické řemeslo se tak v rodině mnohdy dědilo (Tinková, 2010).

Veškerá běžná péče spočívala na bedrech porodních babiček. Muži byli k porodu voláni jen sporadicky v případě komplikace, a konkrétně lékaři byli voláni jen ve velmi výjimečných případech, většinu těžkých porodů zvládl vyřešit lazebník, ranhojič, bradýř nebo i lithotomista (řezač močových kamenů). V případě nepostupujícího porodu a hrozbě smrti rodičky se přistupovalo k rozkouskování plodu a jeho vytažení háky (Vránová, 2007).

První učebnici pro báby napsanou ženou vydala v roce 1609 Luise Bourgeois Boursier pod názvem „Observations diverses sur la sterilité, perte de fruit, foecundité, accouchements et maladies des femmes et enfants naiz etc“ (Různá pozorování o neplodnosti, ztrátě plodu, plodnosti, porodech a onemocnění žen a dětí) (Vránová, 2007).

Ke zlomu ve vývoji porodnictví a babictví došlo v osmnáctém století, které je spojeno s rychlou profesionalizací, institucionalizací a disciplinací profese porodních asistentek a vzestupem prestiže lékařské vědy, jež má garantovat lepší péči o kvalitu života obyvatelstva. Pravomoci asistentek byly omezovány, výuka porodních asistentek byla podřízena aprobovanému personálu, byly zřízeny katedry porodnictví, jejichž cílem bylo poskytnout kurzy porodnictví studentům medicíny a chirurgie, kteří měli nahradit porodní báby v případě komplikovaných porodů a ženských nemocí. Ke zvyšování kvality porodnictví sloužily „normované“ porodnické učebnice užívané v habsburských zemích a zavádění praktické výuky. Jednou z neposledních snah bylo omezování působení neškoleného personálu (Tinková, 2010).

Nově vzniklá profese mužského porodníka odsunula porodní báby do podřízeného postavení a ještě více omezila jejich pravomoci. V osmnáctém století také nově vznikla porodnice (Tinková, 2010).

Postupně se tak porod, který byl výhradně ženskou a poměrně intimní záležitostí, proměnil ve věc veřejnou, nad kterou přejali autoritu muži. A je to tak až na výjimečné případy dodnes.

2.2 Vnímání porodu

„V naší kultuře se na porod pohlíží jako na lékařský zákrok. Většina pozornosti se zaměřuje na bezpečnost a statistické údaje, jejichž kritéria určují lékaři, zatímco zbývá velmi málo prostoru pro diskuzi a projevy nesouhlasu, a to zvláště u těch, kteří se nacházejí ve středu celého procesu – ženy samotné“ (Buckleyová, 2016, 25).

Při diskuzích autorky této práce s množstvím osob bylo zjištěno, že v české společnosti je vnímání porodu do značné míry spojeno s obavami o zdraví rodičky a dítěte a porod není vnímán jako normální fyziologický děj, nýbrž jako něco rizikového. Porod v nemocničním prostředí je tak spojován s bezpečím, jistotou a dobrou péčí o matku i novorozence na rozdíl od domácího porodu, který je vnímán jako hazard se životem, jako něco nebezpečného. Při komunikaci o domácích porodech, množství lidí zdůrazňovalo nezodpovědnost matek rodících doma a to, že by rodičky měly být vděčné za kvalitu dostupné zdravotnické péče, důvěřovat lékařům a nevymýšlet si. Patrná byla také neochota zjišťovat si aktuální data, studovat statistiky či si jinak rozšiřovat obzory a značná útočnost v případě návrhu k tomuto sebevzdělávání.

Při obhajování různých alternativ přístupu k porodu je v současné době časté porovnávání porodnických systémů z různých zemí a odlišných kontinentů, což s sebou přináší výhody v podobě vyšší informovanosti o různých možnostech a odlišných postupech, které fungují či nikoli, ale také nevýhody, které plynou z kulturních odlišností a přístupů k ženám a novorozencům.

Rozdíl v přístupu k ženám je patrný v popisech porodnictví z 19. století, kdy v anglickém porodnictví byl život dítěte ceněn méně než život rodičky, tudíž zde převažovaly kraniotomie (zničení plodu perforací jeho hlavy) na rozdíl od kontinentálního porodnictví, kde převládalo používání symfezeotomie⁷ a císařského řezu s cílem zachránit přednostně dítě (Leavitt, 1987; Zeman & Doležal, 2000, in Hašková, 2001).

Používání moderních technických, biomedicínských prostředků, produktů farmaceutického průmyslu a lékařská asistence snižuje v očích veřejnosti pocit nejistoty. Neboť porodní proces je vnímán jako nevypočitatelný a rizikový, což evokuje strach z náhlých komplikací ohrožujících matku a dítě, bolesti a ze smrti. Lidé vnímají lékařské zásahy a lékařskou asistenci v průběhu těhotenství a porodu jako prostředky ke snížení možných rizik a komplikací (Hašková, 2001).

⁷ Kontroverzní porodnická operace, původně vzniklá jako bezpečnější varianta k císařskému řezu v případě nepoměru mezi hlavičkou plodu a rozměrem pánve rodičky. Důsledkem operace je trvalé rozšíření pánve a s tím spojené trvalé následky jako močová inkontinence či poruchy chůze. V našich zemích se tato operace přestala používat na počátku 20. století. Nadále je užívána v porodnictví rozvojových zemí, jelikož má na rozdíl od císařského řezu téměř nulovou úmrtnost (Doležal et al., 2007).

2.3 Přirozený porod

Koncepce přirozeného porodu je vyústěním kritiky lékařsky vedeného porodu. Termín přirozený porod zpopularizoval v první polovině 80. let americký porodník Michel Odent, který je autorem stejnojmenné knihy „Přirozený porod“ vzniklé na základě několikaleté zkušenosti z porodnice, kde Odent vedl porody odlišným způsobem než aktivně lékařsky, jak je popsáno výše. Kniha je podle slov autora reakcí na rozšíření jím odmítaného lékařského způsobu vedení porodu (Hašková, 2001).

Ve své knize Odent (1995) zdůrazňuje, že při své práci na klinice Pithiviers usiloval o změnu pohledu na rodící ženu, kterou on sám jako pacientku nevnímal. Zdůrazňoval, že žena v první době porodní smí tuto část porodu trávit mnoha různými způsoby a v různých místnostech, případně je možná také např. procházka. Je však potřebné, aby žena naslouchala svému tělu a vnímala, co je jí příjemné, a pokud ji vnější prostředí rozptyluje, aby se přesunula do klidného prostředí s tlumeným světlem. Dalším bodem, který Odent zmiňuje, je svobodná volba polohy. Odent popisuje, že jen malé procento žen si svobodně zvolí polohu vleže nebo pololeže.

Při porodu podle Odenta (1995) také není nutné, aby žena nejedla či nepila. Naopak nabádá porodní asistentky, aby ženě nabízely vodu, ovocný džus, cukr či med, aby měla rodička dostatek tekutin a energie.

Nejdůležitější a nejvíce zdůrazňovaný je klid, soukromí, intimita, nezasahování do porodního procesu, důraz na intuici rodící ženy a to, aby se cítila příjemně a bezpečně a mohla se projevat tak, jak potřebuje, tedy klidně křičet. Tyto faktory mají totiž výrazný vliv na průběh první doby porodní (Odent, 1995).

Dalším z prvních průkopníků přirozeného porodu je například Frederic Leboyer, který vydal knihu „Porod bez násilí“, v níž zdůrazňuje podobné principy jako Odent a kritizuje stávající porodnickou péči, kterou považuje za stresující pro matku i dítě. Kritiku mířil mimo jiné na neosobní prostředí a přístup personálu, nedostatek klidu, ostré osvětlení, nucené polohy rodičky či přerušování pupečníku před jeho dotepáním (Leboyer, 1995).

2.4 Možnost volby podmínek porodu

V současné době lze pozorovat jakýsi konkurenční boj mezi porodnicemi a s ním ruku v ruce jdoucí širokou a rozdílnou nabídku služeb jednotlivých porodnic (Hašková, 2001). Je tedy možné si zvolit mezi porodnicemi nabízejícími podporu přirozeného porodu, nadstandardní porodní sály připomínající běžné domácí pokoje, porod do vody, svobodu

volby porodní polohy, ambulantní porod, možnost přítomnosti vlastní porodní asistentky u porodu, dotepání pupečníku, možnost odnést si placentu a další.

Je proto vhodné, aby žena dobře zvážila, jaké představy má o porodu a jak a kde jej chce prožít. A v případě, že se rozhodne pro porod v porodnici, aby si vybrala porodnici, která bude ochotná splnit její požadavky a poskytnout vše potřebné pro bezproblémový porod.

2.5 Spokojenost s perinatální péčí ve zdravotnickém zařízení

Spokojenost žen s perinatální péčí v ČR byla mapována v období od června 2011 do dubna 2012 v rámci projektu „Psychosociální klima porodnice očima rodičky – teorie a diagnostika“. V rámci výzkumu byl ženám administrován dotazník psychosociálního klimatu porodnice (KLI-P) o 71 položkách, tvořený 2 částmi – první částí měřící spokojenost na porodnickém oddělení a druhou zjišťující spokojenost na oddělení šestinedělí či na oddělení, kde byla žena hospitalizována. Dotazník byl administrován jak v elektronické, tak tištěné formě a bylo dosaženo reprezentativního vzorku o celkovém počtu 1195 žen (Takács, Seidlerová et al., 2012).

Výsledky, které zobrazuje tabulka č. 1 níže, odhalily, že celková spokojenost s porodnickými zařízeními je 77 %. Nejlépe byla hodnocena dimenze „fyzické pohodlí a služby“, se kterou bylo spokojeno 85 % žen. Nedostatky ženy spatřují zejména v oblasti psychosociální péče, například v nedostatečném zapojování rodiček do rozhodování, omezeném poskytování informací a nerespektování přání ohledně způsobu vedení porodu, dále pak v nedostatečné psychické podpoře, neosobním, nadřazeném a rutinním přístupu některých zdravotníků a to zejména ve fakultních nemocnicích a porodnicích s více než 800 porody za rok. Ženy byly spokojenější se „vstřícností a empatií“ porodních asistentek více než s totožnými vlastnostmi lékařů. (Takács, Seidlerová et al., 2012).

Nejnižší hodnocení bylo v rámci porodní péče zjištěno u následujících položek:

- Mohla jsem si zvolit porodní polohu, tj. polohu pro vypuzení dítěte (24,3 %).
- Měla jsem pocit, že mohu v průběhu porodu odmítnout jakýkoli zákrok (holení, klystýr atd.) či vyšetření a že to zdravotníci budou respektovat (35,4 %).
- Poskytovali mi emoční podporu (lékaři, 38 %).
- Měla jsem pocit, že zdravotníci při porodu respektovali moje vlastní tempo (41,5 %).

- Jejich přístup byl neosobní (lékaři, 41,7 %, reverzně skórováno) (Takács, Seidlerová et al., 2012).

Tab. 1: Spokojenost v jednotlivých dimenzích péče (Takács, Seidlerová et al., 2012, 19)

	<i>N</i>	<i>Počet položek</i>	<i>Hrubé skóry</i> ⁸	<i>Průměr %</i>	<i>Medián</i>
<i>Porodnické oddělení</i>	696	34	112,28	76,75	80,39
<i>Vstřícnost a empatie – lékaři</i>	1186	7	23,08	76,57	85,71
<i>Vstřícnost a empatie – PA</i>	1188	7	23,71	79,59	85,71
<i>Nadřazenost a nedostatek zájmu</i>	953	8	26,15	75,62	79,17
<i>Fyzické pohodlí a služby</i>	967	5	17,70	84,67	93,33
<i>Kontrola a podíl na rozhodování</i>	832	3	8,23	58,12	55,55
<i>Informace a dostupnost zdravotníků</i>	1123	4	13,46	78,85	83,33
	<i>N</i>	<i>Počet položek</i>	<i>Hrubé skóry</i>	<i>Průměr %</i>	<i>Medián</i>
<i>Oddělení šestinedělí</i>	1179	37	123,31	77,75	81,08
<i>Vstřícnost a empatie – lékaři</i>	1188	8	26,76	78,17	83,33
<i>Vstřícnost a empatie – PA</i>	1191	8	26,80	78,35	83,33
<i>Nadřazenost a nedostatek zájmu</i>	1183	6	18,92	71,77	72,22
<i>Fyzické pohodlí a služby</i>	1194	7	23,02	76,30	85,71
<i>Kontrola a podíl na rozhodování</i>	1193	3	11,01	88,98	100
<i>Informace a dostupnost zdravotníků</i>	1194	5	16,80	78,70	83,33

„Podle kritérií metodiky užívané v projektu ‚Kvalita očima pacientů (KOP)‘ nedosáhlo hodnocení českých porodnic standardu dobré péče (tj. maximálně pozitivního hodnocení u alespoň 80 % položek vztahujících se k dané dimenzi péče) v žádné ze sledovaných dimenzí. I výsledky evaluací v rámci projektu KOP poukázaly spíše na nižší spokojenost u porodnických oddělení a oddělení šestinedělí ve srovnání s ostatními odděleními nemocnic“ (Takács, Seidlerová et al., 2012, 105).

Problémem může být to, že personál nemocnic mnohdy neumí k rodičce přistupovat vhodným způsobem, je příliš autoritativní a nekompromisní, nedokáže adekvátně reagovat na chování rodiček, jako je křik, projevy úzkosti či paniky. Personál neumí rodičkám

⁸ **Hrubými skóry** je myšleno celkové hodnocení péče na porodnickém oddělení získané součtem bodů za jednotlivé položky dotazníku, který rodičky vyplňovaly. Celkové hodnocení bylo získáno zprůměrováním hodnot získaných od jednotlivých rodiček. Bodové rozmezí pro PO bylo 34–136.

poskytovat potřebnou emoční podporu, pocit bezpečí a ochrany, citlivě povzbuzovat a chválit. Mnohdy naopak rodičku označují za problémovou a často se vůči ní projevují necitlivě až agresivně (Thorová, 2015).

3 Plánovaný domácí porod

Tato kapitola pojednává o plánovaném domácím porodu, tedy porodu v domácím prostředí, který si žena zvolila po důkladné rozvaze s vědomím všech výhod, nevýhod a zejména rizik. Za plánovaný domácí porod pro naše potřeby nelze považovat překotný či jiný neplánovaný porod proběhlý v domácím prostředí.

Níže v kapitole je pojednáno o postavení domácího porodu v české společnosti v souvislosti s legislativní úpravou, o počtech domácích porodů, bezpečnosti domácího porodu a motivaci pro jeho volbu.

3.1 Situace týkající se postavení domácích porodů v ČR

Právo zvolit si místo porodu je jedním ze základních práv rodiček nepřímo vyplývajících z Ústavy ČR. Ženám by měla být zaručena kvalitní a bezpečná péče společně s umožněním zvolit si poskytovatele této péče. Pro domácí porod by tedy ženám mělo být umožněno mít kvalifikovanou porodní asistentku, která má kompetence k vedení fyziologického porodu a která dokáže včas vyhodnotit nastalé komplikace a indikovat převoz do zdravotnického zařízení (Liga lidských práv, 2010). Komplikací způsobující nedostatek kvalifikovaných PA je povinná registrace asistentek nutná pro samostatnou práci mimo ZZ, jejíž získání je náročné, neboť krajské úřady tyto registrace PA dlouhodobě odmítají poskytovat. Bez této registrace PA nemůže samostatně pracovat, pokud by totiž bez registrace vedla domácí porod, hrozí jí pokuta až ve výši 1 milionu korun (Candigliota in Labusová, 2012).

V současnosti jsou tedy ženy, které se pro domácí porod rozhodnou, nuceny buď si sehnat porodní asistentku, která je bude doprovázet „nelegálně“ a vystaví se tak pokutě, nebo zažádat soud, aby jim byla k domácímu porodu uvolněna některá z nemocničních PA, které však nejsou zvyklé vést porody v domácím prostředí, a tak hrozí ženám s tím spojené problémy (Candigliota in Labusová, 2012). Třetí možností je pak neasistovaný porod, který s sebou však vzhledem k nepřítomnosti školeného zdravotníka nese velká rizika.

Vzhledem ke kontroverznosti domácích porodů probíhají v současnosti hojné diskuze týkající se této problematiky. Zastánci možnosti zvolit si svobodně místo porodu a mít u něj kvalifikovaného zdravotníka bojují za změnu legislativy, zdůrazňují statistické důkazy podkládající, že domácí porod je pro nízkorizikovou rodičku stejně bezpečný jako nemocniční, a zmiňují také další argumenty jako nižší počet císařských řezů a nižší finanční náročnost domácích porodů. Naopak odpůrci domácích porodů, kterými jsou

lékaři, politici, ale i široká veřejnost, argumentují vysokou rizikovostí jak pro matku, tak pro dítě a výjimečný není ani požadavek, aby si ženy rodící doma hradily případný výjezd zdravotnické záchranné služby z vlastních finančních prostředků.

Jednou z výrazných událostí, které proběhly v roce 2016, je například stížnost dvou českých rodiček, které žalovaly Českou republiku za to, že svými restrikcemi v oblasti porodnictví znemožňuje ženám mít u domácího porodu kvalifikovanou porodní asistentku. Stížností se zabýval Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku (ESLP) (UNIPA, 2016). Soud vydal rozhodnutí dne 15. 11. 2016, ve kterém sice zamítl stížnost obou Češek v poměru dvanáct ku pěti s argumentem, že česká legislativa vychází ze snahy chránit zdraví matky a dítěte, a tedy nedošlo k porušení článku 8 (Právo na respektování soukromého a rodinného života) Evropské úmluvy o ochraně lidských práv. Nicméně soud dodal, že pro budoucí případy by česká legislativa měla být neustálou kontrolou udržována v takovém stavu, aby odrážela současné lékařské a vědecké poznatky a současně respektovala práva žen v oblasti reprodukčního zdraví, zejména zajištěním odpovídajících podmínek pro pacientky i zdravotnický personál (The European Court of Human Rights, 2016). Soud tedy potvrdil svůj rozsudek z roku 2014, kdy dal žalobkyním zapravdu a potvrdil, že domácí porod je stejně bezpečný jako nemocniční, pokud je rodičkám poskytována kvalifikovaná zdravotnická péče a je zajištěna také návazná péče (Hnutí za aktivní mateřství, 2016).

V návaznosti na rozsudek Evropského soudu proběhl 15. listopadu 2016 v Praze na Palackého náměstí před Ministerstvem zdravotnictví happening na podporu změn českého porodnictví s názvem „Jen tak normálně si porodit“ organizovaný Hnutím za aktivní mateřství a Uníí porodních asistentek. Na happeningu bylo možné zhlédnout fotografie rodin, které své potomky přivedly na svět v domácím prostředí, a také fotografie příznivců domácích porodů. Fotografie lidé vkládali na sociální sítě s hashtagem⁹ #svobodnavolba.

Neposlední v řadě jsou zprávy Zdravotnických záchranných služeb, které publikují na svých webových stránkách. Například zpráva ZZS Středočeského kraje s názvem „Plánované domácí porody očima záchranářů I.“ vydaná MUDr. Jiřím Knorem o výjezdu k plánovanému domácímu porodu (Knor, nedat.; UNIPA, 2016). Tyto zprávy bývají mnohdy zkreslené již tím, že je píše lidé, kteří u výjezdu nebyli přítomni. Informace jsou poté dále prezentovány médií a tím silně ovlivňují názory laické veřejnosti.

⁹ **Hashtag** je slovo či fráze, před kterou se píše symbol #. Hashtag slouží mimo jiné jako klíčové slovo k uspořádání dat a příspěvků na sociálních sítích (Hashtag, nedat.).

3.2 Domácí porody v číslech

V České republice neexistuje žádná relevantní statistika mapující počty porodů mimo zdravotnické zařízení s rozlišením, zda se jednalo o plánovaný porod mimo ZZ či neplánovaný. Další komplikací je také fakt, že se rozcházejí data, která publikuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a Český statistický úřad (ČSÚ) (Königsmarková, 2012).

Podle údajů Českého statistického úřadu narodilo v roce 2015 celkem 111 162 dětí (z toho 110 764 živě) (Český statistický úřad, 2016). Počet porodů mimo zdravotnické zařízení je ÚZIS evidován jen pro období od roku 2000 do roku 2009. Pro rok 2009 je to pak 419 porodů mimo ZZ (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011). V tomto počtu jsou však zahrnuty jak plánované porody mimo ZZ, tak porody neplánované, překotné, asociální i kriminální (Pavlíková, 2014).

Soukromou statistiku domácích porodů si od roku 2000 do 2011 vedla porodní asistentka Ivana Königsmarková. Za tuto dobu pak vedla celkem 406 porodů, z nichž bylo doma dokončeno 371 (Königsmarková, 2012).

Na sociální síti Facebook existuje skupina s názvem „Porod v domácím prostředí“, kde členky založily anketu, kam zaznamenávají počty dětí narozených doma. Počty zobrazuje tabulka níže. Hodnoty nejsou statisticky přesné, mohou být zkresleny stále se zvyšující dostupností internetového připojení a oblíbeností sociálních sítí, nicméně ukazují, že počet domácích porodů roste.

Tab. 2: Počet doma narozených dětí podle roku narození zaznamenaný na sociální síti Facebook

Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Počet dětí narozených doma	33	27	52	44	59	103	164	263	312

3.3 Bezpečnost domácího porodu

Jelikož je porod dynamickým procesem, i přes bezproblémové těhotenství a fyziologický začátek porodu může dojít ke změně stavu matky či dítěte, mohou nastat komplikace a v tom případě je nezbytný přesun rodičky do porodnice (Porodní dům U čápa, nedat.). Svoboda (2009) zdůrazňuje, že porodní komplikace mohou přijít náhle a mohou rodičku či dítě ohrozit na životě. Například krvácení totiž může nastat z různých příčin a různého druhu a ve výjimečných případech je nezbytné reagovat ve zlomcích vteřin (Velebil, 2012).

Pokud jsou však dodrženy základní zásady pro vedení domácího porodu (plánovaný domácí porod, nízkoriziková rodička, přítomnost vyškoleného zdravotníka, spolupráce PA s ZZ), pak je bezpečnost domácího porodu podle mnohých studií srovnatelná s porodem v porodnici.

Nízkorizikovou rodičkou je myšlena žena, která:

- je zdravá a cítí se dobře (s výjimkou běžných těhotenských obtíží),
- nemá žádné zdravotní problémy, které ovlivňují ji nebo dítě (např. diabetes či vysoký krevní tlak), a v případě, že již rodila, nevyskytly se u ní žádné komplikace (např. císařský řez, silné poporodní krvácení apod.),
- čeká pouze jedno dítě (ne dvojčata, trojčata apod.), které se v průběhu těhotenství dobře vyvíjí a roste a je v poloze „hlavičkou dolů“,
- porod proběhne mezi 37. a 42. týdnem těhotenství a před ním či na jeho počátku se neobjeví žádné komplikace (např. krvácení, odtok plodové vody dříve než 24 hodin před prvními kontrakcemi nebo infekce, která by se mohla přenést na dítě) (Coxon, 2014).

Dále je nutno, aby žena:

- nebyla léčena s orgánovými onemocněními (játra, srdce, ledviny...),
- neužívala v těhotenství žádné léky,
- byla přesvědčena, že domácí prostředí pro ni symbolizuje bezpečí (i při porodu),
a je pro ni tím nejvhodnějším prostředím pro porod (Porodní dům U čápa, nedat.).

Studie provedená v roce 2011 National Perinatal Epidemiology Unit, která zahrnovala 64 500 žen, a která se zabývala bezpečností porodu pro zdravou ženu s nekomplikovaným těhotenstvím, odhalila, že porod obecně je pro nízkorizikovou rodičku a její dítě velmi bezpečný. V případě domácího porodu pak studie ukázala, že u prvorodiček se mírně zvyšuje riziko pro dítě (9,3 negativních porodních stavů z 1000 případů oproti 5,3 případům z 1000 porodů vedených v porodnických jednotkách). V případě prvorodiček byla zjištěna vysoká pravděpodobnost převozu do porodnického zařízení (45 %). V případě vícerodiček je plánovaný domácí porod stejně bezpečný pro matku a dítě jako porod v porodnici a riziko převozu do ZZ je asi 10 %.

Bezpečnost byla zkoumána mimo jiné například v Kanadě, kde bylo porovnáno 11 493 plánovaných domácích porodů se stejným množstvím porodů nemocničních, obojí

s podmínkou nízkorizikové rodičky. Bylo zjištěno, že relativní riziko¹⁰ (relative risk, RR) RR = 1,03 (95% CI 0,68–1,55), tedy místo porodu, pokud je přítomna kvalifikovaná PA, nemá souvislost s výskytem komplikací. U prvorodiček je RR = 1,04 (95% CI 0,62–1,73), u vícero diček pak RR = 1 (95% CI 0,49 – 2,05) (Hutton et al., 2015).

3.4 Motivace pro volbu domácího porodu

„Motivaci lze definovat jako souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci, nebo dosáhnout něčeho pozitivního“ (Plháková, 2003, 319).

Hartl a Hartlová (2010) definují motivaci jako vnitřní řídicí sílu, která je odpovědná za zahájení, usměrňování, udržování a energetizaci záměrného jednání. Motivaci tudíž můžeme chápat jako proces, jež jedince vede k aktivitě zaměřené jistým směrem pro dosažení cíle, uspokojení potřeby nebo vyhnutí se něčemu nepříjemnému.

Motivace úzce souvisí s celou osobností a podílí se na ní potřeby a hodnoty jako základní motivační faktory (Šimíčková-Čížková, 2001), ale také další činitele, kterými jsou například postoje, duchovní zaměření jedince, sociální vlivy, očekávání, předchozí zkušenosti a jiné (Sigmund, Kvintová & Šafář, 2014).

Pavlas (2011) popisuje typické charakteristiky, které je možno sledovat u motivovaného jedince. Jsou jimi například: cílevědomost, variabilní chování, adekvátní reakce na odměny a tresty, účelné vystupování a jednání, schopnost poučení se z chyb, předvídání následků svých činů a další.

Sexuální a rodičovské motivy jsou řazeny do tzv. sebezáchovných motivů, do kterých spadá mimo jiné sexuální styk, těhotenství, porod i kojení. Do této kategorie jsou zařazeny z toho důvodu, že pokud nepřežijí jednotlivci, nepřežije ani druh. Tyto motivy jsou vrozené, nicméně způsobům jejich uspokojování se učíme v průběhu života a jsme přitom silně ovlivňováni kulturou, v níž žijeme (Plháková, 2003).

V posledních letech je čím dál více kladen důraz na psychologické aspekty související s porodem, které mohou zásadně ovlivnit prožitek porodu a mít důsledky na další život rodící ženy, ale i jejího potomka. Snahou je zajistit intimní prostředí a co nejméně

¹⁰ **Relativním rizikem** je odhadována síla asociace mezi expozicí rizikovému faktoru a výskytem komplikace. Relativní riziko říká, kolikrát častěji se vyskytnou komplikace u osob v rizikové skupině (domácí porod), než ve skupině bezrizikové (nemocniční porod) (Holčík, Koupilová & Gerylovová, 2000).

narušovat porodní děj. Důraz je však kladen také na bezpečnost celého porodního procesu a na to, aby na jeho závěru byla zdravá matka a zdravé dítě (Velebil, 2008).

Mnoho žen na svůj porod vzpomíná jako na nepříjemnou záležitost. Pro rodící ženy je mimo jiné nevhodný nedostatek soukromí a to, že slyší při vlastním porodu křik jiných žen a mají tendenci se kontrolovat a podobně (Thorová, 2015). Dalším ze subjektivně významných zdrojů stresu může být necitlivost zdravotníků, která je intenzivněji prožívána vlivem zvýšené vnímavosti a emoční zranitelnosti rodičky. Některé rodičky poté popisují, že se cítily zahanbené svým chováním v průběhu porodu a trápí se skutečností, že nedokázaly zvládnout bolest a své emoce. Vinu a stud ženy pocítují i přesto, že jsou následně ubezpečeny, že se chovaly naprosto adekvátně situaci (Vágnerová, 2007).

Z výzkumů plyne, že některé ženy se snaží nepříznivou situaci v porodnicích ovlivnit pečlivě zpracovaným porodním přáním a přítomností vlastní PA u nemocničního porodu. Důvody pro volbu domácího porodu jsou pak mnohdy protikladem k tomu, na co si ženy ze zkušenosti s porodnicí stěžují. Finský kvalitativní výzkum provedený na 12 ženách uvádí tyto hlavní motivační faktory pro volbu porodu v domácím prostředí:

- předchozí zpravidla nepříjemná zkušenost s porodem, nebo naopak příjemná zkušenost s domácím porodem,
- vnímání porodu jako přirozeného procesu,
- zvýšení autonomie,
- domácí prostředí (umožňující například přítomnost sourozenců u porodu),
- víra v intuici,
- přání vybrat si porodní asistentku,
- nedůvěra v medicínu (Jouhki, 2011).

Z kvalitativního výzkumu provedeného na 12 ženách žijících v Austrálii, který v roce 2015 publikovaly Keedle, Schmied, Burns a Dahlen poté vyplynulo, že hlavními motivy pro volbu domácího porodu po předchozím porodu císařským řezem či po předchozím traumatizujícím vaginálním porodu bylo „aby se to už neopakovalo“. Důvody, proč již ženy nechtějí, aby se to opakovalo, popisovaly například tak, že se cítily jako kus masa, zejména pro to, že si připadaly ignorovány a nemohly se zapojit do rozhodování o procesu porodu. Druhým důvodem bylo to, že byly po dlouhá léta traumatizovány. V souvislosti s traumatem popisovaly pocity lítosti, sebeobviňování, izolace a pocitu okradení. Dalším popisovaným faktem byl strach, nepochopení, nevyslyšení přání. Posledním identifikovaným sub-tématem byla re-traumatizace zdravotnickým systémem, série

zastrašování a vyhrožování. Prodělaný domácí porod byl poté popisován jako léčivý, posilující, přinášející radost a energii, některé z žen popisovaly, že cítily hrdost a úspěch.

Štomerová (2005) uvádí navíc ještě další výhody přirozeného porodu doma:

- neoddělování matky a dítěte,
- možnost být při narození dítěte dohromady jako rodina,
- pocit bezpečí, dobrého zázemí a pohody,
- snížení rizika infekce jak u matky, tak u dítěte,
- soukromí a intimita,
- vlastní kontrola nad vším děním.

Porod v domácím prostředí s sebou však přináší i nevýhody, mezi které patří například to, že péči spojenou s porodem doma nehradí zdravotní pojišťovna. Rodiče si také musí sami zařídit některé záležitosti, které jinak obstarává nemocnice (například zápis dítěte na matrice). Dále se musí rodiče hned po porodu postarat o domácnost, tedy úklid, stravování apod. A v případě komplikací je nutné zajistit převoz do nemocnice, kde hrozí ne příliš vstřícný přístup personálu (Štomerová, 2005).

Thorová (2015, 341) uvádí: *„vždy budou existovat i ženy, které přivedou plánovaně dítě na svět v domácím prostředí, protože intimitu a soukromí vnímají jako nejpodstatnější činitele, jež jim umožní bezproblémový průběh porodu.“*

4 Partnerský vztah a jeho přechod v rodičovství

Tato kapitola pojednává o heterosexuálním partnerství, tedy o partnerství mezi mužem a ženou, a jeho proměnách v závislosti na přechodu k rodičovství.

4.1 Partnerský vztah a jeho formy

Vytvoření stabilního monogamního vztahu jako základu pro vytvoření rodiny je jedním ze základních vývojových úkolů mladé dospělosti. Partnerský vztah je charakterizován intimitou, citovým připoutáním, milostným vztahem a párovou identitou. Vztah se vývojem mění z krátkodobého na dlouhodobý. V současné době existují páry, které vstupují do manželství a vytváří tak legislativní párovou instituci, základní jednotku rodiny, jejímž hlavním cílem je vytvoření stabilní základny pro výchovu dětí. Také jsou však páry, které žijí v tzv. kohabitaci, tedy v dlouhodobém nesezdaném soužití, které může být jak předstupněm manželství, tak i náhradou tohoto svazku a dostatečnou formou pro výchovu dětí (Thorová, 2015).

Partnerský vztah je charakteristický účastí partnerů na společných cílech, zájmech či úkolech, vysokou mírou spolupráce a vzájemné závislosti (Jandourek, 2001). Párová identita se spojena se vzdáním se části své osobní identity. Avšak dochází také k rozvoji osobnosti jedince, sebepoznání, sebe porozumění a seberealizaci (Vágnerová, 2007).

V současné moderní společnosti mají vztahy často podobu čistých vztahů nepodmíněných ekonomickými ani sociálními okolnostmi. Partnerské vztahy tedy existují jen pro vztah samotný a jedná se o vztahy romantické lásky, ve kterých hraje klíčovou roli zaujatost muže a ženy pro vztah a vzájemná oddanost jeden druhému. Partneři již nejsou společností nuceni dostát vnějším kritériím v podobě tradičních požadavků příbuzenství, rodinných závazků nebo jiných sociálních povinností (Katrňák, 2000).

4.2 Volba partnera

Volba partnera je krokem, při kterém musí být jedinec aktivní a usilovat o to, aby získal partnerovu důvěru (Katrňák, 2000). Při hledání ideálního trvalého partnera nás ovlivňuje řada faktorů, mezi nimiž jsou normy společnosti, ve které žijeme, aktuálně uznávaný ideál krásy či propagovaný prototyp ideálního životního partnera (Vágnerová, 2007). Fyzická atraktivita však hraje roli zejména při prvním kontaktu, při kterém si tvoříme první dojem. Pro dlouhodobý vztah je podstatná atraktivita osobní (Výrost & Slaměnik, 2008). Nejvýraznější vliv mají však individuální preference plynoucí z osobnostních charakteristik, hodnot a postojů a navazující na předchozí zkušenosti

s milostnými vztahy a zážitky z dětství (Vágnerová, 2007). Dalšími charakteristikami hrajícími roli při hledání protějšku a budování dlouhodobého a kvalitního vztahu jsou blízkost místa zaměstnání partnera, fyzická atraktivita, kompetentnost a vzájemná náklonnost (Jackson-Dwyerová, 2013).

Z evolučních teorií vyplývá, že lidé při výběru hodnotí potenciální partnery dle 3 kritérií:

1. srdečnost a důvěryhodnost,
2. atraktivita a vitalita,
3. společenské postavení a prostředky (Campbell & Fletcher, 2015).

Evoluční teorii potvrzuje také studie, ve které bylo hodnoceno 5 preferovaných rysů osobnosti – extraverte, přívětivost, emoční stabilita, svědomitost a otevřenost. Z výsledků studie plyne, že zejména ženy mají na muže vyšší požadavky v oblasti přívětivosti, svědomitosti a emoční stability než muži na ženy. Ženy jsou v tomto ohledu více vybíravější a mají vyšší minimální standardy, což může být způsobeno větší povinnou investicí do rodičovství ze strany žen (Valentova, Štěrbová, Bártová & Varella, 2016).

Campbell & Fletcher (2015) popisují trojstrannou strukturu pro výběr partnera dle toho, kterým kritériím evoluční teorie je věnována pozornost. Pokud je pozornost věnovaná kapacitě budoucího partnera pro důvěrnost a závazek, měla by se zvýšit šance na získání spolupracujícího partnera, který bude pravděpodobně v budoucnu oddaným rodičem. Při soustředění se na atraktivitu a vitalitu je vyšší pravděpodobnost nalezení mladšího a plodnějšího partnera, což je podstatné zejména, když si muži vybírají partnerku. Prostředky a postavení jsou kritériem pro získání partnera, u něhož je šance, že bude mít vyšší post v sociální hierarchii.

Existuje značné množství teorií popisujících principy výběru partnera. Jednu z nich popisuje například Šmolka (2005), který zdůrazňuje zejména princip podobnosti a princip odlišnosti. Dle principu podobnosti si vybíráme člověka z nám blízké věkové nebo sociální skupiny či s podobným vzděláním. Patrná je také rasová a národnostní podobnost. Shoda při uplatňování principu podobnosti je častá také v životních hodnotách, preferovaných aktivitách, životním stylu, osobních zkušenostech, míře osobní zralosti a dalších faktorech (Langmeier & Krejčířová, 2006). Odlišnost se pak projevuje ve vzájemném se doplňování partnerů plynoucí z principu „přitahování se protikladů“. Nicméně doplňující rysy se zpravidla týkají pouze povrchových vlastností osobnosti (Langmeier & Krejčířová, 2006). Avšak vhodné nejsou ani příliš velké podobnosti ani odlišnosti (Šmolka, 2005).

Volbou partnera se zabývají i další teorie. Příkladem může být duplikační teorie rodičovského principu (Matějková, 2007), Plzák (1998) poté popisuje volbu partnera na základě emocí nebo rozumu, případně poměrně nové pojetí připodobňuje výběr partnera k jakémusi trhu, na kterém dochází k vzájemné směně a soutěžení o potenciální protějšek (Strong, DeVault & Cohen, 2011). Nicméně popis všech rozličných teorií není podstatou tohoto textu, proto se jím více nebude zabýváno.

4.3 Vývoj partnerského vztahu

Adams (1979, in Novák & Hargašová, 2007) popisuje 5 fází vývoje partnerského vztahu, které jsou: první kontakt – cizinci, spojovací článek – známí, připoutání – přátelství, spojenectví – intimní přátelství, nerozlučný svazek – manželství.

V 1. fázi se lidé setkávají jako cizinci, kteří o sobě neví nic či jen velmi málo. K tomuto setkání obvykle dochází náhodou při každodenních činnostech. Pokud bylo setkání příjemné, objevuje se v 2. fázi touha setkat se opět. Typické je poté opakované setkávání a tzv. chození spolu. V průběhu 3. fáze vývoje se mění komunikace, verbální i neverbální a vývoj závisí na frekvenci setkávání, ale i na náplni schůzek (Adams, 1979, in Novák & Hargašová, 2007).

Z hlediska založení vztahu začíná kvalita partnersky stráveného času dominovat nad pravdou o partnerovi. V době pozdní modernity není podstatné to, kdo partner skutečně je, ale jak se s ním člověk cítí a co zajímavého spolu prožívají (Katrňák, 2000). Angažovanost obvykle značí hloubka hovorů, které běžně s jinými lidmi nevedeme, příkladem jsou hovory o pocitech, obavách, zklamáních, rodinných potížích. Partneři se postupně poznávají a získávají k sobě vzájemný respekt a úctu. Ve 4. fázi poté můžeme usuzovat o budoucím směřování vztahu na základě toho, jak se vzájemně partneři zařazují do svých plánů o budoucnosti. Dvojice je totiž spojena přátelstvím, vzájemnou důvěrou, množstvím informací jeden o druhém. Jiný druh důvěry poté do vztahu přináší sexuální akt, který může odhalit nové pocity, které mohou být nepříjemné, nicméně sexuální soulad je pro budoucnost vztahu nezbytný. Intimní partnerství je výsledkem oboustranné akceptace pocitů spojených se sexuálním životem. Posledním 5. stádiem je manželství, které je založeno na v průběhu vývoje získaném vzájemném poznání, přizpůsobení, intimním partnerství a společném rozvíjení sebe i vztahu (Adams, 1979, in Novák & Hargašová, 2007).

Venglářová (2008) dělí fáze na zamilovanost, lásku a partnerství, která s sebou mohou přinášet jistá úskalí. Problémem v zamilovanosti je, že partneři na sebe nepohlížejí

objektivně a nadhodnocují dobré vlastnosti a schopnosti, tudíž při uvažování o budoucnosti vztahu je nezbytné zvážit věci, které na partnerovi nemilujeme. Trvání období zamilovanosti je dle Matějkové (2007) individuálním, obvykle však tato fáze trvá od několika měsíců nejdéle po dobu 3 let. Při přechodu od zamilovanosti k lásce začíná vztah přinášet partnerům radost a poskytovat prostředí pro uspokojení citových i tělesných potřeb a rozvoj osobnosti partnerů, ale city a vášně již nejsou tak silné. V partnerství již by měli mít partneři představu co od sebe mohou očekávat, dobře se vzájemně znát a respektovat své slabé stránky. Partneři by měli být schopni spolupracovat na chodu domácnosti a pečovat o děti.

Jak již popisoval Adams (1979, in Novák & Hargašová, 2007), poslední fázi partnerského vztahu je manželství, nicméně v současné době přibývá párů, které spolu žijí dlouhodobě bez uzavření sňatku. Sociologové toto nesezdané soužití nazývají kohabitace. Kohabitace může být předstupněm manželství, ale také plnou náhradou manželství a plnou funkční „platformou“ pro výchovu dětí. Někdy bývá kohabitace nazývána také neformální či faktické manželství (Thorová, 2015).

4.4 Partner u porodu

Jak je uvedeno výše, žena má právo se rozhodnout, koho chce mít u svého porodu. Může si zvolit vlastní porodní asistentku, dudu, ale také partnera. Názory na přítomnost muže u porodu se různí mezi ženami. Některé ženy muže u svého porodu chtějí, jiné se stydí za své možné projevy, bojí se, aby přítomnost muže neovlivnila jejich budoucí partnerský vztah, nebo mají obavu z toho, že by na ně mohl muž přenášet vlastní nervozitu. Jiné ženy však naopak přítomnost muže berou jako samozřejmost, mají v něm oporu a muž je pro ně jakýmsi symbolem jistoty a bezpečí.

Historicky byl muž přítomen porodům vždy. Nebyl sice přítomen přímo v místnosti spolu s rodící ženou, ale byl vždy nablízku. Muž tedy mohl vnímat atmosféru, která porod obklopuje, a po narození měl možnost se s dítětem přivítat. V historii bylo běžné, že žena rodila doma, a tedy oba rodiče zůstávali v jim známém prostředí. Porodní asistentka byla a je i nyní u rodiny pouze „na návštěvě“, ač se po domě pohybuje relativně suverénně, což je pro výkon její práce nezbytné (Doležalová, 2006).

Dnes je situace jiná a partner se nemusí v nemocničním prostředí cítit uvolněně, může být nervózní a tuto nervozitu může přenášet na rodičku, což samozřejmě není dobré. Muž by měl být také připraven na to, že jeho úkolem není plnit roli ochránce, ale pouze ženu podporovat a pomáhat jí (Doležalová, 2006).

Budoucí otce mohou provázet obavy plynoucí z jejich představy o možném průběhu porodu. Jako důležité se ukázalo poskytnout mužům psychosociální a informační podporu (Sapountzi-Krepia et al., 2015). Nicméně možnost být přítomen u porodu, spolu s aktivním zapojováním v průběhu těhotenství a předporodní přípravy, přináší novopečenému otci množství benefitů. Výzkum z roku 2016 ukázal, že přítomnost u porodu umožňuje muži cítit se jako aktivní a užitečný účastník porodu a pocítit pozitivní pocity vděčnosti. Přítomnost také podporuje nově vznikající vazby mezi rodiči a narozeným dítětem a upevňuje rodinné vazby (Coutinho et al., 2016).

Nejdůležitějším faktem je, že přítomnost muže u porodu by měla být jeho svobodným rozhodnutím, k němuž se žena také musí vyjádřit. Oba z páru by měli počítat s tím, že může nastat situace, kdy bude muset muž odejít, ať již to nebude příjemné jemu, nebo to bude žádat rodička (Doležalová, 2006).

4.5 Přejchod k rodičovství

„Narození dítěte patří k nejvýraznějším životním předělům. Člověk ztrácí velkou část osobní svobody, na straně druhé získává silné emoční prožitky a nové životní zkušenosti, narození dítěte často vnímá jako naplnění smyslu života. Značná část pozornosti se zaměřuje na dítě, člověk se obvykle stává zodpovědnějším a rozvážnějším“ (Thorová, 2015, 442).

Rodičovská role s sebou přináší nové úkoly spojené s rolí matky či otce a zároveň umožňuje uspokojení některých životních potřeb, jako je potřeba generativity znamenající potřebu mít někoho, o koho mohu pečovat, kdo je na mně absolutně závislý. Do manželství či partnerství vnáší dítě řadu pozitivních prožitků a probouzí v rodičích ochranný postoj dodávající jejich životu smysl. Také však jsou na rodiče kladeny nové nároky, je nezbytná změna denního uspořádání času a je potřeba určitá míra schopnosti reagovat flexibilně a zvládat starosti, obavy a konflikty (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Narození potomka může být jakousi přechodovou etapou, zlomem, ale také se jedná o nejvíce stresující a náročnou změnu, které páry na své společné cestě čelí (Keizer & Schenk, 2012). Matoušek (2003) považuje období, které následuje po narození potomka za první manželskou krizi.

Longitudinální výzkum spokojenosti v partnerství ukázal, že při přechodu k rodičovství dochází na určitý čas ke snížení spokojenosti s partnerským vztahem. Větší nespokojenost je patrná u žen i u mužů. Tato spokojenost se však po určité době ustálí, a pokud vztah náročného životního období zvládne, průměrně s nástupem dítěte na základní

školu, dochází opět k nárůstu spokojenosti se vztahem. U mužů je dle výsledků nespokojenost způsobená zejména tím, že je vlivem nezbytné péče o dítě a o domácnost výrazně sníženo množství času, který mohou trávit společně jako pár. Ženy konstatovaly nespokojenost s kvalitou využití společně tráveného času. Obecně lze říci, že společně trávený čas silně ovlivňuje párovou spokojenost (Keizer & Schenk, 2012). Výše uvedené potvrzují i další provedené výzkumy. Například Gottman a Schwartz-Gottmanová (2007) uvádějí, že k poklesu spokojenosti a nárůstu konfliktů dochází u 65 % párů.

Pro udržení partnerské párové spokojenosti je nezbytné, aby byla pozornost věnována oběma rolím, které novopečení rodiče mají, tedy jak roli partnerské, tak rodičovské (Bouchard, 2014). Dle výzkumů je také patrné, že jistou důležitostí je potřeba přikládat i tomu, aby se na péči o děti a zvládání nově nastalé situace, spojené s nutným řešením konfliktů a dělením domácích prací, podíleli jistou měrou oba partneři (Agache, Leyedecker, Schäfermeier & Schölmerich, 2014). Sdílení domácích činností a zejména péče o malé dítě je faktorem, který významně přispívá k prohloubení partnerského vztahu. Naopak nižší míru zapojení otce může žena, která je po prodělaném porodu vlivem vyčerpání a rozkolísané hladiny hormonů, interpretovat jako projev lhostejnosti a nezájmu. Matkám mnohdy stačí i projev citové účasti a podpory po porodu, a pokud otec projevuje radost a uspokojení z narození potomka, ženy se cítí spokojenější, neboť se tímto zhodnocuje jejich investice do mateřství (Vágnerová, 2007).

Spory, které začnou již po narození z důvodu nedostatečné angažovanosti muže, mohou poté přetrvávat a gradovat v období, když již není věcí k řešení pouze péče, ale i výchova. Ale i v tomto období přetrvávají stížnosti, že se partner o děti nestará, nehraje si s nimi a nepodílí se na jejich výchově (Kratochvíl, 2009).

5 Současný stav poznání a aktuální výzkumy

V České republice je nedostatek výzkumů zabývajících se tématem domácích porodů. Domácími porody se zabývají zejména bakalářské a diplomové práce, kterým však není obvykle věnována dostatečná pozornost veřejnosti, a často jsou tak pouze pracemi pro práci. Témata diplomových prací se často týkají komparace nemocničního porodu s domácím, riziky DP, přítomností otce u porodu, postoji společnosti k DP, vztahem matky a dítěte a podobně.

Důvodem nedostatku veřejně propagovaných studií může být kontroverznost tématu, které se začalo do oblasti zájmu výzkumníků, ale také lékařů, právníků či novinářů dostávat až v posledních letech.

Výzkum Němcové (2016) ukázal, že porod v domácím prostředí není příliš zajímavým tématem ani pro významná česká tištěná periodika. Do roku 2000 se v médiích neobjevila téměř žádná zmínka o této problematice. Do roku 2015 pak většina článků reagovala pouze na soudní spory vedené s porodními asistentkami a úmrtí matek či novorozeneckých dětí při porodu v domácím prostředí. Po tomto roce se pak začaly objevovat první edukativní a informativní články o možnosti родit doma. Z výzkumu také vyplynulo, že postoj žurnalistů, ale i odborníků, kteří se k domácím porodům vyjádřili, je jednoznačně negativní a důvodem je obava o matku a dítě.

Zajímavou studií je projekt „Psychosociální klima porodnice očima rodičky“ autorem Takács, Seidlerové a kolektivu (2012) z Univerzity Karlovy v Praze, realizovaný v letech 2011 a 2012. V rámci tohoto kvantitativního výzkumu byl autory vytvořen evaluační dotazník KLI-P určený k hodnocení perinatální péče a následně byla tato metoda administrována při celorepublikovém průzkumu spokojenosti žen s péčí v českých porodnicích s účelem podat zdravotníkům a vedení nemocnic zpětnou vazbu o patientské spokojenosti. Dotazník byl vytvořen pro zmapování, zda se stížnosti žen na nemožnost spolupodílení se na rozhodování o svém porodu, nedostatečné informování ze strany personálu, autoritativní a necitlivý přístup a další aspekty přístupu k ženám v porodnicích vyskytují jen ojediněle, nebo existuje větší množství nespokojených žen. Bližší informace ke zjištěným výsledkům jsou uvedeny v kapitole 2.5.

Vzhledem k právnímu zakotvení domácích porodů v ČR neexistují statistická data, která by mapovala počty domácích porodů (blíže viz kapitola 3.2), tudíž nemáme ani data, která by přibližovala rizikovost domácího porodu, počty a typ komplikací a další

informace. Sledování domácích porodů je však v zemích, kde je tento systém péče využíván, běžné.

Například v USA probíhal v letech 2004–2009 projekt MANA Stats (The Midwives Alliance of North America Statistics Project, Statistický projekt Aliance porodních asistentek Severní Ameriky), pomocí kterého byly shromažďovány informace o porodech vedených porodní asistentkou (94 % žen bylo v péči registrované PA se samostatnou licenci, zbylé zaznamenané porody byly provázené osobou bez PA licence). Z celkového počtu 24 848 porodů bylo celkem 81 % porodů domácích. Tento projekt tak umožňuje sledovat a výzkumně studovat otázky spojené s normálním fyziologickým porodem a péčí porodních asistentek. Více než 85 % porodů v souboru totiž proběhlo bez rutinních lékařských zákroků, jakými je například epidurální analgezie, aplikace syntetického oxytocinu či kontinuální monitorování srdeční činnosti plodu. V projektu MANA Stats bylo detailně sledováno množství proměnných, hlavními sledovanými kategoriemi byly: demografické údaje, historie zdravotního stavu ženy, informace o současném těhotenství, informace o proběhlém porodu (např. místo porodu, délka těhotenství, zásahy do porodu, metody monitorování, metody tlumení bolesti a další), komplikace, průběh třetí doby porodní, informace o novorozenci a o průběhu poporodní doby. V případě nutného převozu do zdravotnického zařízení byly doplňovány o další informace včetně výsledků pitvy v případě úmrtí matky či dítěte (Cheyney et al., 2014).

Získaná data prošla kontrolou. Pokud byly zjištěny chybné informace, zaznamenaný převoz, narození mrtvého dítěte či následné úmrtí, byla data opakovaně kontrolována a v případě nekonzistence vyřazena. Výsledky získané po dokončení čištění dat zobrazuje tabulka č. 3 níže (Cheyney et al., 2014).

Tab. 3: Výsledná data projektu MANA Stats po pročištění matice dat

	<i>n celkem</i>	<i>n (%)</i>	<i>95% CI procent</i>	<i>Kappa</i>
<i>Porod před termínem</i>	9929	123 (1,24)	1,02-1,46	0,995
<i>Císařský řez</i>	9926	554 (5,58)	5,13-6,03	1
<i>Porodní váha <2500 g</i>	9876	81 (0,82)	0,64-1,00	1
<i>Převoz matky a dítěte v průběhu porodu</i>	9932	1167 (11,75)	11,12-12,38	0,996
<i>Převoz novorozence po porodu</i>	9932	86 (0,87)	0,69-1,05	0,982
<i>Převoz po porodu</i>	9932	200 (2,01)	1,73-2,29	0,992

<i>Apgar skóre <7 po 5 minutách</i>	9643	151 (1,57)	1,27-1,75	1
--	------	------------	-----------	---

Nicméně ženy se rozhodují pro domácí porod pod vlivem různých faktorů, kterými může být předchozí zkušenost s porodem v porodnici, ale nemusí. Kvalitativní výzkum provedený pomocí polostrukturovaných rozhovorů na 12 ženách v Austrálii, který zkoumal soubor žen po prodělaném císařském řezu, jež se rozhodly pro domácí porod, ač je pro ně více rizikový, ukázal, že zastřešujícím tématem je „aby se to neopakovalo“ (Keedle et al., 2015). Další důvody, které vyplynuly z výzkumů jsou blíže popsány v kapitole 3.4.

Ať již probíhá porod doma z jakýchkoli důvodů, je vhodné, aby pro zajištění potřebné zdravotní péče a tím snížení potenciálních rizik plynoucích z neočekávaných komplikací byla přítomna kvalifikovaná porodní asistentka. Další přítomné osoby jsou však již čistě na rodící ženě.

Kvalitativní studie provedená v Irsku na 8 mužích, jejichž partnerky prodělaly domácí porod, ukázala, že pokud se žena rozhodne prožít svůj porod v přítomnosti partnera, který s domácím porodem souhlasí, může partnerův pozitivní prožitek z porodu posílit partnerský vztah skrze přínosy, které prožitek porodu muži poskytuje. Aktivní zapojení do porodního procesu jim dle analýzy přinášelo pocit „vlastnictví zkušenosti s porodem“ a tato zkušenost s přirozeným porodem jim dala nový pohled na život. Témata identifikovaná z rozhovorů pomocí IPA analýzy byla: „projednávání rozhodnutí“, „vlastnictví porodu“ a „změna způsobu bytí“ (Sweeney & O’Connell, 2015).

Intimní stránka partnerského života a frekvence pohlavního styku pak závisí, nezávisle na místě porodu, spíše na míře poranění rodičky, respektive na provedení či neprovedení nástřihu hráze. Z výzkumu Neubertové Zemánkové (2014) vyplynulo, že u žen, kterým nebyl proveden nástřih se chuť na sex nezměnila, případně se zvýšila. U žen, kterým nástřih proveden byl, se chuť na sex snížila z důvodu dlouhé bolestivosti v intimní oblasti. Ženy po císařském řezu buď změnu chuti nepozorovaly, nebo sledovaly mírné snížení. U žen po domácím porodu byla udávána výrazný přesun pozornosti směrem k péči o děti a následní snížení chuti na sex z důvodu únavy plynoucí z péče o dítě a kojení.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Metodologický rámec výzkumu

V této kapitole bude popsán metodologický rámec výzkumu. Zmíněn bude výzkumný problém, výzkumné cíle a výzkumné otázky. Dále bude popsán design výzkumu, metody výběru výzkumného souboru, průběh tvorby dat a jejich analýzy a v závěru kapitoly budou popsány etické aspekty výzkumu.

6.1 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky

Domácí porod je v současné době hojně diskutovaným tématem ve všech úrovních společnosti, mezi laickou veřejností, odbornou společností, na politické úrovni. Na úrovni mezinárodní se pak „české domácí porody“ dostaly až k Evropskému soudu pro lidská práva. Aktuálně přibývá žen, které se pro domácí porod rozhodují kvůli tomu, že se nechtějí smířit s častými výroky lékařů, že porod je pro ženu i dítě vysoce rizikový, a že je proto již v těhotenství nutno podstupovat množství rutinních zákroků, které však zdravou těhotnou ženu pasují do role pacientky, do role nemocné. Jen jednou z mnoha dalších věcí, které působí na postoje žen, jsou častá tvrzení, že v současné době již ženy nezvládnou samy porodit, že to již neumí, že k tomu nemají fyzické dispozice. V České republice byl doposud domácí porod jakési tabu. Díky tomu u nás neexistují statistiky četnosti domácích porodů, informace o rodičkách, které se pro tuto formu porodu rozhodují ani data o bezpečnosti domácího porodu či aktuální výzkumy této problematiky.

Rozhodla jsem se proto zaměřit se na skupinu žen, které se pro domácí porod rozhodly a zmapovat, co bylo jejich hlavní motivací, jak se na domácí porod připravovaly a zda fakt rozhodnutí se pro domácí porod a s tím související těžkosti, ale i radosti ovlivnily nějakým způsobem vývoj a kvalitu partnerského vztahu. Zaměřila jsem se také na to, jak se proměňoval postoj k domácímu porodu u samotných žen, ale i u jejich partnerů, a jaké vnímají po absolvování porodu v domácím prostředí výhody a nevýhody tohoto rozhodnutí.

Výzkumný problém této bakalářské práce tedy spočívá v mapování situace žen a jejich partnerů související s domácím porodem.

Výzkumné cíle jsou:

1. Identifikovat hlavní motivační faktory pro volbu domácího porodu.
2. Zjistit, jak probíhá příprava na domácí porod.

3. Zmapovat proměny a vývoj partnerského vztahu v průběhu rozhodování se o domácím porodu, přípravy na domácí porod a po prodělání domácího porodu.
4. Popsat vývoj postoje k domácímu porodu v průběhu rozhodování se o místě budoucího porodu.
5. Zmapovat vnímané výhody a nevýhody domácího porodu.

V návaznosti na výzkumné cíle byly stanoveny **výzkumné otázky** v následujícím znění:

1. Jaké jsou hlavní motivační faktory pro volbu domácího porodu?
2. Jak probíhá příprava rodičů na domácí porod?
3. K jakým proměnám vztahu mezi ženou a mužem dochází v průběhu rozhodování se o domácím porodu, přípravy na domácí porod a po prodělání domácího porodu?
4. Jak se vyvíjí postoj k domácímu porodu v průběhu rozhodování se o místě budoucího porodu?
5. Jaké jsou vnímané výhody a nevýhody domácího porodu?

6.2 Design výzkumu

Vzhledem ke zkoumané problematice a stanoveným cílům výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup, který je vhodný pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů vnitřní i vnější reality (Miovský, 2006). Kvalitativní přístup byl zvolen pro získání komplexního, detailního obrazu domácího porodu, který by měl umožnit bližší poznání zkoumaného jevu. Kvalitativní přístup byl využit také díky možnosti snáze se přizpůsobit nastalým situacím a měnícím se podmínkám (Hendl, 2012).

Typem výzkumu v rámci kvalitativního přístupu je vícečetná případová studie umožňující podrobné studium případu v jeho celistvosti, zmapování vztahů a získání velkého množství dat (Hendl, 2012). Případová studie je dle Yina (in Miovský, 2006) vhodná v případě, že výzkumné otázky jsou typu jak a proč, pokud nad zkoumanými procesy a událostmi máme jen malou možnost kontroly a zkoumaný problém je aktuální.

6.3 Výzkumný soubor

Pro získání respondentů byly využity nepravděpodobnostní metody výběru výzkumného souboru, zejména samovýběr a metoda sněhové koule. V případě samovýběru byly zveřejněny inzeráty s nabídkou možnosti účasti ve výzkumu. Inzeráty byly zveřejněny ve skupinách na sociální síti Facebook, které souvisejí s domácím porodem. Podmínkou

účasti ve výzkumu byl pouze prodělaný plánovaný domácí porod, tedy nikoli porod překotný či z jiných důvodů prodělaný doma i přes původní plán родit v porodnici. Pomocí metody sněhové koule byli získáni další respondenti a zejména muži byli získáni pomocí této metody, jelikož primárně na inzerát reagovaly ženy, a muži tak byli získáni s pomocí jejich partnerek, které jim předaly žádost o účast ve výzkumu.

Nepravděpodobnostní metody byly zvoleny zejména k zajištění dostatečné reprezentativnosti souboru vzhledem k výzkumnému problému. Komplikací však může být fakt, že osoby, které se přihlásí do výzkumu samy a dobrovolně a poté ještě například dorazí na smlouvané místo, se mohou lišit od běžné populace v míře extravertze, nejistoty, neuroticismu, agresivity, závislosti na jiných lidech a dalších vlastností (Miovský, 2006). Nicméně vzhledem ke zkoumané problematice a zvolené metodě analýzy dat (viz kapitola 6.5) je angažovanost respondentů žádoucí, neboť v perspektivě interpretativní fenomenologické analýzy (dále jen IPA) je nezbytné, aby respondent vnímal své zapojení do výzkumu jako užitečné pro výzkum, ale i pro sebe samého (Řiháček, Čermák, Hytych et al., 2013).

Výzkumný vzorek po vyřazení 1 manželského páru, který rodil doma neplánovaně, tvoří celkem 11 osob, z toho 7 žen a 4 muži. Průměrný věk respondentů byl 30,8 let se směrodatnou odchylkou $SD = 3,76$ (průměrný věk žen byl 29,4 let, $SD = 3,46$ a průměrný věk mužů byl 33,3 let, $SD = 3,30$), modus vzdělání byl VŠ vzdělání s $n = 8$. V případě žen proběhlo 6 ze 7 porodů v domácím prostředí až při porodu druhorozeného dítěte. Pouze jedna žena prodělala domácí porod jako prvorodička. Detaily o respondentech zobrazuje tabulka níže.

Tab. 4: Popis výzkumného souboru

<i>ID</i>	<i>Pohlaví</i>	<i>Věk</i>	<i>Bydliště</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Stav</i>	<i>Počet porodů</i>	<i>Domácí porody</i>	<i>Nemocniční porody</i>
1	Žena	27	Olomouc	SŠ	Partnerství	2	1	1
2	Žena	31	Olomouc	VŠ	Partnerství	2	1	1
3	Žena	33	Olomouc	VŠ	Vdaná	2	1	1
4	Žena	31	Olomouc	VŠ	Vdaná	1	1	
5	Žena	27	Olomouc	SŠ	Vdaná	2	1	1
6	Žena	33	Brno	VŠ	Vdaná	2	1	1
7	Žena	24	Olomouc	SŠ	Partnerství	2	1	1
8	Muž	29	Olomouc	VŠ	Partnerství	2	1	1
9	Muž	37	Olomouc	VŠ	Ženatý	2	1	1
10	Muž	34	Olomouc	VŠ	Ženatý	1	1	
11	Muž	33	Brno	VŠ	Ženatý	2	1	1

6.4 Tvorba dat

Potenciální respondenti byli oslovováni od srpna 2016, od kdy se mohli do výzkumu přihlásit, následně probíhalo oslovování konkrétních jedinců, při kterém byly osoby blíže informovány o výzkumu, anonymitě, možnosti odstoupit od výzkumu, a došlo ke snahám o dohodnutí osobní kontaktu pro provedení rozhovorů. Samotný sběr dat byl realizován od října 2016 do března 2017. Účastníkům bylo nabídnuto vždy několik termínů tak, aby doba rozhovoru respektovala časovou organizaci dne příslušné rodiny. Rozhovory byly realizovány zejména v kavárnách s dětskými koutky případně v domácnostech respondentů, aby bylo ženám či párům umožněno mít potomka u sebe. Hlučné prostředí však komplikovalo záznam rozhovoru a jeho srozumitelnost.

Pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který byl přizpůsoben formou dvou variant pro muže a ženy. Rozhovor obsahoval okruhy mapující jednotlivé oblasti související s výzkumnými otázkami – základní demografické údaje (9 otázek) a jednu kontrolní otázku pro umožnění realizace rozhovoru (v případě žen o ne/prodělání domácího porodu, v případě mužů o ne/přítomnosti u domácího porodu), zjištění informací o vztahu mezi partnery (6 otázek), příprava na porod a motivace pro jeho volbu (9 otázek), porod a doba následující po něm (7 otázek), závěrečné otázky umožňující dodat svůj názor a doplnit nevyčтенé (3 otázky). Celkem měla tedy verze pro ženy 35 otázek a v případě potřeby byly doplněny rozšiřující otázky. Verze pro muže se skládala celkem z 44 otázek respektující výše uvedené okruhy. Plné znění rozhovoru je uvedeno v přílohách č. 4 a 5.

Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen kvůli jeho flexibilitě, umožňující měnit pořadí otázek, pokládat doplňující otázky, žádat respondenty o bližší vysvětlení případně vynechání některých otázek, při zachování jádra interview (Miovský, 2006).

Rozhovory byly prováděny s ženami a muži zvlášť. Průměrná délka rozhovoru byla 55 minut, v případě žen 63 minut (medián 60 minut), v případě rozhovoru s muži 42 minut (medián 37 minut). Vzhledem k délce a bohatosti rozhovoru byl pro záznam zvolen audiozáznam na diktafon. Před zahájením záznamu byli respondenti požádáni o souhlas s nahráváním, který je zohledněn v informovaném souhlasu viz kapitola 6.6. V průběhu rozhovoru docházelo kromě nahrávání audio záznamu také k pozorování, které bylo zaznamenáváno do vytištěné osnovy interview, která sloužila také jako záznamový arch pro demografické údaje a informace získané pozorováním.

6.5 Zpracování a analýza dat

Na počátku procesu zpracování dat byla provedena doslovná transkripce rozhovorů do textové podoby. Přepis byl kontrolován opakovaným poslechem nahrávek, aby bylo zajištěno, že v přepisu nejsou přítomny chyby a není vynechána žádná podstatná informace.

Hlavní metodou analýzy dat byla IPA. Postup analýzy vycházel z doporučení Řiháčka, Čermáka, Hytycha a kolektivu (2013) a sledoval tak 4 fáze:

1. čtení a opakované čtení,
2. počáteční poznámky a komentáře,
3. rozvíjení vznikajících témat,
4. hledání souvislostí napříč tématy.

V procesu analýzy bylo postupováno od prvního rozhovoru, kdy byly nejprve při opakovaném čtení podtrhány významné pasáže. Pro zpřehlednění analýzy a zvýraznění důležitých výroků bylo využito barvení textu využívající barvy, které byly na počátku přiděleny jednotlivým výzkumným otázkám. Postupně byly jednotlivé komentáře, poznámky a vybrané důležité pasáže přeformulovány do témat, která vystihují výpovědi respondentů. Témata byla sdružována do tematických trsů na základě podobnosti a nadřazeným tématům byla přidělována nadřazená jména. Po dokončení organizace a restrukturalizace témat byl analyzován další rozhovor (Řiháček, Čermák, Hytych et al., 2013).

Pro přehlednost byla jednotlivá témata zapisována k příslušným výzkumným otázkám do programu Excel a následně byla provedena tvorba schémat a grafů uvedených v kapitole 7 u jednotlivých interpretací výsledků.

6.6 Etické aspekty výzkumu

Pro dodržení etických zásad byli účastníci výzkumu opakovaně informováni o účelu výzkumu, jeho průběhu a okolnostech. Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná a účastníci měli právo svou účast kdykoli ukončit, a tím pádem by jejich výpověď nebyla pro účely výzkumu využita. Další možností bylo neodpovídat na některé otázky, pokud by respondentům byly nepříjemné, či se jim zdály příliš osobní. Respondenti byli požádáni o souhlas s audiozáznamem rozhovoru a současně byli ujištěni o naprosté anonymitě a zajištění bezpečí jejich osobních a citlivých údajů. Data byla využita jen pro účely výzkumu souvisejícího s touto bakalářskou prací.

Vzhledem k intimní povaze porodu, možným specifickým, které s sebou porod u jednotlivých žen přináší a tomu, že ženy, jež se účastnily výzkumu se vzájemně, vzhledem k místu bydliště, mohou znát, není v přílohách zařazena transkripce rozhovoru, aby nemohlo dojít k identifikování osob z výzkumného souboru. Také při uvádění výstupů z výzkumu a odpovědí na jednotlivé otázky jsou uváděny odpovědi formou souhrnu pro celou výzkumnou skupinu.

Před zahájením rozhovoru byl účastníkům předložen k prostudování a podpisu informovaný souhlas ve dvou vyhotoveních, (k nahlédnutí v příloze č. 2) zajišťující ochranu údajů dle zákona č. 101/2000 Sb. a shrnující výše uvedené etické aspekty. V informovaném souhlasu byly uvedeny také kontaktní údaje na výzkumnici, které mohli účastníci využít v případě jakýchkoliv dotazů či připomínek.

7 Interpretace výsledků

V této kapitole budou popsány výsledky provedeného výzkumu. Zjištěné informace budou prezentovány tak, aby detailně odpovídaly na jednotlivé výzkumné otázky uvedené v kapitole 6.1. Výsledky budou doplňovány přímými citacemi respondentů, které jsou upraveny v „*uvozovkách a kurzívou*“ a jsou upraveny tak, aby neobsahovaly jména konkrétních osob, případně míst a institucí.

Hlavní témata identifikovaná prostřednictvím analýzy textu jsou v následujících kapitolách podtržena dvojitě, menší subtémata a kategorie jsou podtrženy jednou čarou.

7.1 Motivační faktory pro volbu domácího porodu

V průběhu analýzy dat a zejména otázek mapujících motivaci pro volbu domácího porodu byla identifikována 3 hlavní témata

1. Nemocniční porod a následná péče;
2. Pozitivní zkušenosti s domácím porodem od známých;
3. Informace o domácích porodech.

Nemocniční porod a následná péče po porodu byly hlavními důvody pro volbu domácího porodu pro 8 respondentů (5 žen a 3 muži). U 3 žen to byla jejich osobní špatná zkušenost s porodem ve zdravotnickém zařízení, 1 respondentka uvedla, že porod byl standardní a 1 respondentka byla přítomna u porodu kamarádky, který proběhl v porodnici standardním způsobem a musel být ukončen císařským řezem.

Jedna z respondentek uvedla: „*No. Tak jakoby, já jsem toho měla hrozně moc nastudovanýho od toho prvního porodu, který jsem v podstatě nejdřív hodnotila pozitivně. Porod proběhl jakoby ve svý podstatě jako vaginální, docela přirozenej porod. Nebylo tam až tak moc nějak extra zásahů. Nejhorší na tom byla ta separace po tom, kdy já jsem si ho nechala odnýst a přesvědčit se, že mi ho za chvilku někde dají na novorozeneckým, a pak jsem tam několik hodin chodila, ať mi ho teda dají, a nebyla jsem dost asertivní, abych si to prosadila, tak to bylo jakoby pro mě třeba nejhorší zážitek v tý porodnici. S tím, že tam prostě byly nějaký zásahy, který zpětně vidím jako zbytečný, který ten porod spíš jako zpomalovaly, narušovaly, ale jako nepřišlo mi to v tu chvíli tak až hrozný ...*“

Kromě separace, kterou uvedly jako jeden z důvodů 3 ženy, byly popisovány jako nepříjemné také neopodstatněné a nedostatečně objasněné zásahy do porodu: „*Tak si mě tam nechali, druhej den ráno jakože vyvolali, tak jsem si prostě prošla peklem úplně taková ta doktorská rutina, co se u porodů děje, tlačení na břicho jakože při kontrakcích*

a prohlížení při kontrakcích, monitory, byla jsem opuchlá strašně ... oxytocin, měla jsem asi 13 vpichů, úplně modrý ruce...“

Zmiňovanými zásahy, které ženy, se kterými byly provedeny rozhovory, nesly nelibě byly: tlačení na břicho, aplikace syntetického oxytocinu, bolestivé vyšetřování při kontrakcích, nástřih a monitorování srdeční činnosti dítěte v průběhu kontrakcí.

Dále byla negativně hodnocena komunikace a přístup ze strany personálu, zejména neochota personálu komunikovat s rodičkou, nedostatek empatie, podporujícího jednání, manipulace, ponižování a nerespektování potřeb rodící ženy, což popsala jedna z respondentek: *„No, zaprvý ta manipulace. Jak jsem si tam přišla naprosto jako nesvéprávná, jak jsem, mi bylo vedro, nemohla jsem otevřít okno, chtěla jsem být nahatá, musela jsem mít ten mundúr na sobě. Ty pohledy těch sestřiček, lidí, který jsem v životě neviděla.“*

Z nemocniční péče nebylo pozitivně hodnoceno ani oddělení šestinedělí. Ženám opět vadil zejména přístup personálu a špatná komunikace, například kritika matek za to, že novorozence nosí a nevozí jej v postýlce, že si jej berou do postele, nedostatečná podpora v počátcích kojení a s tím spojený stres, a také odvážení dětí na vyšetření bez předchozího informování matky.

Druhým výrazným motivačním faktorem byla pozitivní zkušenost s domácím porodem, kterou se respondenti dověděli od svých známých, kamarádů a rodiny. Tento faktor uvedlo 5 respondentů (4 ženy a 1 muž). Jedna z respondentek uvedla: *„Zjistila jsem, že spousta žen kolem mě jakoby rodila doma, ani jsem o tom nevěděla. Tak mě to začalo hrozně zajímat to téma, začala jsem chodit na různé ženské kruhy, kde se scházely ženy rodící doma a předávající si zkušenosti.“* a další sdělila: *„Moje sestřenka rodila doma, pak jsem rodila vlastně já, pak rodila ještě... Máme vlastně doma 3 domarozeňátka, jako v blízkých příbuzných...“*

Třetím nejvíce zmiňovaným faktem, který vedl partnery k rozhodnutí pro domácí porod byly zjištěné informace – ať již o stavu českého porodnictví, ve kterém není výjimečné, že si žena musí při porodu obhajovat svůj porodní plán a v něm uvedené vyšetření a zásahy, které si nepřeje. Dalšími rozhodujícími faktory byly zjištěné informace o přirozených porodech a porodech v domácím prostředí a s nimi spojených rizicích. Informace jako jeden z hlavních důvodů pro volbu domácího porodu uvedly 3 dotázané ženy.

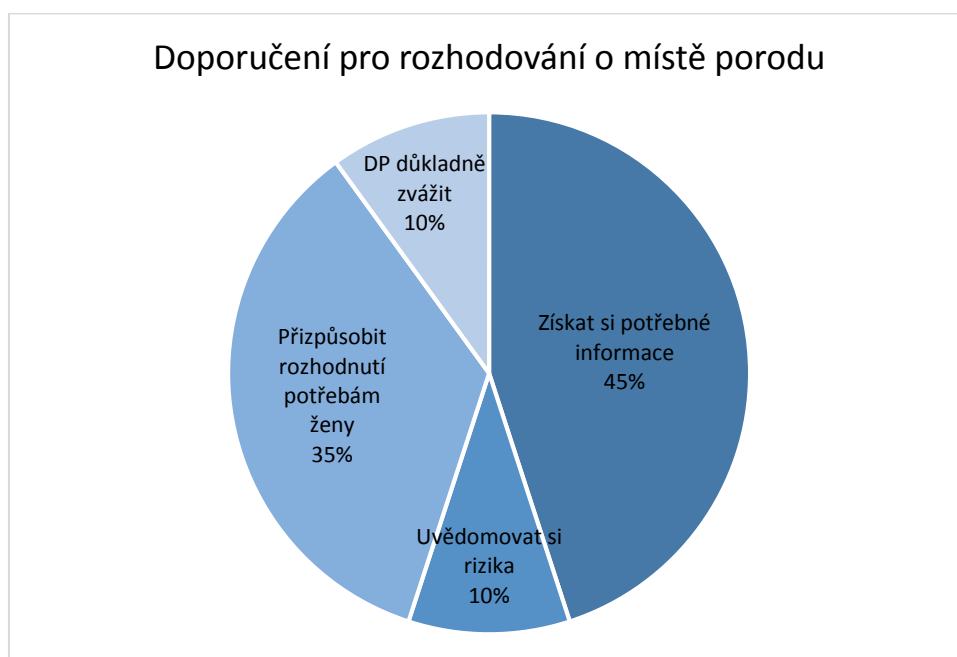
Dále se v rozhovorech vyskytovaly různé touhy a potřeby ze strany žen, ať již touha si porod užít a mít z něj příjemný zážitek, touha „*dokázat si, že zvládnu porodit vlastními silami*“ či touha vyhnout se zásahům do porodu.

Vzhledem k tomu, že takto závažné rozhodnutí je multifaktoriálně podmíněno je na straně 47 uvedeno schéma, které znázorňuje jednotlivá hlavní témata spolu s konkrétními uváděnými příčinami a detaily.

7.1.1 Doporučení pro rozhodování o místě porodu

V rámci rozhovorů byla respondentkám položena otázka: „Co byste poradila těhotným ženám, které se rozhodují mezi porodem v nemocnici a v domácím prostředí?“ Mužům byla tato otázka položena také s drobnou modifikací a otázka tak zněla: „Kdybyste mohl něco poradit párům, které se rozhodují mezi nemocničním a domácím porodem, co by to bylo?“

Graf č. 1: Doporučení pro rozhodování o místě porodu



Z grafu, jenž je uveden výše, jsou patrné nejčastější odpovědi respondentů. Nejčastěji uváděným doporučením bylo získat si maximální možné množství informací o fyziologickém porodu, přirozeném porodu a možnostech vedení porodu, z rozličných zdrojů a zejména informace získávat mimo stávající porodnický systém. Rozhodnutí pro vhodné místo porodu by mělo být vždy informované.

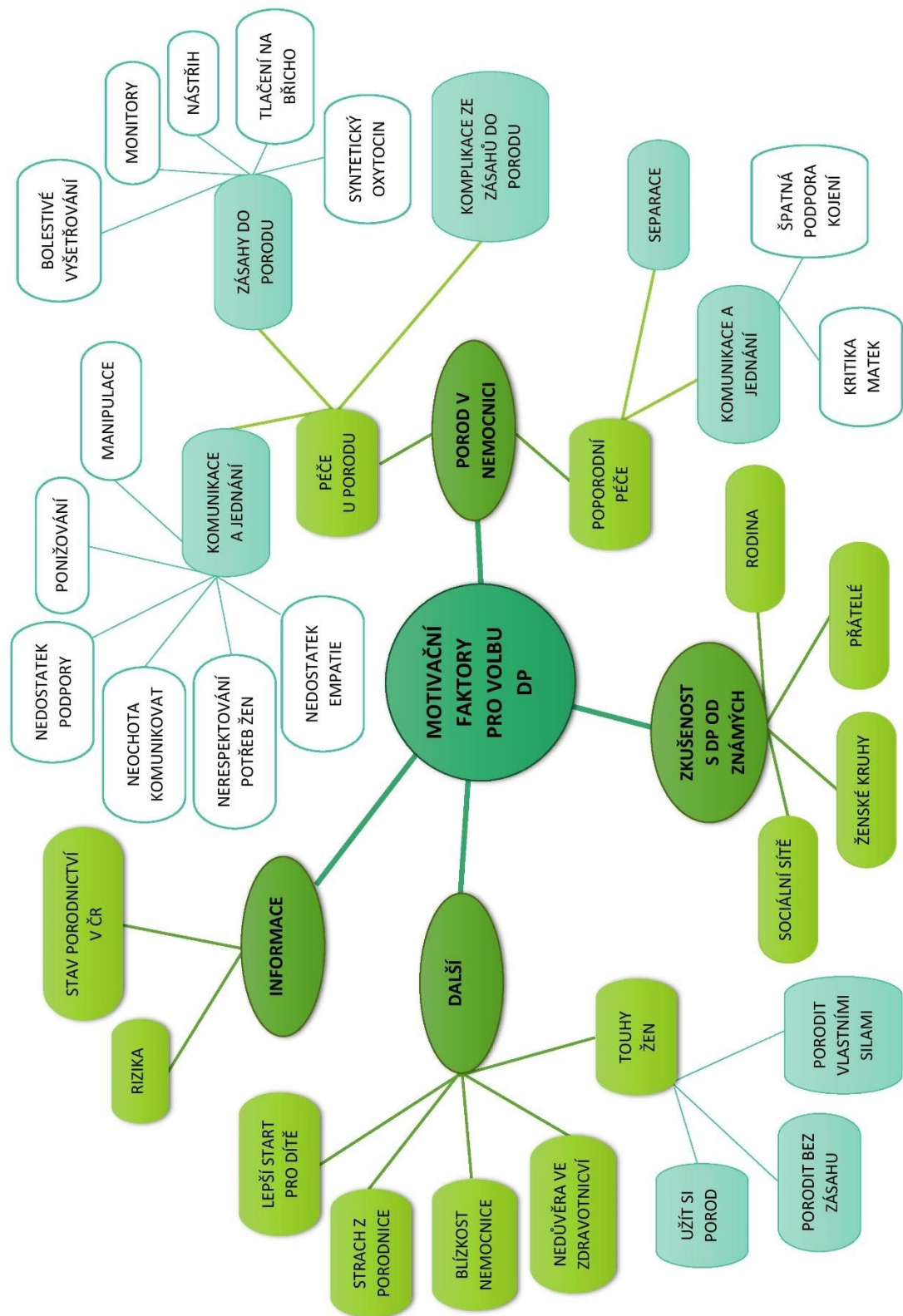
Druhým nejčastějším doporučením bylo přizpůsobit volbu místa potřebám ženy tak, aby konečné rozhodnutí respektovalo vnitřní pocity ženy. Pokud žena potřebuje k pocitu bezpečí nemocniční prostředí, zdravotnický personál a přístroje, pak ať se rozhodne pro

porod v nemocnici, pokud ke klidu potřebuje erudované zdravotníky, ale chce svůj porod prožít v domácím prostředí, pak ať si pro domácí porod zajistí kvalifikovanou porodní asistentku.

Rozhodnutí pro volbu domácího porodu by mělo být vždy důkladně promyšlené, žena by měla vědět, proč chce родit právě doma, a své představy by měla prodiskutovat s partnerem. Při rozhodování by rodiče neměli opomínat rizika, která s sebou domácí porod, ale i nemocniční porod přináší.

V případě, že se žena rozhodne pro porod v porodnici, měla by k rozhodnutí přistupovat také informovaně a s vědomím, co se s nemocničním porodem pojí, tedy že je možné, že bude na oddělení stres, chaos a spěch, což může způsobovat urychlování porodu, tlačení na ženu či zastrašování. Pokud má žena jisté představy o průběhu svého porodu, měla by si vybrat porodnici, kde se lze na těchto představách dohodnout, vyjádřit je v porodním přání a případně si s sebou vzít doprovod, který bude schopen a ochoten hájit tato její práva a přání. Takovým doprovodem může být partner, ale také porodní asistentka, případně dula.

Obrázek č. 1: Schéma motivačních faktorů pro volbu domácího porodu



7.2 Proměny postoje k domácímu porodu

Jak ukázala předchozí kapitola, zkušenost s nemocničním porodem, případně informace o běžném průběhu lékařsky vedeného porodu byly pro většinu ženy spouštěčem pro hledání dalších alternativních možností vedení porodu. Zpočátku měly ženy pocit, že by bez lékařské pomoci neporodily, že by měly být vděčné za péči, která jim byla poskytnuta. V průběhu studia literatury, setkávání s jinými ženami, které domácí porod prodělaly, absolvování předporodních kurzů, návštěv porodní asistentky a dalších způsobů získávání informací, které jsou blíže popsány v následující kapitole 7.3, však docházelo ke změně postoje a uvědomění, že porodit lze i jinak než klasicky, tak jak ženy znaly porod z porodnice. Uvědomily si, že lze porodit vlastními silami, bez zásahů, ponižování, manipulace a vyhrožování v klidu a dle svých vlastních představ a potřeb.

Na počátku vývoje postoje k přirozeným porodům 4 respondentky uvedly, že chtěly porodit přirozeně, bez zbytečných zásahů, ale chtěly jistotu v podobě porodnice, kam si chtěly vzít jako doprovod vlastní PA, případně zvolit alternativněji zaměřenou, menší porodnici a své představy vyjádřit porodním plánem.

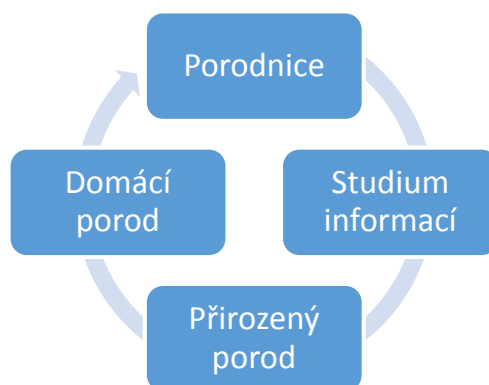
Jedna respondentka uvedla: „*Takže to byl první plán, jakože tam (do porodnice, pozn. autorky) s porodní asistentkou, a pak jsem zjistila, že ta porodní asistentka, kterou jsem si vyhlídla už nedoprovází k porodům do porodnice, ale jenom k domácím porodům, a začala jsem si o tom něco víc zjišťovat. Zjistila jsem, že spousta žen kolem mě jakoby rodila doma, ani jsem o tom nevěděla. Tak mě to začalo hrozně zajímat to téma, začala jsem chodit na různé ženské kruhy, kde se scházely ženy rodící doma a předávající si zkušenosti. No a vlastně v průběhu těhotenství jsem začínala být přesvědčená, že to bude ta cesta.*“ Jiná z žen se přes přesvědčení, že již dítě nechce vůbec, přenesla díky nastudovaným informacím, ale jistota v podobě možnosti rodit v porodnici zůstávala: „*... a pak jsem si řekla, jakože teď už jsem informovaná, teď už tak nějak vím, zhruba jak by to jít mohlo, a že teda jo, ale prostě jako v porodnici a nějak jako s porodním plánem, že bych si našla porodní asistentku...*“

Některé ženy si skrze získané informace uvědomily, že porod lze prožít i jinak, než jak je obvykle prezentován: *Ten první porod, ano. A taky v podstatě pak už mi došlo, že bych z toho mohla mít i příjemný zážitek. To je to, když se to v člověku tak jako přetransformuje z toho přesvědčení, že porod je krvavá, bolavá, hrozná záležitost a jakmile se už jakoby trochu dozvím ty informace o tom domácím porodu a ty zkušenosti těch ostatních a tak, tak se to jakoby snadno změní, nebo jakoby já v tohletom jako jsem celkem tvárná, že najednou*

jakoby to nemusí být takový dogmatický jako jenom utrpení, že to může být i příjemný, a bylo.

Zbylé tři ženy však braly DP rovnou jako variantu v případě, že těhotenství bude probíhat bez potíží, a že nebude nic, co by bránilo možnosti родit doma s nízkým rizikem komplikací. A v záloze stále zůstávala možnost odjet do porodnice, kdyby se ženě či porodní asistentce cokoli nezdálo, tedy nezůstat doma za každou cenu: „... *tak jsem si říkala, že jako v podstatě žádný problém není, abych si to vyzkoušela. Pořád jsem počítala i s možností jako, že by eventuálně se to přesunulo do porodnice, ale ne kvůli tomu, že já bych chtěla, spíš prostě, že by si to vyžádaly okolnosti.*“

Obrázek č. 2: Vývoj postoje žen k domácímu porodu



Vývoj postoje žen zobrazuje výše uvedený obrázek č. 2, který vyjadřuje cyklicitu vývoje postoje, který se proměňuje od vnímání porodnice jako jediného vhodného místa pro porod a následné negativní zkušenosti s nemocničním porodem, přes studium informací a zaměření se na přirozený porod až po porod domácí, v jehož těsné návaznosti je opět porodnice, která je místem přesunu při vzniklých komplikacích a také záložním plánem většiny žen v případě nejistoty či obav plynoucích z domácího prostředí.

U mužů je proměna postoje komplikovanější, neboť na nemocničních porodech na rozdíl od žen obvykle neshledávají nic špatného: „*protože v té porodnici ne, že já, z mého pohledu si myslím, že ten první porod nebyl nějak špatnej.*“, po sdělení rozhodnutí родit doma ze strany partnerky, převládají u mužů pocity strachu, naštvaní za postavení před takovou „věc“ a dojem, že se partnerka zbláznila.

K proměně postoje mužů z výzkumného souboru došlo po zjištění informací, které hrály klíčovou roli nezávisle na zdroji původu informací – postoj 1 muže se změnil po absolvování kurzu Hypnoporodu a následné konzultaci s porodní asistentkou, u 1 muže hrála roli zejména konzultace u porodní asistentky, která je jako zdravotník kompetentní

zodpovědět dotazy mužů, a zmírnit tak obavy, které dle výsledků panovaly u 3 mužů. Dvěma mužům postačily informace, které si zjistili sami, případně jim je poskytla partnerka, přičemž u jednoho páru docházelo ke zjišťování informací ještě dlouho před otěhotněním a prvním porodem, který proběhl doma: „*tak samozřejmě, ona taky měla pochybnosti, ale to byla taková ta, jak bych to řekl, několikaletá pozvolná gradace tady téhle myšlenky. Takže to nepřišlo během půl roku, nebo ze dne na den. Tam šlo o to, že čím víc ten člověk měl těch informací, tak tím se ten jeho názor měnil.*“

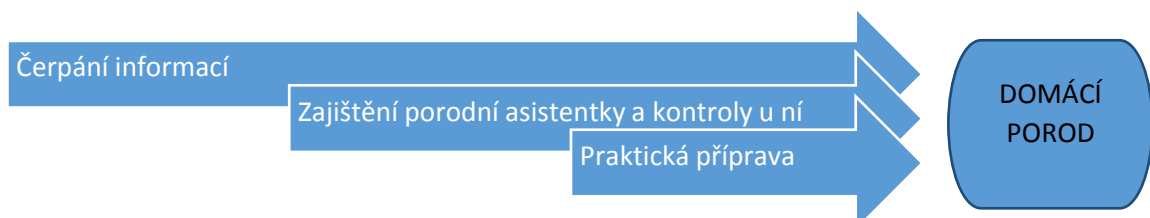
Dva partneři neměli s vizí domácího porodu problém od začátku, akceptovali rozhodnutí své partnerky a podporovali ji: „*Myslím si, že to je dobrý, když to jako si ženská chce si udělat, nebo chce rodit doma, tak myslím, že by se nemělo jí v tom nějak moc bránit a zase nemám rád, nebo nebylo by dobrý asi, kdyby se to dělalo pro všechny. Jakože by do toho všichni byli nějak tlačení, to já si myslím, že každé si tohle může zvolit, takže jako mám k tomu postoj takovej, že když někdo chce doma rodit, tak ať doma rodí.*“

Jedna respondentka, s jejímž mužem nebyl proveden rozhovor sdělila, že partner měl od počátku negativní postoj, který se po dobu těhotenství až do porodu nezměnil vzhledem k tomu, že partner o problematice odmítal komunikovat: „*No, on tak řeší v podstatě většinu otázek, že když se o tom nebavíme, tak problém neexistuje. A z mojí strany bylo pár pokusů, ho teda jakoby informovat, ale když to nevypadalo na úspěch, tak jsem si to nechala pro sebe.*“

Patrné je, že u 10 z 11 respondentů nebyl postoj k DP nijak radikální. Tato možnost byla brána jen jako jedna z alternativ porodu v případě, že se nevyskytnou opodstatněné důvody, proč bude nezbytné rodit v nemocnici. Možnost rodit doma je brána spíše jako příjemná možnost, ale ne na úkor bezpečí dítěte i ženy.

7.3 Předporodní příprava

Obrázek č. 3: Postup přípravy na domácí porod



Z výsledků plyne, že u většiny žen předporodní příprava sestává ze 3 fází, které zobrazuje obrázek č. 3 uvedený výše. První fází předporodní přípravy je čerpání informací z rozličných zdrojů, které probíhá u většiny osob ještě před plným rozhodnutím se pro

domácí porod a pokračuje kontinuálně až do porodu samotného. Přípravu formou studia informací uvedlo 9 z 11 respondentů (7 žen a 2 muži). Některé ženy sdělily, že se připravovaly již před prvním nemocničním porodem a 2 ženy sdělily, že jejich příprava probíhala ještě před otěhotněním a plánovaným domácím porodem: „že jsem už docela dlouho před tím, než jsem vůbec plánovala dítě, jsem si začla shánět informace“

Mezi studovanými zdroji byla odborná literatura, jak česká, tak zahraniční, internetové zdroje (statistiky, zahraniční studie a články, porodní příběhy a internetové diskuze o DP), videa a televizní dokumenty. Dále jedna respondentka uvedla účast na odborném semináři a jeden pár absolvoval předporodní kurz Hypnoporodu. Jeden z respondentů uvedl, že o domácím porodu diskutoval se svou matkou, která v mládí pracovala na porodním oddělení. Diskuze samozřejmě probíhají i mezi partnery. Zejména ženy mají tendenci muži sdělovat informace, které se dověděly: „A mě to jako svým způsobem... já jsem mu chtěla furt jako dokázat jako proč, tak jsem mu furt říkala ty data a ty statistiky a tohle a on jako by to vnímal, ale říkal, však já s tím jako problém nemám, ale mě spíš jako pomohlo, že já jsem považovala za důležité, aby věděl, proč jsem se tak rozhodla...“

Další fází předporodní přípravy je hledání vhodné porodní asistentky. Bylo zjištěno, že všech 7 žen ze souboru si hledalo porodní asistentku, která bude ochotná asistovat u DP. Šest žen našlo jim vyhovující PA a následně k ní chodilo na těhotenské kontroly a poradny, mnohdy souběžně s kontrolami na gynekologii. Jedna z respondentek svou porodní asistentku nenašla, a proto se scházela s doulou, která následně byla jako podpora přítomna také u samotného porodu.

Respondentka, které se nepodařilo najít vyhovující PA uvedla: „...hledala jsem si teda porodní asistentku, kterou jsem ale nakonec nenašla, která by mi úplně vyhovovala, protože tady prostě výběr není a ta, která by třeba i došla, tak sice jsem měla na ni i dobrý reference, ale zároveň i jakoby hodně špatný, a když jsem se s ní osobně setkala, ta mně úplně nesedla, říkala jsem si, že tu prostě u porodu nechci, takže nakonec jsem tady měla jednu známou, ona má kurz pro duly, studovala na porodní asistentku, ale nedostudovala to, takže to bylo něco takovýho napůl, jako s tím, že jsem věděla, že ona tam nebude mít žádnou zodpovědnost, že opravdu jako není zdravotník, že celou tu zodpovědnost za to mám já...“

Poslední účastníky popisovanou fází je praktická příprava. Z té respondentí popisovali zejména nákup speciálních savých podložek (4 z 11) a opatření spojená se zabezpečením matrací, případně gauče proti znečištění: „No tak, klasika, no klasika, tak spíš to

zabezpečení nějakých věcí kvůli znečištění nebo takhle, že, savý podložky pod ní a tak, kde ona si bude moct lehnout, nakonec to stejně skončilo úplně jinak, klasika.“ Někteří z dotázaných řešili hlídání pro děti, jiní chtěli, aby starší děti u porodu byly přítomny, což ale v závěru z praktických důvodů nebylo možné a některé děti u porodu byly, v tom případě pak otec přebíral roli hlavního pečovatele a jeho pozornost byla věnována zejména potomkům. Další praktickou záležitostí k zajištění byli domácí mazlíčci: „Hlavní, co jsme řešili, tak co uděláme se psem.“

Dva muži uvedli, že sami se nijak aktivně nepřipravovali. Jeden z mužů sdělil: *„Jen co mi jako manželka ukázala třeba, nebo co jsme spolu řešili, ale sám jsem jako aktivní v tom nebyl, no.“* Druhý z mužů uvedl: *„Jako všechno jsem to měl zprostředkované od partnerky.“* A jedna respondentka, s jejímž partnerem nebyl proveden rozhovor, sdělila na dotaz, zda se její partner na porod nějak sám připravoval a zda si zjišťoval nějaké informace: *„Sám od sebe? Jako o porodu, domácím nebo takhle? Hmm, nee, sám od sebe asi ne, podle mě jenom to, co jsem mu jako dala, ale on se od toho tak jako distancoval. On mi prostě řekl, že v pohodě, že mi to prostě zaplatí a nazdar. Jakože, prostě zaplatí mi, co bude potřeba, a jakoby tím to pro něj tak nějak haslo. Že jako nechal to úplně v mý režii jakoby.“*

7.4 Proměny vztahu mezi partnery

Jak bylo popsáno v teoretické části, těhotenství, porod a následný přechod partnerů k rodičovství je náročným obdobím, které s sebou přináší změny, příjemné okamžiky, ale může být také spojeno se stresem a konflikty mezi partnery. V této kapitole budou popsány vnímané změny vztahu mezi partnery, které uváděli dotázaní respondenti.

7.4.1 Proměny partnerského vztahu v průběhu přípravy na domácí porod

Na otázku *„Popište mi prosím váš vztah s partnerem/partnerkou v průběhu těhotenství?“* odpověděli 4 respondenti (2 muži a 2 ženy), že k žádným změnám ve vztahu nedocházelo, vztah byl stále stejný. Zejména pokud probíhalo těhotenství a rozhodování pro DP bezproblémově. Jeden respondent uvedl *„V pohodě. Tak jaký to bylo. U prvního dítěte jsme nevěděli, do čeho jdeme, pak u druhého dítěte už člověk tak jako ví, už nemá takovej strach, jako poprvé, už to bere tak jako normálně, žádné omezení.“* A další žena sdělila: *„No, jako měla jsem od něj naprosto plnou podporu ve všem, takže jako vztah jako se nezlepšil, nezhoršil, prostě tam není úplně jako rozdíl.“*

Plánování místa porodu s sebou může nést mírné spory, diskuze a konflikty, které jsou však pravděpodobně způsobené převážně tím, že žena si sama není jistá, jestli zvolit porod

nemocniční, nebo zůstat doma. Nicméně tyto nesrovnalosti by mohly vznikat, i pokud by se nejednalo o rozhodování mezi domovem a nemocnicí, ale mohly by vzniknout i při rozhodování pouze mezi jednotlivými nemocnicemi. Ani tyto konflikty však pevnost vztahu u dotázaných mužů a žen nenarušily: „*Přijde mi, že tam nebyly, samozřejmě že tam byly dohady ohledně toho, jestli teda doma, nebo porodnice, ale já mám pocit, že druhý těhotenství nějak zásadně nezměnilo náš vztah, nebo nemám z toho ten pocit.*“ Partner této ženy období těhotenství popisoval jako úžasné a všimal si, že partnerka byla aktivní, živá a slušelo jí to.

Hádky mohou však pramenit také z běžných hormonální změn, které s sebou těhotenství přináší a je nutné s nimi počítat již při plánování potomka: „*Jo, no tak klasicky tam, nevím jak, asi i díky hormonům proběhly takový ty dny, kdy jsem uřvaná na něj křičela, že si mě vůbec nevšímá, že jsem těhotná, ať si to uvědomí, a prostě takový ty klasiky a ale normálně, on to bral podle mě tak jako, jak to berou chlapi, prostě mám těhotnou manželku a nazdar.*“

V některých párech však může být plánovaný DP zdrojem velkých konfliktů, což uvedla jedna účastnice výzkumu, nicméně tento vztah byl problémový ještě před plánovaným porodem a toto téma taky bylo jen zdrojem dalších konfliktů v již tak komplikovaném partnerství, jelikož muž se o tématu odmítal bavit a popíral existenci DP jako záležitosti k řešení.

Průběh těhotenství a rozhodování o místě porodu tedy závisí na kvalitě vztahu a míře konfliktů přítomných ještě před vstupem problematiky DP do středu pozornosti. Jedna z respondentek vnímala v průběhu těhotenství posílení vztahu a změnu ve způsobu trávení volného času a další respondent zmiňoval proměny spojené s přípravou na příchod dalšího člena rodiny a rozšíření rodinného systému.

7.4.2 Proměny partnerského vztahu po proběhlém plánovaném domácím porodu

Nejpatrnější změnou, kterou dotázané osoby uváděly, je snížení množství společně tráveného času, kterou zmiňuje 10 z 11 respondentů (3 muži a všech 7 žen). Tato změna logicky souvisí s narozením dítěte, kterému žena věnuje veškerou péči, pozornost a energii a zejména v prvních měsících jí poté nezbývá prostor pro partnera. Snížení množství času může souviset také s praktikováním kontaktního rodičovství spojeným s nošením dítěte v šátku, spaním společně s dítětem v jedné posteli, bezplenkovou kontaktní metodou a dalšími způsoby péče o dítě, které jsou časově náročné a vyžadují velké množství pozornosti pečující osoby, v našem případě matky.

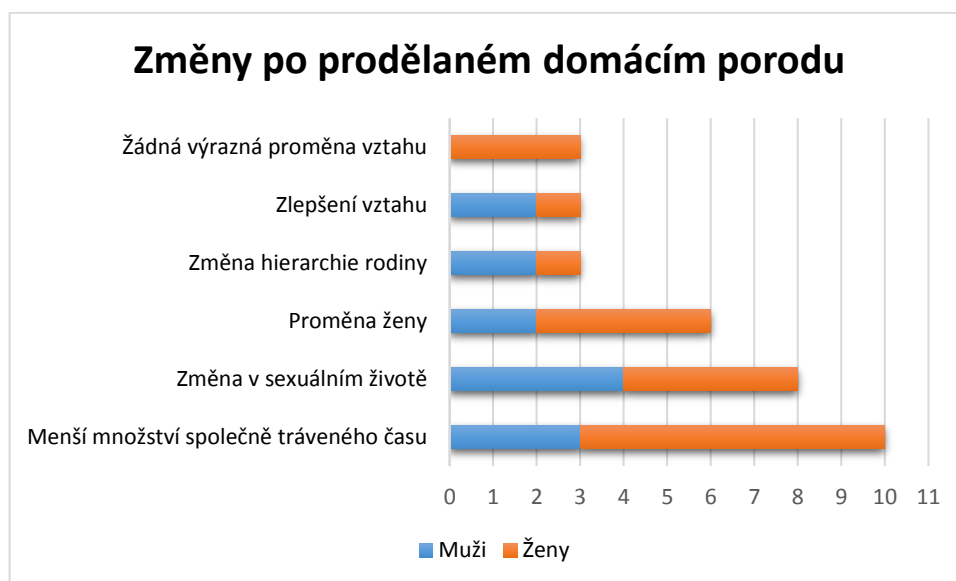
Vzhledem k narození dítěte se také mění hierarchie rodiny a muž již není pro ženu na první místě, nýbrž nejprve je věnována pozornost dítěti. Tuto změnu uvedli 3 respondenti, jeden muž uvedl: „*Ta žena začne mít jiné zájmy, starosti, neříkám, že mi to občas nevadí, to samozřejmě vadí, ale ... Vím teďka, a tak nějak jsem s tím smířený, že mi to asi přijde normální. Na prvním místě jsou ty děti, až pak já (smích).*“

Druhá nejpatrnější změna je v proměně sexuálního života. Změnu v intimní oblasti společného soužití uvedlo 8 z 11 dotázaných osob. Nejčastější bylo snížení frekvence sexuální aktivity (5 z 8): „*Jo, to je asi jako všude. Není čas (smích), není energie a není jako z mé strany ani chuť jakoby. Svádí se to na hormony, já to svádím asi úplně na všechno. Prostě, když už, tak jako fakt z takový jako skoro povinnosti. Když na to přijde, tak to jako není špatný nebo tak, ale prostě dokopat se k tomu ...*“ Jedna žena uvedla, že po 8 měsících neměli s partnerem žádný sexuální styk „*... ale jako co se týče intimního života, tak mám-li být upřímná, není žádný. Zatím není žádný, ale doufám v brzké zlepšení.*“ a jeden z respondentů uvedl, že vnímá změnu v sexu, ale blíže ji nespecifikoval. Dva respondenti pak sdělili, že sex je stále stejný.

A třetí změna je spíše než změnou vztahu, změnou ženy. Čtyři respondenti uvedli, že u ženy došlo k jakémusi „posunu“, že se ženě otevřely nové obzory. Nejčastěji byla uváděna větší sebejistota ženy (3 dotázaní), větší sebevědomí a sebedůvěra „*... spíš to, že jsem na sebe já začala koukat jakoby, jednak začla jsem si vážit víc sama sebe ... nebo prostě, že jsem si taková trochu jistější v kramflecích, že už jako se sebou nenechám tak manipulovat ... jako mě to asi změnilo, ten druhý porod mě stoprocentně změnil, i ten první žejo, ale ten druhý tak jakože mě tak, že jsem se tak znovuzrodila, že prostě konečně jsem znova jako ženská prostě no...*“ V souvislosti s proměnou ženy pak došlo u jednoho páru ke zlepšení vztahu z důvodu vyrovnaní rolí: „*ted' už máme ten vztah takovej mnohem vyrovnanější.*“

V souvislosti se samotným domácím porodem uvedly 2 ženy, že si váží toho, že partner s domácím porodem souhlasil, došlo k posílení důvěry mezi partnery a muži doplnili, že se domnívají, že v nich mají ženy větší oporu: „*Možná má ve mně větší oporu než předtím, že mi může víc věřit v některých věcech.*“ a uvědomují si, že jim muž pomohl: „*A nevím, možná jakože zjistila, jakože možná má vedle sebe někoho, kdo jí v tomhle pomoh.*“ Nejčastější uváděné změny zobrazuje graf č. 2 zobrazený níže.

Graf č. 2: Změny vztahu po prodělaném plánovaném domácím porodu



7.5 Vnímané výhody a nevýhody domácího porodu

V této kapitole budou uvedené vnímané výhody a nevýhody, které v průběhu rozhovorů respondenti sdělili. Nejedná se o kompletní výčet všech existujících výhod a nevýhod, ale o subjektivně vnímané výhody a nevýhody.

7.5.1 Výhody domácího porodu

Hlavní vnímanou výhodou byla přirozenost, a to v několika dimenzích – přirozenost prostředí, přirozený průběh porodu, pocit toho, že porod je vlastně úplně normální věc: „*pro mě to bylo něco tak přirozeného, že mi to přišlo jako úplně normální den.*“

Další výhodou je respektování fyziologie porodu, tedy nezasahování do přirozeného průběhu porodu, nepoužívání rutinních zákroků jako je ruptura blan, aplikace syntetického oxytocinu, časté monitorování dítěte, klyzma, nástřih, nucení rodičky do horizontální polohy a další: „*že prostě to bylo bez jakékoliv medikace, bez, prostě všechno tak, jak to má být a bez problémů.*“ Také je subjektivně kladně vnímána možnost přizpůsobení času (délky jednotlivých fází porodu) potřebám rodičky. A ženy oceňovaly také podporu porodní asistentky ve chvíli, kdy měly v průběhu porodu pocit, že to již nezvládnou, že nemají sílu, že porod nepostupuje. V těchto chvílích je totiž běžným postupem porodních asistentek, pokud se dítěti daří dobře a porod probíhá bez komplikací, doporučit ženě krátký odpočinek, často v poloze v leže na boku: „*A to teda mi právě, v tu dobu mi asistentka navrhla, jestli si nechci na chvíli lehnout na bok, že bych si trošku odpočinula. [...] A opravdu musím říct, že jsem ráda, že i to navrhla, protože já jsem si lehla a v tu chvíli jako by to tělo úplně zpomalilo, ty kontrakce se jakoby prodloužily, nebo ty intervaly*

mezi kontrakcemi se prodloužily, a jestli jsem si snad mezitím trošku zdrímala, nebo takovej mikrospánek, neříkám, že jsem spala jako spala, ale jakoby fakt to tělo zpomalilo a nabralo sílu na to finále.“

Příjemné pocity a atmosféra jsou další kladně hodnocenou kategorií, zejména byly zmiňovány pocit bezpečí, jistoty, pohoda, možnost se uvolnit. Atmosféra byla hodnocena jako klidná, intimní a příjemná. Ženy oceňovaly pohodlí a možnost volby polohy v průběhu celého porodu, tedy včetně otevírací fáze. Příjemnou atmosféru ilustruje výrok jedné z respondentek: *„No, tak z mého pohledu byla výhoda domácího porodu ten jakoby stoprocentní klid, pocit jakoby bezpečí, jistoty, že jakoby porod je vedený mnou a dítětem, nikoli porodním personálem, další výhoda byla, že člověk nemusí vyjít jakoby z toho prostředí.“* A muži přítomní o domácího porodu odlišnou atmosféru také vnímají: *„Ale myslím si, že výhoda je ta, že ženská má prostě víc klidu, porodí si, jak chce, v jaký poloze chce, ne podle nějakýho: teď nádech – teď výdech a teď tlačte. Prostě, má na to asi víc času a když na to tu sílu má, tak je to určitě příjemnější pro ni...“*

Čtvrtou výhodou je menší stres, který je běžně způsoben již převozem do porodnice v průběhu kontrakcí, jež jsou pro ženu sedící v autě mnohdy velmi bolestivé. Náročné je také vyplňování dokumentace při příjmu do porodnice. Následně na ženu působí množství stresorů – již samotné nemocniční prostředí, rotující personál neustále kontrolující a narušující tolik potřebný klid, další rodící ženy, které může rodička slyšet, popohánění, stresování, manipulace či ponižování mohou porod zbrzdil a dokonce zastavit.

Výše uvedené dokládá výrok jedné z respondentek: *„V kontrakci si úplně nedokážu představit cestu autem, to vážně ne, nebo nějaký převoz sanitkou, nebo něco. Pak to vypisování papírů, tady vlastně nic, to udělala všechno ona, ani to nevím. Představa, že při tom, že rodím si musím pročitat nějaký souhlasy a tohleto, já jsem jim tam tenkrát v té porodnici podepsala prostě všechno a bylo mi jedno, co to je.“* A problematiku stresu doplňuje také odpověď jednoho z dotázaných mužů: *„Divný prostředí, zbytečnej chaos, stres, rychle tam, rychle tohle. Připnou na břicho nějakou blbost, co tam pípá, když to bude nějak rychle pípat, tak nás zavolejte, to pípá furt úplně šíleně. No hrozně nás tam stresovali, doma úplně v pohodě.“*

Pátou výhodou je přízpůsobení potřebám ženy, které se prolíná s již výše uvedeným, ale zahrnuje do sebe také možnost zvolit si osoby přítomné u porodu, včetně vlastní porodní asistentky bez další stresů způsobených faktem, že v některých porodnicích je stále, ač protizákonně vybírán poplatek za přítomnost osoby blízké u porodu, či je počet

osob omezován pouze na jednoho člověka, a žena je tak nucena volit mezi partnerem a porodní asistentkou. Toto také umožňuje mít u porodu přítomny starší děti, což by ve většině porodnic nebylo vůbec možné.

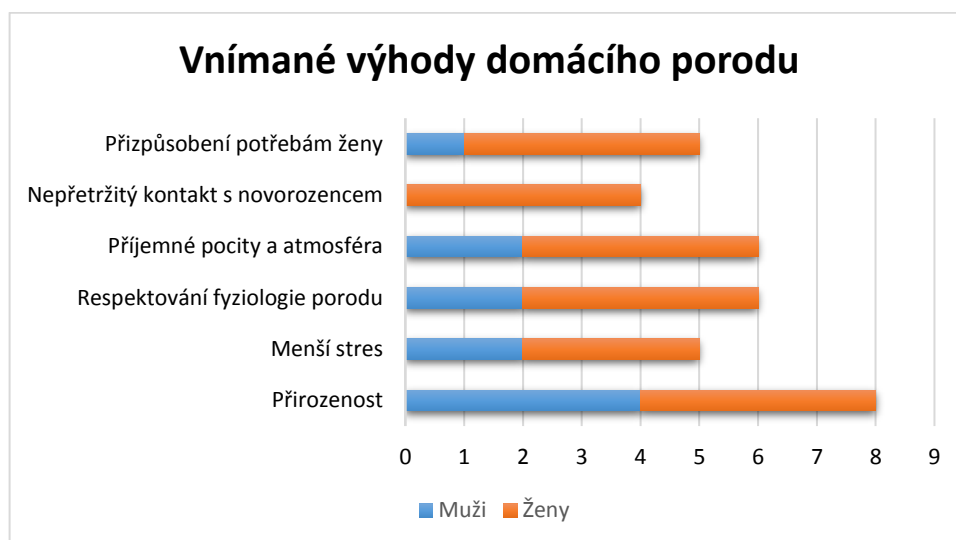
Nepřetržitý kontakt s novorozencem je velmi kladně hodnocen. Ač je v dnešní době již v porodnicích běžně zařazován bonding, jeho délka je mnohdy omezována na určitý čas, po kterém je nutné provést rutinní výkony, jako je zvážení a změření miminka, umytí, vykapání očí a další. Ačkoli velké množství z těchto věcí lze provést na těle matky, je bonding přerušován a dítě je často odnášeno do jiné místnosti od matky.

Doma rodící páry, jež měly za sebou již jeden nemocniční porod, popisovaly patrnou odlišnost mezi dětmi narozenými doma a v porodnici, která přetrvává i dále v průběhu vývoje dětí: „*Myslím, že to mělo velké vliv na syna, partnerka byla spokojená, já jsem byl vlastně spokojen žejo.*“ Druhý z mužů sděluje: „*Já to vidím s tím synem, ten je oproti dceři takovej vysmátej, spokojenej.*“

Jedna z dotázaných žen detailně popsala patrný rozdíl mezi dětmi v závislosti na průběhu porodu a následného bondingu: „*Že třeba syn starší, tak toho jsem si nechala tak klasicky, jakoby to bylo takový to, že ho vlastně dají na břicho, aby měl ten kontakt kůže na kůži, ale tak jakoby, že po dvou minutách ho zase sundají a jdou ho nejdřív ošetřit tam vedle, a pak mi ho vrátí zamotanýho v zavinovačce zpátky a s tím, že ten druhý, vlastně tak toho jsem si sama chytla, sama jsem si ho dala k sobě a bylo úplně vidět, jak nikdo mu nesvítíl do očí, nikdo ho nikam neodnášel, nikdo mu nevykapával ty oči a takhle, tak on byl úplně uvolněnej, oproti tomu staršímu, kterej tenkrát měl takový ty sevřený vočička, byl celej zaťatej a tak vlastně probíhaly celý ty první dny, případně i ty týdny, kdy vlastně trpěl nějakýma těma kolikama a takhle, tady na tom bylo vidět, že je prostě od narození úplně prostě v pohodě, uvolněnej a kouká na mě, takovýto s těma fakt doširoka otevřenýma očima, jakože v tom jsem viděla jakoby obrovské rozdíl, jak se chovají ty děti a jak sem to měla s dětma v těch prvních tejdnech po tom porodu.*“

Vnímané výhody včetně počtů respondentů, kteří je uvedli, ilustruje graf č. 3 uvedený na následující straně.

Graf č. 3: Vnímané výhody domácího porodu



7.5.2 Nevýhody domácího porodu

Výčet nevýhod je podstatně kratší než předchozí kapitola. Dva respondenti totiž uvedli, že žádné nevýhody nespátřují, a zbylí respondenti uvedli průměrně pouze dvě nevýhody.

Hlavní kategorií nevýhod je systemová nepodpora DP, která s sebou přináší již v prvopočátcích problémy s dostupností PA, která bude ochotná asistovat u porodu v domácím prostředí. Ve spojitosti s touto problematikou je nezbytné uvážit i současné diskuzi na téma výjezdy ZSS k domácím porodům, které by ve správně fungujícím systému měly být brány jako samozřejmost, nikoli jako zneužívání systému ze strany doma rodících žen, aby byla zajištěna plnohodnotná péče v případě nečekaně vzniklých komplikací. Další potíže jsou spojené s nezbytnou přípravou na domácí porod, finanční nákladností a faktem, že si rodiče toužící rodit doma musí vše zařídit sami. Po porodu samotném se pak mohou objevit komplikace s vydáním rodného listu na matrice.

Náročné je také najít pediatra, který bude ochotný přijít dítě zkontrolovat po porodu přímo domů, ale také který přijme do péče dítě po DP, ač legislativa zakotvuje jako jediný možný argument pro nepřijetí plnou kapacitu.

Tyto nevýhody shrnuje jedna z respondentek: „Nevýhody? Nevýhody je přístup společnosti. Nevýhoda velká je, pokud na matrice potkáte nějakou kozu, která dělá problémy, nebo pokud člověk není schopen sehnat pediatra, který by přišel po domácím porodu. Obrovská nevýhoda je samozřejmě nepodpora porodních asistentek, který u toho domácího porodu správně nesmí být a jako spíš to vidím všechno, všechny nevýhody vidím jakoby vnější faktory.“

Dalším aspektem je psychická náročnost domácího porodu pro rodiče, která s sebou obnáší nutnost převzít zodpovědnost za zdraví ženy i dítěte. Případně obavy spojené s porodem samotným, například nedůvěra ve vlastní schopnost porodit či strach, že sousedé uslyší křik rodící ženy a přijdou zjistit, co se děje. Náročný může být porod také pro staršího potomka, který je u porodu přítomen: „*No a měli jsme trošku strach, jak bude reagovat ona, že maminka tam řve, něco ji bolí a tak.*“ Nezbytné je nezapomínat ani na obavy, jež mohou vyvstávat ve spojitosti s představou komplikací, které skončí tragicky.

Třetí hlavní nevýhodou je přístup společnosti k DP, který může v rodičích vzbuzovat obavy z nepříznivého pohledu společnosti na ně samotné, reakce osob, kterým rodiče sdělí informaci o plánovaném DP a možných pomluv: „*Nevýhoda je no, (dlouhé přemýšlení), nevím. Je to zbytečně démonizovaný si myslím.*“

Neopomenutelnou nevýhodou, ač respondenty pouze třikrát zmíněnou, je existence rizik, ač jejich pravděpodobnost, jak bylo objasněno v kapitole 3.3, je u nízkorizikové rodičky velmi malá, je vždy nutno volit domácí porod s vědomím, že komplikace se mohou vyskytnout a mohou být fatální.

7.6 Péče o děti v rodinách, které absolvovaly domácí porod

Jak bylo uvedeno v kapitole 7.4.2, nejčastější vnímanou proměnou je menší množství společně tráveného času. Tento úbytek může souviset s náročnou péčí, které ženy svým potomkům poskytují a jaké představy o výchově mají, níže bude tedy nastíněno, jak způsoby výchovy dotázaní respondenti popisovali.

V otázce kontaktního rodičovství 2 páry a 2 respondentky, s jejichž muži nebyly provedeny rozhovory, sdělily, že jej praktikují, nicméně dle odpovědí zbylých respondentů, by se za kontaktní rodičovství dalo považovat i to, co popsali ostatní, jelikož kontaktní rodičovství je založeno na maximální snaze reagovat na potřeby dítěte skrze způsoby péče, mezi které lze řadit kojení, společné spaní v posteli, nošení dítěte v šátku, reagování na pláč dítěte, nikoli „vyplakávání“ a další.

Tabulka níže zobrazuje metody popisované a užívané rodiči, se kterými byly provedeny rozhovory a uvádí celkový počet respondentů, kteří tyto metody ve výchově a péči o děti využívají.

Tab. 5: Způsoby péče o děti využívané rodiči, které podstoupili domácí porod

<i>Metoda</i>	<i>Počet</i>
<i>Nošení v šátku</i>	11
<i>Plné kojení</i>	7 (pouze ženy)
<i>Společné spaní v jedné posteli</i>	11
<i>Používání látkových plen</i>	10
<i>Bezplenková kontaktní metoda</i>	5
<i>Příkrmy formou BLW¹¹</i>	2

Výrazným tématem, které respondenti uváděli, byla problematika očkování. Naprosté neočkování uvedlo 8 z 11 respondentů, ale po provedení čištění dat bylo zjištěno, že ani jeden z párů a taktéž ani dotázané ženy své děti neočkují. Pouze jeden z respondentů s naprostým neočkováním nesouhlasil a zastával oddálené očkování ideálně pomocí monovakcíny. S neočkováním se pojí komplikace s navštěvováním mateřské školy. V této souvislosti 3 respondentky uvedly, že jejich děti navštěvují lesní školku.

Nejčastěji uváděný výchovný styl byl založen na vzájemném respektu, diskuzi s dítětem, bez užívání zákazů, příkazů a tělesných trestů. Tento způsob výchovy uvedlo 7 z 11 respondentů.

7.7 Odpovědi na výzkumné otázky

V této kapitole budou uvedeny odpovědi na všechny výzkumné otázky stanovené na počátku výzkumu. Výsledky jsou podloženy výzkumnými daty a jsou detailněji popsány v přechozích kapitolách.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou hlavní motivační faktory pro volbu domácího porodu?

Při rozhodování se pro volbu domácího porodu byly identifikovány 3 hlavní motivační faktory: 1. Nemocniční porod, 2. pozitivní zkušenosti s domácím porodem od známých a 3. informace o domácích porodech.

Výzkumná otázka č. 2: Jak probíhá příprava rodičů na domácí porod?

Příprava na domácí porod probíhá rozdílně u mužů a žen. U některých žen počíná předporodní příprava již před těhotenstvím či samotným plánovaným domácím porodem a jejím spouštěčem je ve většině případů špatně vnímaný nemocniční porod.

Pro přípravu žen byla identifikovány 3 stádia – 1. stádium je čerpání informací, které bývá započato ještě před plným rozhodnutím se pro domácí porod a probíhá kontinuálně až

¹¹ **BLW** neboli Baby-led weaning je metoda příkrmování česky nazývaná „Jídlo do tlapky“, při které dítě jí samo vhodně upravenou stravu, není krmeno kašemi.

do samotného porodu, v průběhu získávání informací dochází ke 2. stádiu, kterým je zajištění porodní asistentky a následné kontroly a schůzky s touto PA, 3. a poslední fází je praktická příprava.

U mužů vzhledem k nízkému počtu respondentů nebylo možno fáze přípravy blíže identifikovat. Dva muži se sami nijak aktivně po informační stránce nepřipravovali, pouze se účastnili setkání s PA či doulou, diskutovali s partnerkou o plánovaném DP a pomohli jí s praktickou přípravou v domácnosti a zbylí dva muži si hledali informace, které je zajímaly, případně se na ně dotázali PA.

Patrné však je, že muži se na porod nepřipravují po informační stránce tak důkladně jako ženy. Příčinou je pravděpodobně to, že porod se jich týká spíše zprostředkovaně a nemusí v něm být přímými účastníky.

Výzkumná otázka č. 3: K jakým proměnám vztahu mezi ženou a mužem dochází v průběhu rozhodování se o domácím porodu, přípravy na domácí porod a po prodělání domácího porodu?

Proměna vztahu v průběhu rozhodování se pro domácí porod, přípravy na něj a po prodělání DP je závislá na kvalitě vztahu před otěhotněním, žádný z 11 respondentů neuvedl konkrétní proměnu vztahu.

V průběhu přípravy na domácí porod dle 4 respondentů k žádným změnám ve vztahu nedošlo, jedna žena popisovala konflikty související s plánováním domácího porodu a druhá zmiňovala konflikty z důvodu běžných rozlad pramenících z jejího aktuálního tělesného stavu a třetí žena popisovala zhoršení vztahu v souvislosti s plánovaným DP, ale tento vztah již v minulosti trápily značné neshody. Zbylí respondenti se k proměnám v průběhu přípravy nevyjádřili.

Po prodělání DP dochází k razantnímu omezení společně tráveného času, změnám v sexuálním životě, zejména pak ke snížení frekvence sexuálního styku. U žen je popisována změna ve smyslu větší sebedůvěry, vzrůstu sebevědomí, sebejistoty a nalezení nového smyslu života. Zlepšení vztahu uvedli 3 respondenti a 3 ženy nepozorovaly žádnou výraznou proměnu ve vztahu.

Výzkumná otázka č. 4: Jak se vyvíjí postoj k domácímu porodu v průběhu rozhodování se o místě budoucího porodu?

U žen dochází k postupnému formování postoje k domácímu porodu prostřednictvím studia literatury, které probíhá obvykle ještě před otěhotněním, v případě vícerodiček není

neobvyklé, že ženy si již před prvním nemocničním porodem získávaly informace, ale obvykle důvěřovaly lékařům a zdroje informací tomu odpovídaly. Častá je proměna postoje v důsledku nemocničního porodu, se kterým nebyla žena plně spojená. V prvopočátcích formování postoje je patrná snaha eliminovat vliv lékařů a zdravotnického personálu sepsáním porodního plánu, volbou vlastní porodní asistentky, která bude ženu doprovázet k porodu v nemocnici a častou variantou je ambulantní porod, kdy žena nezůstává hospitalizovaná v nemocnici po celou dobu, která je běžná, ale odchází ihned, jakmile to zdravotní stav její i dítěte dovolí. V další fázi již je pak plné rozhodnutí pro domácí porod a porodnice je brána jako poslední možnost v případě komplikací či situace, kdy si žena nebude porodem doma v jeho průběhu zcela jistá. Nejvyšším stupněm je stav, kdy si žena uvědomí, že porod jí může přinést příjemné prožitky a může být ozdravným a stmelujícím rituálem pro ni samotnou, dítě i rodinu jako celek.

U všech žen je však postoj k domácím porodům střízlivý a tato varianta je brána jen jako příjemná možnost v případě bezproblémového těhotenství a nízkého rizika potenciálních komplikací při porodu. Na prvním místě zůstává u žen bezpečí, a to jak jejich, tak nenarozeného dítěte, které v případě podezření na možné komplikace symbolizuje porodnice s potřebným vybavením.

Muži obvykle při formování svého postoje nemají jako počáteční bod nemocniční porod, neboť na něm obvykle neshledávají nic špatného. Iniciátorem je zde obvykle partnerka, která za partnerem přichází se svou vizí porodit doma. Na počátku je patrné vnímání domácího porodu jako nebezpečného, pocit, že se partnerka zbláznila a obavy o ni i dítě, které se mírní v závislosti na množství získaných informací. Není však možné zobecnit, jaký je běžný postoj, který je dotvořen po proběhnutí porodu, neboť ve výzkumném vzorku byl jeden z mužů, který zastával názor, že DP je jedna z možností, kterou však nikomu nedoporučuje, neboť je možné, že absence komplikací v jejich případě byla pouze „štěstí“, další dva muži hodnotí, že porod doma je vhodná varianta pro nízkorizikovou rodičku, ale není pro každého, neboť ne každý je psychicky připraven převzít zodpovědnost a porodit doma a jeden muž domácí porod doporučuje, neboť je to jediná možnost, jak porodit přirozeně a beze stresu.

Výzkumná otázka č. 5: Jaké jsou vnímané výhody a nevýhody domácího porodu?

Hlavní vnímanou výhodami jsou: přirozenost, příjemné pocity a atmosféra, respektování fyziologie porodu, přizpůsobení porodu i prostředí potřebám ženy, menší stres a nepřetržitý kontakt s novorozencem.

Nevýhodami jsou pak: systémová nepodpora domácích porodů, psychická náročnost pro rodičku i její okolí, přístup společnosti k domácím porodům a existence rizik, které jsou v domácím prostředí náročněji řešitelné.

8 Diskuze

V této kapitole budou detailně popsány zjištěné výsledky a dány do souvislostí s výsledky jiných výzkumů na podobné téma. Hodnocena bude přínosnost provedeného výzkumu, jeho rezervy a další možné výzkumné působení.

Hlavním zjištěným motivačním faktorem pro volbu domácího porodu je negativní zkušenost s porodem nemocničním či nesouhlas s tradičním způsobem vedení porodu v porodnici, nebo naopak sdílená pozitivní zkušenost s porodem domácím, toto zjištění koreluje se výsledky publikovanými ve finském kvalitativním výzkumu, mezi kterými je na prvních místech důvodů nepříjemná zkušenost s porodem, případně příjemná zkušenost s domácím porodem. Vnímání porodu jako přirozeného procesu uvedené ve finské studii (Jouhki, 2011) je v souladu s třetím motivačním faktorem, kterým jsou v této práci informace o domácích porodech. Informace totiž ženám rozhodujícím se pro domácí porod zpravidla, dle sdělení respondentek, ukázaly, že porod je přirozenou záležitostí, nikoli nemocí. Po nastudování množství informací, které proběhlo u všech respondentek se také postupně snižovala důvěra v lékaře a zejména nezbytnost jejich působení v průběhu přirozeného fyziologického porodu, který je schopna vést zkušená kvalifikovaná porodní asistentka, jež je odborníkem na fyziologie na rozdíl od lékařů, kteří jsou specialisty na patologii. V souvislosti s tím sdělovali dotázaní respondenti nepochopení tak častého zasahování do průběhu porodu formou urychlování, nastříhávání, aplikace syntetických hormonů a podobně, i přes současný stav poznání a veškerá doporučení WHO.

Dvě ženy popisovaly dlouhodobé psychické následky traumatizujícího nemocničního porodu vedoucí až k myšlenkám, že již další dítě nechtějí. Postoj se však u všech žen vyvíjel postupně skrze nabyté informace, nicméně porod v ZZ jako impulz pro studium figuroval u většiny žen. Postoje žen je možné srovnat s výzkumem Tesařové (2014), která prováděla rozhovory se ženami rodícími jak v porodnici, tak doma a mapovala jejich postoj k porodu samotnému a volbě místa porodu. Z rozhovorů, které provedla vyplynulo, že 3 ze 4 dotázaných žen měly strach z možných komplikací, a proto volily porodnici. Čtvrtá respondentka se po prvním porodu, který proběhl v porodnici cítila natolik sebejistá, že jí obavy nebránily se rozhodnout pro domácí porod. Uvědomovala si totiž negativa, která v nemocničním prostředí působily komplikace a zpomalení porodu. Z těchto, ač pouze 4, rozhovorů je však patrný rozdíl k přístupu k informování se o porodu jako takovém. Uvedené tři respondentky, jejichž volbou místa byla porodnice totiž uvedly, že si informace cíleně nezjišťovaly, že si jsou vědomy rizik spojených s porodem a že

o domácích porodech mají informace z médií. Naopak žena, která prožila po svém prvním nemocničním porodu další dva nekomplikované domácí porody popsala, že si sama aktivně dohledávala informace v odborné literatuře, na internetu a diskutovala s PA a přáteli, kteří měli zkušenosti s domácím porodem.

Výše uvedené je jedním z možných objasnění tolik radikálního pohledu společnosti na problematiku DP. Popisovaný strach, obavy z komplikací, vize nemocnice a lékařů jako jistoty jsou založeny na informacích šířených ústní formou v níž je porod vykreslován jako vysoce riziková záležitost vyžadující medicínské zázemí pro případ vzniku náhlých komplikací. Média dramatickým popisem jednotlivých domácích porodů jen podněcují pocity nejistoty až paniku.

Při analýze odpovědí dotázaných osob bylo zřejmé, že i u nich se vyskytovaly výše uvedené pocity a přesvědčení, které se postupně proměňovaly s množstvím získaných informací podložených statistickými údaji a výsledky posledních výzkumů. Je tedy vhodné zamyslet se nad způsobem, jakým jsou fakta prezentována široké veřejnosti. V České republice jsou ženy, které plánují porod doma, pouze menšinou a stát ani zdravotnický systém nemají zájem zavádět nové způsoby přístupu k těhotným ženám, ani inovovat systém stávající, ač v jiných státech je péče porodních asistentek a domácí porod běžnou součástí péče o těhotnou ženu.

V rámci mapované přípravy bylo dalším krokem zajištění porodní asistentky, což je další komplikací vzhledem k legislativní nepodpoře domácích porodů a účasti PA u těchto porodů. Je tedy poměrně těžké získat asistentku, která bude ochotná vzít na sebe zodpovědnost a ženě při porodu asistovat.

Otázkou je, kdy a zda vůbec dojde ke změně českého porodnictví, jehož úpravu doporučil i Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku. A k dalšímu zamyšlení zůstává, zda by zlepšení péče v porodnicích, zejména snížení užívání rutinních zákroků, zvýšení emocionální podpory rodičky, empatie, ale také dostatku klidu a zvýšení důrazu na poskytnutí dostatku času všem ženám tak, aby mohly porodit dle svého individuálního tempa, snížilo množství žen, které touží родit v domácím prostředí.

Další zjištění se týkají proměny vztahu mezi partnery v závislosti na domácím porodu. V průběhu rozhodování se pro místo porodu a při následné přípravě hraje dle výsledků roli zejména kvalita partnerského vztahu ještě před otěhotněním. Tyto výsledky potvrzuje také výzkum Kluwerové a Johnsona (2007), z něhož je patrné, že míra konfliktů je spojená

s úrovní kvality vztahu při plánování potomka. Konflikty mohou plynout z rozdílných představ o rozdělení domácích prací, ale také představ o budoucí výchově potomka.

Po porodu je nejčastěji pozorováno snížení množství společně tráveného času partnerů, proměny v sexuálním životě a změny ženy ve smyslu zvýšení sebedůvěry, sebejistoty a nových obzorů pro ženu. Jak je však uvedeno již v teoretické části této práce, při přechodu k rodičovství je naprosto běžné, že dojde ke snížení množství volného času, který dříve partneři trávili společně a po narození dítěte je čas věnován zejména novorozenému dítěti.

Výzkumy však poukazují na snížení partnerské spokojenosti a zhoršení vztahu (Gottman & Gottman, 2007), což tento výzkum nepotvrdil. Tři z respondentů pozorovali zlepšení vztahu a tři nepozorovali žádnou změnu vztahu. Je možné, že respondenti o tak osobní záležitosti, jakou je partnerský vztah nechtěli hovořit příliš do hloubky, případně nechtěli přiznat krize, které v jejich vztahu mohly po narození nastat. Nicméně možná zhoršení vztahu nebylo odhaleno pouze v důsledku malého rozsahu výzkumného souboru.

Poslední zkoumanou oblastí byly vnímané výhody a nevýhody domácího porodu, z nichž u respondentů jednoznačně převažují výhody. U sdělování nevýhod bylo patrné delší přemýšlení a menší četnost sdělených slov. Je logické, že pokud by převažovaly v postoji respondentů vnímané nevýhody, pravděpodobně by se pro porod v domácím prostředí nerozhodli.

Výhody uvedené v tomto výzkumu se doplňují s důvody, proč ženy chtějí zůstat v tak náročné životní situaci doma, jež uvádí například výzkum provedený v USA, v němž se ukázala hlavní témata, kterými jsou: lepší průběh porodu při pocitu bezpečí ženy, porod bez zásahů a léků, pocit kontroly, pohodlí, soukromí, lepší podmínky pro dítě, přirozenost, možnost zapojení rodiny (Boucher, Bennett, McFarlin & Freeze, 2009) a další důvody, které korespondují se zjištěnými vnímanými výhodami.

Nevýhodou stále zůstává přítomnost rizik, která je neopomenutelným faktem ovlivňujícím rozhodování. Rizika jsou dle výzkumů sice u přirozeného porodu nízkorizikové rodičky, do něž není zasahováno, srovnatelná s porodem v porodnici a místo porodu tedy na bezpečnost nemá vliv, nicméně v českém zdravotnictví, které není zatím na existenci domácích porodů zcela adaptováno, se může míra rizika zvyšovat.

Problematika domácích porodů je i v současné moderní době dle mého názoru nedostatečně prozkoumaná a měla by jí být věnována větší pozornost. Tato práce je jednou z mála, jež se zabývá domácím porodem v širších souvislostech. Ve studiu souvislostí

porodu a partnerského vztahu, ale také například porodu a kvality života a životní spokojenosti žen vidím velký potenciál.

V budoucnu by bylo vhodné doplnit stávající výzkum dalšími respondenty a rozšířit tak velikost vzorku, která jak se ukázalo, není dostatečná pro plnou saturaci dat, zejména co se mužů týče. Přínos by mělo také provedení longitudinálního studie zkoumající souvislost způsobu vedení porodu, přítomnosti muže u porodu a životní a partnerské spokojenosti. Dalším zajímavým tématem je pak problematika porodního traumatu, jeho příčin, možné terapie či nejlépe, předcházení jeho vzniku.

Vzhledem k tomu, že v průběhu výzkumu bylo zjištěno, že všichni dotázaní rodiče, kteří prožili domácí porod, praktikují při péči o své děti metody kontaktního rodičovství, bylo by také zajímavé zjistit, zda tento jev vznikl náhodně, či je u domarodících rodin běžný, a srovnat tento výskyt s rozšíření kontaktního v rodinách, ve kterých přišly děti na svět v porodnici. Tato problematika by mohla být námětem dalšího výzkumu, jehož cílem by bylo objasnit, zda ženy, které se rozhodnou pro porod v domácím prostředí, volí následně při péči o děti a jejich výchově alternativní metody jako používání látkových plen, nošení dětí, BLW, neočkování a další.

Výsledky práce bohužel nelze z několika důvodů zobecňovat – neboť výzkumný soubor je příliš malý a nedošlo k plné saturaci, jelikož byly využity nepravděpodobnostní metody výběru výzkumného vzorku a do výzkumu se tak mohly dostat respondenti, jejichž osobnostní charakteristiky se liší od běžné populace, a také je možné, že byly do souboru vybrány jen páry, u nichž probíhal proces vývoje od rozhodnutí pro DP až po samotný porod bezproblémově. Případné nedostatky mohou být způsobeny také prostředím, ve kterém rozhovory probíhaly, tedy v kavárnách či v domácnosti za přítomnosti dětí. Toto prostředí totiž mohlo způsobit, že respondenti nevěnovali otázkám dostatek pozornosti a nezmínili tak některá důležitá fakta.

Nicméně se domnívám, že tato práce je přínosná jak pro ženy rozhodující se pro domácí porod, tak pro širokou veřejnost, které může poskytnout stručný přehled o problematice, podložený relevantními statistickými daty a výzkumy.

Významné je však uvědomění, že porod může být i příjemným a stmelujícím zážitkem pro rodinu a přechodovým rituálem pro ženu, který nemusí probíhat tak dramaticky, jak je obvykle líčen. Příjemnost či nepříjemnost však nezávisí pouze na prostředí, ve kterém probíhá, ale zejména na osobním a individuálním přístupu ke každé jednotlivé rodící ženě

a v její podpoře porodit vlastními silami, přizpůsobené proměnlivým okolnostem tohoto procesu.

9 Závěry

Rozhodování se o místě porodu svého potomka je náročnou životní etapou, která může ovlivnit budoucnost ženy, jejího dítěte, ale také celé rodiny, které se toto rozhodování bezprostředně dotýká. Z výzkumu vyplynula následující zjištění:

- Hlavními motivačními faktory pro volbu domácího porodu jsou zkušenost s nemocničním porodem a následnou péčí nebo informace o průběhu péče v současném systému, sdílená pozitivní zkušenost s domácím porodem známých a informace o přirozených a domácích porodech.
- Pro informované rozhodnutí se o místě narození dítěte je dle respondentů nezbytné získat si maximum možných informací o různých možnostech místa porodu, přizpůsobit rozhodnutí potřebám ženy, uvědomovat si rizika a v případě volby domácího porodu tuto možnost důkladně zvážit.
- Ve vývoji postoje k domácímu porodu hraje u mužů i žen zásadní roli množství informací.
- Postoj žen se vyvíjí od počátečního považování porodnice za jediné bezpečné místo a vděčnosti lékařům za pomoc při porodu, bez níž se domnívaly, že by neporodily, přes touhu porodit přirozeně, bez zásahů, ale v bezpečném prostředí nemocnice vybavené potřebným personálem a přístroji až po rozhodnutí se pro domácí porod a ponechání porodnice v záloze pro případ vzniklých komplikací.
- V průběhu předporodní přípravy nadále probíhá získávání informací, které započalo při rozhodování se o místě porodu a pokračuje až do porodu samého. Následuje hledání vhodné porodní asistentky a kontroly u ní. Těsně před porodem nastupuje praktická příprava v podobě zajištění nezbytných pomůcek a přípravy domácího prostředí.
- U mužů neprobíhá příprava na DP tak důkladně a dlouhodobě jako u žen. Muži přenechávají v mnohém iniciativu na ženě a množství informací získávají pouze zprostředkovaně skrze partnerku. Podílejí se však výrazně na praktické přípravě (zejména příprava lůžka pro ženu, porodního bazénku apod.)
- V průběhu rozhodování se o místě porodu a přípravy na domácí porod nastává pro partnerskou jednotku náročná fáze, jejíž zvládnutí závisí na kvalitě vztahu ještě před započítím řešení domácího porodu. V případě konfliktního vztahu již na počátku je možná gradace konfliktů, v případě funkčního vztahu bez větších problémů může vše

probíhat hladce, ale mohou se objevit drobné konflikty založené na plánování DP, případně iniciované ženou v závislosti na jejich rozladách plynoucích z aktuálního těhotenského stavu.

- Po proběhnutí domácího porodu dochází k největší změně v podobě snížení množství společně tráveného času, proměněm sexuálního života, zejména snížení frekvence sexuálního styku. Dále je patrný vývoj ženy a její proměny. Ve vztahu může také dojít ke zlepšení, případně může zůstat nezměněn.
- Hlavními vnímanými výhodami domácího porodu jsou přirozenost, příjemná atmosféra a pocity, respektování fyziologie porodu a její nenarušování, přizpůsobení se potřebám ženy, menší stres a nepřetržitý kontakt s novorozencem.
- Zjištěné, nejvíce vnímané nevýhody jsou: systémová nepodpora domácích porodů, psychická náročnost pro rodičku i její okolí, přístup společnosti k domácím porodům a existence rizik, které jsou v domácím prostředí náročněji řešitelné.

Souhrn

Bakalářská diplomová práce se zabývá domácím porodem jako jednou z možných variant místa porodu, motivací pro jeho volbu a předporodní přípravou. V oblasti zájmu jsou také proměny a vývoj partnerského vztahu v průběhu rozhodování se pro domácí porod, přípravy na něj a po proběhnutí domácího porodu.

Nejprve je teoreticky ukotven fyziologický porod a jeho průběh, na jehož respektování je postavena idea přirozeného porodu. Fyziologie všech tří dob porodních by měla být respektována i v průběhu porodu probíhajícího v porodnici a péče o rodící ženu a následně i její dítě by tomu měla být přizpůsobena.

Porod však neprobíhal vždy s tak nízkou úmrtností, ve sterilním prostředí a za přítomnosti odborníků – mužů – lékařů. Přístup k porodu se vyvíjel postupně a od nepaměti v něm hrály zásadní roli porodní asistentky, jejichž postavení se výrazně změnilo v 18. století, kdy došlo společně se vznikem porodnice a profese porodníka k omezení působení porodních asistentek. Proměňovalo se také vnímání porodu. Možnosti si zvolit podmínky porodu dříve nebyly tak široké, jako je dnes, ale i přes obrovský pokrok je nezbytné mapovat spokojenost žen s perinatální péčí a brát si z této zpětné vazby ponaučení, neboť na spokojenosti žen se nepodílí pouze kvalitní vybavení porodnice a kvalifikovaný personál, ale významnou roli hraje vstřícný a empatický přístup k rodičce.

Plánovaný domácí porod v České republice není zcela běžný, situace okolo této problematiky je složitá a přístup společnosti je postaven na nedostatečných statistikách a vágních vyjádřeních o bezpečnosti domácího porodu nepodložených výzkumnými daty. Bezpečnost domácího porodu se odvíjí od míry rizikovosti rodičky, přítomnosti kvalifikované a zkušené porodní asistentky, ale také součinnosti dalších složek zdravotnického systému.

Základním předpokladem pro nutnost řešit problematiku porodu je však partnerský vztah. Na počátku dochází k výběru ideálního partnera. V případě jeho nalezení probíhá sbližování dvojice postupně od neznámých lidí až po pár sdílející spolu stále intimnější záležitosti. Nezávisle na názvech fází a přístupů jednotlivých autorů, s postupem času vztah nabývá pevnosti, vyvíjí se, prochází krizemi a jedním z vážných zlomů a změn, které mohou v historii vztahu nastat, je právě přechod v rodičovství, které s sebou přináší nové životní etapy, role a úkoly. V podobě partnerského vztahu dnes také dochází k vývoji. Již není zcela běžnou praxí, že děti se rodí manželskému páru a výjimečně již není nutností ani heterogamní dvojice.

V zahraničí probíhá množství výzkumů zabývajících se spokojeností v partnerství, přechodem k rodičovství, motivací pro volbu domácího porodu a jeho bezpečností, ale stále nám není zcela jasné, jak velkou roli může hrát samotný porod v budoucím směřování páru.

Tato práce se tudíž pokouší prostřednictvím kvalitativního přístupu zmapovat, zda v průběhu rozhodování se o místě porodu a následné přípravy na porod dochází ve vývoji páru k nějakým změnám. Snahy o zmapování se týkaly také vývoje vztahu po proběhnutí porodu v domácím prostředí. Zjišťovány byly motivační faktory pro volbu domova jako místa pro narození dítěte, jež se mohou v České republice lišit vzhledem k faktu, že domácí porod stále není běžnou součástí porodnické péče. Důkladně zkoumána byla také příprava na porod samotný jak ze strany matky, tak jejího partnera.

Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že hlavní roli při rozhodování o místě narození potomka má nemocniční porod, ať již jako motivátor pro volbu porodu domácího či jako spouštěč pro získávání většího množství informací o problematice porodů obecně. Dalším zjištěním je, že předporodní příprava žen ze souboru byla velmi důkladná a ženy se připravovaly na rozličné situace, které mohou v tak nevyzpytatelném procesu, jakým porod je, nastat. Partneři se přípravy účastnili spíše méně a jen někteří z nich si sami aktivně vyhledávali a zajišťovali potřebné informace.

Ve vývoji vztahu byly objeveny výrazné proměny v množství společně tráveného času ve smyslu jeho snížení a oblasti sexuálního života, které jsou však běžné také po běžném nemocničním porodu. Zajímavým poznatkem je však vnímaná proměna ženy, kterou popisovali jak dotázaní muži, tak ženy samotné. Vnímán byl nárůst sebevědomí a sebejistoty a otevření nových obzorů v životě ženy, které mnohé z nich využily pro své uplatnění v oblasti porodnictví jako duly, případně v oblasti výchovy a péče o děti například jako laktační poradkyně či poradkyně pro nošení dětí v šátku.

Zjištěnými výhodami domácích porodů jsou přirozenost, příjemné prostředí, atmosféra a příjemné pocity v průběhu porodu. Kladně hodnoceno bylo také respektování fyziologie porodu, adaptace na ženiny potřeby, nepřetržitý kontakt s novorozencem bez zbytečného přerušování a také celkově nižší úroveň stresu.

Nevýhodami jsou pak již zmíněná nepodpora domácích porodů v českém prostředí, psychická náročnost pro rodičku i její okolí plynoucí z nutnosti převzít veškerou zodpovědnost a vše si zajistit vlastními silami. Nepříjemnosti mohou plynout také z

přístupu společnosti k domácím porodům. Nezanedbatelná je pak existence rizik, které s sebou domácí porod nese.

Jednotlivé výsledky byly okomentovány v příslušných kapitolách práce, byly zodpovězeny výzkumné otázky a proběhla také diskuze nad zjištěními, ale také rezervami a možnými dalšími cíli výzkumu.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Agache, A., Leyedecker, B., Schäfermeier, E., & Schölmerich, A. (2014). Paternal involvement elevates trajectories of life satisfaction during transition to parenthood. *European Journal of Developmental Psychology*. 11(2), 259-277. doi: 10.1080/17405629.2013.851025

Berg, M., Lundgren, I., & Lindmark, G. (2003). Childbirth Experience in Women at High Risk: Is It Improved by Use of a Birth Plan? *Journal of Perinatal Education*. 12(2), 1-15. doi: 10.1624/105812403X106784

Bouchard, G. (2014). The quality of the parenting alliance during the transition to parenthood. *Canadian Journal Of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 46(1), 20-28. doi:10.1037/a0031259.

Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., & Freeze, R. (2009). Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 54(2), 119-126. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.09.006

Breckwoldt, M. Fabelová, G., Martius, G., Martius, J., Pflleiderer, A., & Schneider, H. (1997). *Gynekologie a porodnictví*. Martin: Osveta.

Buckleyová, S. J. (2016). *Jemný porod, jemné mateřství*. Praha: Maitrea.

Campbell, L., & Fletcher, G. J. (2015). Romantic relationships, ideal standards, and mate selection. *Current Opinion in Psychology*. 2015 (1), 97-100.

Coutinho, E. C., Antunes, J. G. V. C., Duarte, J. C., Parreira, V. C., Chaves, C. M. B., Nelas, P. A. B. (2016). Benefits for the father from their involvement in the labour and birth sequence. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 217 (2016), 435–442.

Coxon, K. (2014). *Birth place decisions*. Získáno 7. 2. 2017 z http://www.pdcap.cz/Texty/PDF/Birth_place_decision_support.pdf

Čech E., Hájek, Z., Maršál, K., Srp, B. et al. (1999). *Porodnictví*. Praha: Grada publishing.

Český statistický úřad. (2016). *Statistická ročenka České republiky*. Získáno 6. 2. 2017 z <https://www.czso.cz/documents/10180/33199363/32019816.pdf/a2dde9e4-2973-433e-a863-aa20b47ad784?version=1.3>

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

- Doležal, A. et al. (2007). *Porodnické operace*. Praha: Grada publishing.
- Doležalová, J. (2006). *Hovory s porodní bábou*. Praha: Argo.
- Gottman, J. M., & Schwartz-Gottman, J. (2007). *And baby makes three: The six-step plan for preserving marital intimacy and rekindling romance after baby arrives*. New York: Crown Publishing.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hashtag. (nedat.). In Wikipedia. Získáno 6. 2. 2017 z <https://cs.wikipedia.org/wiki/Hashtag>
- Hašková, H. (2001). *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Holčík, J., Koupilová, I., & Gerylovová, A. (2000). Riziko, jeho míry a interpretace. *Kardiologická revue*. 2/01, 75-78.
- Hutton, E. K., Cappelletti, A., Reitsma, A., Simioni, J., Horne, J., McGrogan, C., & Ahmed, R. J. (2015). Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *Canadian Medical Association Journal*. 188(5), 80-90.
- Cheyney, M., Bovbjerg, M., Everson, C., Gordon, W., Hannibal, D., & Vedam, S. (2014). Development and Validation of a National Data Registry for Midwife-Led Births: The Midwives Alliance of North America Statistics Project 2.0 Dataset. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 59(1), 8-16. doi:10.1111/jmwh.12165
- Chlumský, J. (nedat.) *Hroznata*. Získáno 12.11.2016 z <http://catholica.cz/?id=3060>
- Jackson-Dwyer, D. (2013). *Interpersonal Relationships*. New York: Routledge – Taylor & Francis Group.
- Jandourek, J. (2001). *Sociologický slovník*. Praha: Portál.
- Jouhki, M. R. (2011). Choosing homebirth — The women's perspective. *Women and Birth*. 25, 56—61.
- Kapr, J., & Koukola, B. (1998). *Pacient: Revoluce v poskytování péče*. Praha: SLON.
- Katrňák, T. (2000). Moderní partnerské vztahy a jejich proměna v době pozdní modernity. *Sociologický časopis*. 36(3), 307-316.

- Keedle, H., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. G. (2015). Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. *Pregnancy and Childbirth*. 15(1), 15:206. doi: 10.1186/s12884-015-0639-4
- Keizer, R., & Schenk, N. (2012). Becoming a Parent and Relationship Satisfaction: A Longitudinal Dyadic Perspective. *Journal of Marriage and Family*. 74(2012), 759-773. doi: 10.1111/j.1741-3737.2012.00991.x
- Kluwer, E. S., & Johnson, M. D. (2007). Conflict Frequency and Relationship Quality Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and Family*. 69 (2007), 1089–1106.
- Königsmarková, I. (2012). Domácí porody v České republice. *Česká Gynekologie*. 77(3). 558-562.
- Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál.
- Labusová, E. (2012). *Nemůžete najít porodní asistentku k porodu doma? Obráťte se na pomoc na soud!* Získáno 7. 2. 2017 z http://www.evalabusova.cz/rozhovory/z_candigliota.php
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Leboyer, F. (1995). *Porod bez násilí*. Praha: Stratos.
- Liga lidských práv. (2010). *Péče porodních asistentek mimo porodnice*. Získáno 7. 2. 2017 z http://llp.cz/wp-content/uploads/Pece_porodnich_asistentek_mimo_porodnice.pdf
- Macků, F. (2000). *Porodnictví*. Praha: Univerzita Karlova.
- Matějková, E. (2007). *Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích*. Praha: Grada Publishing.
- Matoušek, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mrowetz, M., Antalová, I., & Chrastilová. (2011). *Bonding – porodní radost*. Praha: Dharmagaia.

- Mrowetz, M., & Peremská, M. (2013). Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi*. 14(3), 201-204.
- National Perinatal Epidemiology Unit. (2011). *Birthplace*. Získáno 7. 2. 2017 z <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace>
- Neubertová Zemánková, K. (2014). *Vliv prožitku porodu na sexualitu ženy*. (Magisterská diplomová práce). Získáno 24. 3. 2017 z https://theses.cz/id/rpp3md/Neubertov_Zemnkov.pdf.
- Němcová, T. (2016). *Domácí porod – reflexe české diskuze*. (Bakalářská diplomová práce). Získáno 24. 3. 2017 z <https://theses.cz/id/ixq7ao/BP-Komplet.pdf>
- Novák, T., & Hargašová, M. (2007). *Předmanželské poradenství*. Praha: Grada.
- Odent, M. (1995). *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.
- Pavlas, I. (2011). *Výkonová motivace a interpersonální potřeby*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity.
- Pavlíková, M. (2014). *Sbíraná data o porodu, zdraví a úmrtí novorozenců v ČR a v zahraničí*. Získáno 6. 2. 2017 z <http://www.biostatisticka.cz/sbirana-data-o-porodu-zdravi-a-umrti-novorozencu-v-cr-a-v-eu/>
- Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Plzák, M. (1998). *Klíč k výběru partnera pro manželství*. Praha: Motto.
- Porodní dům U čápa (nedat.). *Porod v domácím prostředí*. Získáno 7. 2. 2017 z http://www.pdcap.cz/Texty/PDF/Brozura_Por_doma.pdf
- Roztočil, A. et al. (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada publishing.
- Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. et al. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sapountzi-Krepia, D., He, H., Vehviläinen-Julkunen, K., Qian, X., Gong, Y., Wang, W. (2015). Fathers feelings related to their partners' childbirth and views on their presence during labour and childbirth: A descriptive quantitative study. *International Journal of Nursing Practice*. 21(2), 71-79.

- Sigmund, M., Kvintová, J., & Šafář, M. (2014). *Vybrané kapitoly z manažerské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Získáno 14. 3. 2017 z <https://publi.cz/books/171/Cover.html>.
- Slezáková, L. et al. (2011). *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada publishing.
- Strong, B., DeVault, C., & Cohen, T. F. (2011). *The marriage and family experience: Intimate relationships in a changing society*. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Světová zdravotnická organizace. (1999). *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Ženeva: Odbor reprodukčního zdraví a výzkumu. Získáno 15. 6. 2016 z http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- Svoboda, B. (2009). Porod je vždycky zážitek. *SANQUIS*, 72/2009, 100.
- Sweeney, S., & O'Connell, R. (2015). Puts the magic back into life: Fathers' experience of planned home birth. *Women and Birth*. 28 (2015) 148–153.
- Šimíčková-Čížková, J. (2001). *Poznávání duševního života člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Šmolka, P. (2005). *Výběr partnera. Pro nezadané i zadané*. Praha: Grada.
- Štromerová, Z. (2005). *Možnost volby. Kde mohu své dítě přivést na svět?* Praha: Argo.
- Takács, L., Seidlerová, J. et al. (2012). *Psychosociální aspekty v současném porodnictví*. Praha: Univerzita Karlova.
- Tesařová, B. (2014). *Postoje žen k domácímu porodu* (Bakalářská diplomová práce). Získáno 20. 3. 2017 z http://theses.cz/id/w3a9aa/Tesaov_Blanka_BC_prce.pdf
- The European Court of Human Rights. (15. 11. 2016). *Case of Dubská and Krejzová v. The Czech Republic*. Získáno 6. 2. 2016 z <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-168066>
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Tinková, D. (2010). *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo.
- UNIPA. (2016). *Pomůže evropský soud porodním asistentkám, aby mohly dělat svoji práci?* Získáno 6. 2. 2017 z <http://www.unipa.cz/index.php/media-menu/item/131-pomuze-evropsky-soud-porodnim-asistentkam-aby-mohly-delat-svoji-praci>.

- UNIPA. (2016). *Vyjádření Hnutí za aktivní mateřství (H.A.M.) a Unie porodních asistentek (UNIPA) k tvrzení zástupce záchranné služby (dále jen ZZS) k zásahu z porodu doma 14. 11. 2016*. Získáno 6. 2. 2017 online z <http://www.unipa.cz/index.php/media-menu/item/132-vyjadreni-hnuti-za-aktivni-materstvi-h-a-m-a-unie-porodnich-asistentek-unipa-k-tvrzeni-zastupce-zachranne-sluzby-dale-jen-zzs-k-zasahu-u-porodu-doma-14-11-2016>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2011). *Narození mimo zdravotnická zařízení*. Získáno 6. 2. 2017 z http://www.uzis.cz/system/files/07_11.pdf.
- Valentova, J. V., Štěrbová, Z., Bártová, K., & Varella, M. A. C. (2016). Personality of ideal and actual romantic partners among heterosexual and non-heterosexual men and women: A cross-cultural study. *Personality and Individual Differences*. 2016 (101), 160-166.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum.
- Velebil, P. (2012). Porod mě stále dojíká. *SANQUIS*. 99/2012, 49.
- Venglářová, M. (2008). *Průvodce partnerským vztahem*. Praha: Grada.
- Vítová, K. (13. 1. 2013). *Přerušení pupečníku*. Získáno 9. 3. 2017 z <http://www.aperio.cz/poradna/27223>
- Vokurka, M., Hugo, J. et al. (2015). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.
- Vránová, V. (2007). *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: univerzita Palackého.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
- Zeman, Z., & Doležal, A. (2000). *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*. Praha: Galén.
- Zwinger, A. (2004). *Porodnictví*. Praha: Galén.

Přílohy

Příloha č. 1: Zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
KONŠELOVÁ Kristýna	Břeclavská 37, Kostice	F14698

TÉMA ČESKY:

Změny vztahu mezi ženou a mužem v závislosti na plánovaném domácím porodu

TÉMA ANGLICKY:

Changes in the relationship between man and woman depending on the planned home birth

VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Šárka Moštková - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:


1. Základem pro vypracování bude Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie v Olomouci (Kolařík, M. a kol., 2015).
2. Rešerše a studium relevantní české i zahraniční literatury včetně dostupných výzkumů zabývajících se domácími porody a partnerskými vztahy.
3. Zpracování teoretické části.
4. Stanovení výzkumných otázek a příprava kvalitativního výzkumu.
5. Realizace výzkumu prostřednictvím rozhovorů vlastní konstrukce (sběr dat, vedení záznamů o průběhu a organizaci výzkumu).
6. Zpracování získaných dat a jejich analýza.
7. Interpretace výsledků.
8. Diskuze a závěry.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Doležalová, J. (2006). Hovory s porodní bábou. Praha: Argo.
Kratochvíl, S. (2009). Manželská a párová terapie. Praha: Portál.
Leboyer, F. (1995). Porod bez násilí. Praha: Stratos.
Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.
Odent, M. (1995). Znovuzrozený porod. Praha: Argo.
Štronerová, Z. (2005) Možnost volby. Kde mohu své dítě přivést na svět? Praha: Argo.

Podpis studenta: 

Datum: 25.11.2015

Podpis vedoucího práce: 

Datum: 25.11.2015

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce

Název práce: Změny vztahu mezi ženou a mužem v závislosti na plánovaném domácím porodu, motivace pro volbu domácího porodu a předporodní příprava

Autor práce: Kristýna Konšelová

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Mošťková

Počet stran a znaků: 79 (154 123)

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 83

Abstrakt (800–1200 zn.): Bakalářská diplomová práce se zabývá motivací pro volbu domácího porodu, předporodní přípravou a proměnami partnerského vztahu v průběhu přípravy na domácí porod a po jeho proběhnutí. Teoretická práce popisuje problematiku fyziologického porodu, vývoj porodnictví, domácí porod, partnerský vztah a jeho přerod v rodičovství. Cílem výzkumu je zmapovat motivační faktory pro volbu domácího porodu, přípravu na porod a vývoj partnerského vztahu. V rámci kvalitativního přístupu byla využita vícenásobná případová studie. Výzkumný soubor je tvořen 11 respondenty (7 ženami, které prodělaly domácí porod, a 4 muži, již byli u porodu přítomni). Metodou výběru výzkumného vzorku byl samovýběr a metoda sněhové koule. Data byla získána polostrukturovanými rozhovory. Analýza dat probíhala metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledky analýzy korespondují se stanovenými výzkumnými otázkami pokrývajícími oblast motivace, přípravy, proměn postoje k domácímu porodu, vývoje vztahu mezi partnery a vnímaných výhod a nevýhod domácího porodu.

Klíčová slova: domácí porod, předporodní příprava, motivační faktory, partnerský vztah

Abstract of thesis

Title of the thesis: Changes in the relationship between a woman and a man due to the planned home birth, motivation for choosing home birth, and prenatal preparation

Author: Kristýna Konšelová

Supervisor: PhDr. Šárka Moštková

Number of pages and characters: 79 (154 123)

Number of appendices: 6

Number of sources used: 83

Abstract (800–1200 char.): The thesis concerns the motivation for choosing a home birth, prenatal preparation, and development of a partnership before and after the home birth. The theoretical part describes the issue of physiological birth, development of obstetrics, home birth, and partnership and its transition into parenthood. The goal of the research is to identify motivation factors for choosing a home birth, prenatal preparation and development of the partnership. For qualitative research a multiple case study method was used. The examined group consisted of 11 respondents (seven women who went through a home birth and four men who were present during the birth). As for the selection of the participants, the methods of self-selection and snowball sampling were selected. Semi structured interviews were used for the data collection. The data were analyzed using the Interpretative phenomenological analysis method. The results of the analysis are in accordance with the research questions which concern the areas of motivation, changes of the attitude towards home birth, development of the relationship between partners, and major advantages and disadvantages of home birth.

Key words: home birth, prenatal preparation, motivation factors, partnership

Příloha č. 3: Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu



Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu, který je součástí bakalářské práce Kristýny Konšelové na téma „Motivace pro domácí porod, příprava na něj a proměny partnerského vztahu vnímané v souvislosti s plánovaným domácím porodem“.

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše zmíněném výzkumu věnovanému zkoumání motivace a přípravy pro domácí porod a vývoje partnerského života po prodělaném domácím porodu, a že má účast je zcela dobrovolná. Zároveň prohlašuji, že jsem měl/a možnost vše v klidu a dostatečném čase zvážit.

Byl/a jsem poučen/a o tom, že všechny získané údaje jsou zcela anonymní, podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a budou použity pouze pro cíle dané studie. Porozuměl/a jsem tomu, že z výzkumu mohu kdykoliv bez udání důvodu odstoupit a mé výsledky tak nebudou použity.

Souhlasím také s nahráváním našeho společného rozhovoru, s jeho analýzou a následnou prací se získanými údaji v anonymní podobě. Zároveň rozumím tomu, že pokud nebudu chtít odpovídat na obtížnou či nějak pro mě citlivou otázku, mohu svou odpověď odmítnout.

V případě jakýchkoliv dotazů či připomínek se mohu bez váhání obrátit na výzkumnici na jejím telefonním čísle: xxx xxx xxx nebo na e-mailové adrese: konselovakristyna@gmail.com, kde mi budou veškeré dotazy zodpovězeny. Pokud budu mít zájem o výsledky studie, budou mi poskytnuty.

Datum: _____

Podpis: _____

Příloha č. 4: Polostrukturovaný rozhovor (verze pro ženy)

Základní demografické údaje:

Pohlaví: žena

Okres bydliště (město):

Věk:

Nejvyšší dosažené vzdělání: ZŠ / ŠŠ (učiliště) bez maturity / SŠ s maturitou / VŠ

Stav: svobodná / vdaná / v partnerském vztahu

Počet dětí:

Počet plánovaných domácích porodů:

Počet dětí narozených doma:

Počet dětí narozených v porodnici:

Kontrolní otázka:

1. **Prodělala jste plánovaný domácí porod?** Ano / Ne
 - a. Pokud ano – **Kdy?** Byl to váš **první domácí porod**? Případně **kolika domácími porody jste prošla?**
 - b. Pokud ne – **Proč?**

Zjištění informací o vztahu mezi rodiči:

1. **Jste v současnosti ve vztahu s partnerem, se kterým jste byla v době posledního domácího porodu?** Ano / Ne
2. **Zkuste mi popsat váš vztah s partnerem před otěhotněním.** (Žili v jedné domácnosti? Hádky? Vyjadřování emocí? Říkali si, že se mají rádi? Spolupodílení se na pracích v domácnosti? Množství společně tráveného času. Jak trávili společný čas? ...)
3. **Jak dlouho trvá váš vztah s partnerem, který s vámi absolvoval domácí porod (přípravu na domácí porod)?**
4. **Je tento partner otcem vašeho dítěte / vašich dětí?**
5. **Po jaké době vztahu se vám potomek narodil?** Pokud je jich více, tak: **Po jaké době vašeho vztahu se vám děti narodily?**
6. **Byl váš potomek plánovaný?** (jak ze strany ženy, tak muže a byl **chtěný**?)

Příprava na porod

1. **Jak myslíte, že váš partner vnímal před porodem svou možnou být přítomen u porodu? Co v něm tato možnost vyvolávala? (Chtěl být u porodu?)**
2. **Chtěla jste, aby váš partner byl u porodu přítomen a proč?**
3. **A byl partner přítomen u porodu?** Ano / Ne (iniciativa muže / společná dohoda / přání ženy)

4. **Popište mi prosím váš vztah s partnerem v průběhu těhotenství?**
 - a. **Jak jste v průběhu těhotenství vnímala svého partnera a jeho roli ve vašem vztahu?**
5. **Proč jste se rozhodla pro domácí porod?** (co bylo motivací pro volbu DP – pokud předchozí porod v nemocnici → neptat se na ni)
 - a. **Pokud předtím rodila v porodnici – Lišil se nějak zásadně váš porod doma od předchozího (předchozích) porodů v nemocnici?**
 - i. **Byl předchozí porod v nemocnici motivací pro domácí porod? Ano / Ne Pokud ano, co konkrétně?**
6. **Diskutovali jste s partnerem o plánovaném domácím porodu?**
7. **Jaký postoj k domácímu porodu zaujímal váš partner? Měnil se partnerův postoj v průběhu těhotenství?**
8. **Připravovala jste se nějak na domácí porod?** (absolvování kurzů, čtení knih, komunikace s jinými těhotnými ženami či ženami, které prodělaly domácí porod, internetové zdroje...)
 - a. **Pokud ano – Jak? Až v průběhu těhotenství nebo již před ním?**
 - **Absolvoval váš partner některou část z vaší předporodní přípravy spolu s vámi?**
 - b. **Pokud ne – Proč?**
9. **Řekněte mi něco o tom, zda a jak se na nadcházející porod připravoval váš partner?** (Získával si informace o těhotenství? Domácím porodu? Možných rizicích? Další související problematice? ...)

Porod a doba následující po něm

1. **Popište mi, jak probíhal váš poslední domácí porod.**
2. **Jak jste se v průběhu porodu cítila?** (emoce i fyziologické projevy – bolesti apod.)
3. **Byl váš partner přítomen u porodu a proč?**
 - a. **Pokud byl muž u porodu – Jak na vás působila přítomnost vašeho partnera u porodu?**
 - b. **Pokud muž nebyl u porodu – Popište mi, co následovalo po porodu?** (kdy otec přišel, jaké bylo jeho chování ...)
4. **Popište mi, zda došlo po porodu k nějakým změnám mezi vámi a vašim partnerem?**
 - a. **Změnil se nějak váš vztah v souvislosti s porodem doma?**
 - b. **Změnilo se nějak vaše běžné každodenní fungování v domácnosti?** (zapojuje se otec do domácích prací a povinností více / stejně / méně)
 - c. **Změnila se nějak intenzita vašeho vztahu v oblasti vyjadřování emocí?** (Vyjadřují emoce stejně / méně / více)
 - d. **Zdá se vám, že vás partner vnímá po porodu jinak?**
 - e. **Chová se k vám partner po porodu jinak?**
 - f. **A chováte se vy k němu jinak?**

**g. Kolik hodin denně (týdně) se s partnerem věnujete pouze jeden druhému?
Co ovlivňuje množství společně stráveného času? A kolik času jste společně
trávili před narozením potomka?**

5. **Řekněte mi něco o tom, jak pečujete o své dítě.** (Podle věku dítěte – kojení, látkové pleny, nošení dítěte v šátku, spaní ve společné posteli s dítětem, návštěvy pediatra, odmítání vyšetření a screeningů, očkování...)
6. **Jaký postoj zaujímá váš partner k výchově vašeho dítěte? (Podílí se na výchově? Souhlasí se vším / s čím nesouhlasí / nesouhlasí s ničím – Je něco na čem se ohledně výchovy neshodujete?)**
7. **Došlo ve vašem intimním životě k nějakým změnám?** (jak často mají sex, pokud spí dítě s nimi v posteli, jak to dělají, změnila se míra chuti na sex – větší / stejná / menší, změna prožitků...)
 - a. **Pozorovala jste nějaké změny ve vašem vztahu při předchozích porodech?**

Závěr:

1. Co byste poradila těhotným ženám, které se rozhodují mezi porodem v nemocnici a v domácím prostředí?
2. Jaké jsou podle vás výhody a nevýhody domácího porodu?
3. Co se vám v souvislosti s domácím porodem osvědčilo?

Příloha č. 5: Polostrukturovaný rozhovor (verze pro muže)

Základní demografické údaje:

Pohlaví: muž

Okres bydliště (město):

Věk:

Nejvyšší dosažené vzdělání: ZŠ / ŠŠ (učiliště) bez maturity / SŠ s maturitou / VŠ

Stav: svobodný / ženatý / v partnerském vztahu

Počet dětí:

Počet plánovaných domácích porodů:

Počet dětí narozených doma:

Počet dětí narozených v porodnici:

Kolika porodů jste se účastnil? V porodnici: Doma:

Byly všechny porody se současnou partnerkou, se kterou byl u posledního porodu? Ano / Ne

Kontrolní otázka:

1. **Byl jste přítomen u posledního domácího porodu?** (nebo u nějakého předchozího domácího porodu?)

Ano / Ne

- a. **Pokud ne** – Proč? Byl jste v minulosti přítomen u porodu některého ze svých dětí?

Zjištění informací o vztahu mezi rodiči:

1. **Jste v současnosti ve vztahu s partnerkou, se kterou jste byl v době posledního domácího porodu?**

Ano / Ne

2. **Zkuste mi popsat váš vztah s partnerkou před otěhotněním.** (Žili v jedné domácnosti? Hádky? Vyjadřování emocí? Říkali si, že se mají rádi? Spolupodílení se na pracích v domácnosti? Množství společně tráveného času. Jak trávili společný čas? ...)

3. **Jak dlouho trvá váš vztah s partnerkou, se kterou jste absolvoval domácí porod? (přípravu na domácí porod)?**

4. **Jste biologickým otcem všech svých dětí?**

5. **Po jaké době vztahu se vám potomek narodil?** Pokud je jich více, tak: **Po jaké době vašeho vztahu se vám děti narodily?**

6. **Byl váš potomek plánovaný?** (jak ze strany ženy, tak muže a byl **chtěný**?)

Příprava na porod

1. **Jak jste před porodem vnímal možnost být u porodu přítomen? Co ve vás tato možnost vyvolávala? (Chtěl jste být u porodu?)**
2. **Chtěla vaše partnerka, abyste byl u porodu přítomen? Ano / Ne**
 - a. Pokud ano – **Proč si myslíte, že chtěla, abyste u porodu byl?**
 - b. Pokud ne – **Proč si myslíte, že nechtěla, abyste u porodu byl?**
3. **Popište mi prosím váš vztah s partnerkou v průběhu těhotenství?**
 - a. **Jak jste v průběhu těhotenství vnímal svou partnerku a její roli ve vašem vztahu?**
4. **Diskutovali jste s partnerkou o plánovaném domácím porodu?**
5. **Jaký byl na začátku rozhodování se o domácím porodu váš postoj k porodům vedeným doma?**
 - a. **Měnil se tento váš postoj nějak v průběhu těhotenství?**
 - b. **Jaký postoj zaujímáte k domácím porodům nyní?**
6. **Popište mi prosím, jak probíhala ve vaší rodině příprava na domácí porod? (Účastnil jste se této přípravy nějak?)**
 - a. Pokud nijak, tak – **Proč?**
 - b. **Jak jste se na nadcházející domácí porod připravoval vy sám? (čtení knih, článků, sledování videí, diskuze s partnerkou ...)**

Porod a doba následující po něm

1. **Popište mi prosím průběh posledního domácího porodu.**
2. **Jak jste se v průběhu porodu cítil? Jak jste celou situaci vnímal?**
3. **Popište mi prosím, co následovalo po porodu.**
4. **Popište mi, zda došlo po porodu k nějakým změnám mezi vámi a vaší partnerkou?**
 - a. **Změnil se nějak váš vztah v souvislosti s porodem doma?**
 - b. **Změnilo se nějak vaše běžné každodenní fungování v domácnosti? (zapojuje do domácích prací a povinností více / stejně / méně)**
 - c. **Změnila se nějak intenzita vašeho vztahu v oblasti vyjadřování emocí? (Vyjadřují emoce stejně / méně / více, jak často si říkají, že se mají rádi? A říkali si to dříve více / méně / stejně)**
 - d. **Vnímáte partnerku po porodu jinak než dříve?**

- e. **Chová se k vám partnerka po porodu jinak?**
 - f. **A chováte se vy k ní jinak?**
 - g. **Kolik hodin denně (týdně) se s partnerkou věnujete pouze jeden druhému? Co ovlivňuje množství společně stráveného času? A kolik času jste společně trávili před narozením potomka?**
5. **Řekněte mi něco o tom, jak probíhá péče o vaše dítě. – Jak partnerka o dítě pečuje? A jak o něj pečujete vy?** (Podle věku dítěte – kojení, látkové pleny, nošení dítěte v šátku, spaní ve společné posteli s dítětem, návštěvy pediatra, odmítání vyšetření a screeningů, očkování...)
6. **Jaký postoj zaujímáte k výchově vašeho dítěte? (Podílte se na výchově?)**
a. **Souhlasíte se vším / s čím nesouhlasí / nesouhlasí s ničím v oblasti výchovy vašeho dítěte / vašich dětí? – Je něco, na čem se ohledně výchovy neshodujete?)**
7. **Došlo ve vašem intimním životě k nějakým změnám po posledním domácím porodu?** (jak často mají sex, pokud spí dítě s nimi v posteli, jak to dělají, změnila se míra chuti na sex – větší / stejná / menší, změna prožitků...)
a. **A pozoroval jste nějaké změny vašeho vztahu při předchozích porodech?**

Závěr:

1. Kdybyste mohl něco poradit párům, které se rozhodují mezi nemocničním a domácím porodem, co by to bylo?
2. Jaké jsou podle vás výhody a nevýhody domácího porodu?
3. Co se vám v souvislosti s domácím porodem osvědčilo?
4. Proč si myslíte, že většina mužů inklinuje k lékařsky vedeným porodům?

Příloha č. 6: Seznam zkratk

BLW	Baby-led weaning (jídlo do tlapky)
ČSÚ	Český statistický úřad
DP	Domácí porod
H.A.M	Hnutí za aktivní mateřství
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
KLI-P	Dotazník psychosociálního klimatu porodnice
PA	Porodní asistentka
PO	Porodnické oddělení
RR	Relativní riziko
UNIPA	Unie porodních asistentek
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VŠ	Vysoká škola / vysokoškolské
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)
ZZ	Zdravotnické zařízení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba