

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Prenatální, perinatální a postnatální období v žité profesní  
zkušenosti porodních dul**

Mgr. Magdalena Antonová

**Bakalářská práce**

Studijní program: Psychologie, B7701

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Magdalena Koťová, PhD.

Praha 2023

**Prague College of Psychosocial Studies**



**The Prenatal, Perinatal and Postnatal Period from the  
Professional Experience of Birth Doulas**

Mgr. Magdalena Antonová

**The Bachelor Thesis**

Study program: Psychology, B7701

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Magdalena Koťová, PhD.

Prague 2023

**Čestné prohlášení:**

1. Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze 31. července 2023

Magdalena Antonová

**Poděkování:**

PhDr. Magdaleně Koťové, PhD., za cenné připomínky, trpělivě věnovaný čas a odborné vedení, Martinu Šplíchalovi za již třetí odbornou péči věnovanou mé závěrečné práci, a především za jeho přátelství.

Kateřině a Radovanovi Jirkovým, Miroslavu Antonovi, Jitce a Svatoplukovi Ratajovým za důvěru, psychickou a finanční podporu, za to, že ví, že to má smysl. Miroslavu Patočkovi za jeho důvěru, za to, že je podporující alfou a omegou mého studia.

## **Abstrakt (česky)**

Bakalářská práce se zabývá významem prenatálního, perinatálního a postnatálního období v žité profesní zkušenosti porodních dul. Prenatální, perinatální a postnatální období jsou přitom doprovázena dynamickým prožíváním a změnou celkového sebepojetí rodiče. Duly zastávají nezdravotnickou pomáhající profesi ve formě kontinuální péče a podpory během těhotenství, porodu a v období šestinedělí. Zároveň jsou profesionálními účastnicemi událostí a prožívání spojeného se zrozením nového života a nabytím nové rodičovské role. Teoretická část práce představuje základní fyziologické a psychologické změny v prenatálním a perinatálním období, stručnou historii porodnictví a vedení porodu, zabývá se problematikou vedení moderního lékařského porodu a komunikace kolem porodu. V neposlední řadě vymezuje koncept přirozeného porodu a samotnou profesi porodní duly. Empirická část práce je věnována kvalitativní výzkumné sondě, konkrétně pěti polostrukturovaným hloubkovým rozhovorům s dylami, které jsou analyzovány metodou tematické analýzy. Jejich cílem je deskripce prenatálního, perinatálního a postnatálního období skrze žitou profesní zkušenost dul.

## **Abstract (in English):**

The bachelor thesis describes the meaning of the prenatal, perinatal, and postnatal periods from the professional experience of birth doulas. Prenatal, perinatal, and postnatal periods are associated with dynamic emotional experiencing and a transformation of overall self-concept. Birth doulas are non-medical trained companions who assist a person before, during, and after childbirth. At the same time, they are professional observers of the events and experiences associated with birth and taking on a new parental role. The theoretical part of the thesis presents the fundamental physiological and psychological changes in the prenatal and perinatal periods, a brief history of obstetrics, and the management of birth. It deals with the issue of modern medical birth management and communication around childbirth. It defines the concept of natural birth and the profession of a birth doula itself. The empirical part of the thesis is devoted to qualitative research, with semi-structured in-depth interviews with doulas. The aim of these interviews is to describe the experience and meaning of the events surrounding the birth and postnatal period from doulas' professional experience.

**Klíčová slova (česky)**

prenatální psychologie, perinatální psychologie, postnatální období, šestinedělí, podpora u porodu, porodní dula, přirozený porod

**Keywords (in English):**

prenatal psychology, perinatal psychology, postnatal period, postpartum period, birth support, birth doula, natural birth

# OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>PRENATÁLNÍ A PERINATÁLNÍ OBDOBÍ: PSYCHICKÉ A FYZIOLOGICKÉ A ZMĚNY .....</b>	<b>3</b>
2.1	Prenatální období .....	3
2.2	Význam komunikace rodiče a dítěte v prenatálním období .....	5
2.3	Prenatální kořeny attachmentu .....	6
2.4	Perinatální období.....	12
2.4.1	Porod císařským řezem.....	13
2.4.2	Transgenerační dědičnost .....	14
<b>3</b>	<b>STRUČNÁ HISTORIE A DĚJINY PORODNICTVÍ, PROMĚNY VEDENÍ PORODU V EVROPSKÉ SPOLEČNOSTI.....</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>VYBRANÉ ASPEKTY A ZPŮSOBY MODERNÍHO PORODU .....</b>	<b>20</b>
4.1	Sociální aspekty porodu .....	20
4.2	Komunikace v perinatální péči .....	21
4.2.1	Muži a ženy v porodnictví .....	24
4.3	Přirozený porod .....	25
4.4	Možnosti plánování porodu v České republice .....	27
4.5	Vybrané způsoby porodu.....	28
4.5.1	Porod v domácím prostředí.....	28
4.5.2	Porod do vody .....	29
4.5.3	Porod v hypnóze .....	29
<b>5</b>	<b>VYMEZENÍ PROFESE PORODNÍ DULY .....</b>	<b>31</b>
5.1	Strategie podpory porodní duly .....	33
<b>6</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
6.1	Předporozumění výzkumné problematice .....	36
6.2	Výzkumné šetření – volba výzkumné strategie.....	37
6.3	Cíle výzkumné sondy a výzkumné otázky .....	37
6.4	Výzkumný vzorek .....	37
6.5	Metoda sběru dat .....	38

6.5.1	Ukázka metody sběru dat – polostrukturovaný hloubkový rozhovor.....	39
6.6	Metoda analýzy dat.....	40
6.7	Zajištění validity a reliability.....	40
6.8	Etické aspekty výzkumné sondy.....	42
6.9	Výsledky analýzy rozhovorů.....	42
6.9.1	Porod vždycky překvapí .....	42
6.9.2	Živočišnost porodu .....	43
6.9.3	Porod jako transformace .....	44
6.9.4	Porod jako setkání se smrtí .....	44
6.9.5	Porodní trauma.....	45
6.9.6	Šestinedělí jako temná noc duše .....	46
6.9.7	Tlak na výkon v období šestinedělí .....	47
6.9.8	Problémy s vazbou a navázání vztahu k dítěti.....	47
6.9.9	Očekávání a realita raného rodičovství.....	48
6.9.10	Společenský vliv na rané rodičovství .....	49
6.9.11	Kontinuální duševní podpora jako cesta k jistějšímu rodičovství .....	49
6.9.12	Systemové poškození kojení.....	50
6.9.13	Komunikace s porodním týmem.....	51
6.10	Zodpovězení výzkumných otázek .....	52
6.11	Diskuse .....	55
<b>7</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>57</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>58</b>
	<b>PŘÍLOHA 1 .....</b>	<b>I</b>
	Informovaný souhlas .....	I
	<b>PŘÍLOHA 2 .....</b>	<b>II</b>
	Ukázka kódování (Pracovní témata jednotlivých rozhovorů).....	II



## **Předmluva**

Současná, především angloamerická odborná literatura, která povětšinou slouží jako primární zdroj k této práci, namísto označení těhotné a rodící ženy či matky užívá genderově neutrální termíny jako *pregnant*, *birthing people* či *parent*. O dodržování respektujícího jazyka v autorském textu usiluji v maximální možné míře i v této práci.

# 1 Úvod

*„Skutečné emancipace můžeme dosáhnout, pokud přestaneme vnímat samotné mateřství (či jiný typ péče) jako něco, co člověka oslabuje. V mateřství či jiném typu péče naopak musíme objevit velkou ontologickou sílu“ (Bittner & Khazalová, 2020).*

Porod a přijetí rodičovské role patří mezi nejvýznamnější životní události v životě člověka (Takács, Sobotková & Šulová, 2015; Fedor-Freybergh, 2015; Roztočil, 2017). V kontextu biologických, psychických a sociálních změn, které provází celé období těhotenství a období po něm, je těžké určit podobně kritickou životní situaci. Porod je událostí, jehož prožívání je hluboce subjektivní a které je zároveň podmiňováno daným společenským kontextem, určeným konkrétní kulturou a vědecko-technickým pokrokem. Ze své samotné podstaty je porod a přivedení nového života na svět součástí zcela přirozeného a zákonitého fungování lidstva. V kontextu oboru psychologie pak jednoduše zkoumáme bazální, nezvratitelný počátek života člověka: novorozenecký a rodičovský.

V diskurzu prenatalní a perinatální psychologie si klademe otázku, které milníky jsou určující pro další zdravý vývoj a život člověka: prenatalní a perinatální psychologie je přitom disciplínou interdisciplinární, zdůrazňující nedělitelnost psychických a somatických procesů v kontinuu lidského života (Fedor-Freybergh, 2015).

Dále vycházíme ze skutečnosti, že podmínky a okolnosti, kterým jsme byli vystaveni v prenatalním a perinatálním období, jsou kritické pro základní organizaci neuro-vývojových procesů, které pak determinují celoživotní chování, osobnost a adaptační mechanismy člověka. Nedílnou součástí je pak tvorba rané vztahové vazby, která je opět určující pro neuro-behaviorální a zmiňovaný osobnostně-adaptační vývoj. Na disciplínu prenatalní a perinatální psychologie tak zároveň nahlížíme z perspektivy její preventivní, respektive primárně-preventivní funkce (Fedor-Freybergh, 2015).

V této bakalářské práci se se zaměříme na profesní zkušenosti porodních dul právě pro jejich významnou primárně-preventivní úlohu v dynamickém čase těhotenství, porodu a období novorozeneckém (Roztočil, 2017). Porod a kontext, ve kterém se odehrává, zrcadlí moderní, všeobecně přijímaný, deklarovaný i nedeklarovaný společenský úzus: v kontextu moderní společnosti přitom vychází ze systému vysoce funkčního porodnictví, které má nesporně pozitivní důsledky na zdraví a další život dítěte a rodiče.

V této práci se snažíme pojmenovat přesah, který se neomezuje pouze na funkčnost a koncept úspěšného, lékařsky vedeného porodu, ale naopak se snažíme dotknout samotného prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí a jeho vlivu na náš další život. Je přitom možné konstatovat, že ve valné většině je tato životní událost spojena s dynamickým prožíváním, změnou celkového sebepojetí, přeskupením osobních hodnot, vztahů, cílů a životních priorit (Darvill, Skirton & Farrand, 2010). Jde o téma primárně psychologické: zaměřujeme se na podmínky vstupu člověka na tento svět a jak tyto podmínky dále konstituují náš život.

Profesní úlohou porodní duly je poskytování kontinuální emoční podpory v období těhotenství, porodu a šestinedělí. Nahlížení na jmenovaná období optikou této profese nám nabízí bezprostřední a profesionální vhled do prožívání těchto období. V rámci prenatalní a perinatální psychologie nemůžeme opomenout historický kontext proměny vedení porodu, jeho genderovou rovinu, a především otázku, kdo za jeho vedení přebírá odpovědnost. Zároveň se tak dotýkáme témat komunikace a dynamiky porodního týmu, individuálního copingu a strategií ke zvládnutí tohoto náročného životního období.

Cílem této práce je deskripce prenatalního, perinatálního a postnatálního období prostřednictvím žité profesní zkušenosti dul.

V teoretické části práce představujeme základní milníky zmiňovaných období, stručnou historii porodnictví a konceptu porodu v západní společnosti, vymezujeme termíny lékařsky vedeného porodu a přirozeného porodu, v neposlední řadě představujeme profesi porodní duly.

Praktická část této práce je věnovaná kvalitativní výzkumné sondě, konkrétně rozhovorům s duli. Tematická analýza je věnovaná deskripci těhotenství, porodu a šestinedělí, kontinuální podpoře a strategiím podpory během těchto období v profesní zkušenosti duly. Zaměřujeme se také na roli duly vně zdravotnického porodního týmu a dynamiku této spolupráce.

## **2 Prenatální a perinatální období: psychické a fyziologické a změny**

### **2.1 Prenatální období**

Jedním z východisek praktické části této práce je snaha o hlubší vhled do okolností a podmínek, s nimiž vstupujeme na tento svět: zaměřujeme se na dvě vzájemně se prolínající zrození, tedy zrození dítěte a rodiče zároveň. Stručné představení psychických a fyziologických změn ve vývoji člověka je proto klíčové. Embryonální a fetální vývoj dítěte je podmíněn významnými hormonálními, psychologickými a imunologickými vlivy. Podmínky samotného porodu a jeho důsledky pro dítě a rodiče v postnatálním období jsou přitom v úzké souvislosti s obdobím prenatálním (Fedor-Freybergh, 2021).

Prenatální období je obdobím nejen vývoje fyziologického, ale i psychického. Starší i novější studie ukázaly, že plod je v posledních dvou měsících nitroděložního života schopen těžit ze zkušenosti a učení (Langmeier & Krejčířová, 2011). Na vyvíjející se plod nahlížíme jako na senzitivní, cítící, vědomou, učící se a pamatující lidskou bytost (Verny, 1981, cituji podle Thorová, 2015).

Dítě umí vytvářet podmíněné spojení mezi zvukem a dotykovým podnětem a vyrovnává se nejen s vlastními podněty biologického těla, které se vyvíjí; současně se připravuje na cizí svět, který na něj po narození čeká. Plod je tedy aktivním činitelem, schopným ovládnutí nebo „kontroly“ svého prostředí (Langmeier & Krejčířová, 2011).

Prenatální období vymezujeme jako období začínající početím a končící narozením dítěte, trvající obvykle 39–41 týdnů, v průměru 40 týdnů (9 měsíců či 280 dnů) (Thorová, 2015).

Dělíme jej do tří základních fází:

1. germinální období – dochází k oplodnění vajíčka spermií ve vejcovodu a vytvoření zárodku plodu (asi první 2 týdny);
2. embryonální období (3.–8. týden anatomického věku nebo od 5. do 10. týdne gestačního věku) – jsou vytvořeny základy všech důležitých orgánů člověka, zárodek je v této době extrémně citlivý na nejrůznější teratogenní vlivy;
3. fetální období (od 9. týdne anatomického věku nebo 11.–12. týdne gestačního věku do narození) – orgány jsou biologicky dotvořeny, diferencují se, začínají se ujímat své funkce (Thorová, 2015).

Základy psychického vývoje člověka jsou nedílnou součástí tohoto období. Plod se již ve svém nejranějším vývoji připravuje na činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a interakci s vnějším světem. Senzorické dráhy bolesti dítěte fungují již od 20. týdne těhotenství – například víme, že těžce nedonošené děti jsou na bolest velmi citlivé. Behaviorální reakce (pláč, mimika, obranné pohyby) na bolest jsou u velmi malých nedonošených dětí méně zřetelné, a dítě tím pádem pro své okolí hůře čitelné: v pediatričké literatuře se navíc často uvádí, že tlumení bolesti u velmi malých dětí není vždy dostatečné (Langmeier & Krejčířová, 2011). V úvodu této práce byla zmíněna preventivní funkce výzkumu prenatální (potažmo vývojové) psychologie: tuto faktickou skutečnost tak například v kontextu dalšího vývoje člověka jistě můžeme považovat za její esenciální součást.

Ve studiu prenatálního vývoje se prolíná psychologický, genetický a epigenetický výzkum. Genom přitom chápeme jako komplexní regulační systém, který aktivně reaguje na vnitřní a vnější fluktuace. Prenatální i postnatální období je tak cílem inovativních, preventivních a intervenčních strategií (Van den Bergh, 2005, cituji podle Auhagen-Stephanos, 2021).

Zhruba ve věku šesti měsíců po početí dítě reaguje na řadu akustických podnětů, brzy začíná odlišovat lidskou řeči od jiných zvuků a ke konci těhotenství velmi pravděpodobně dokáže diferencovat hlas matky i s jeho různými emocionálními odstíny. Doléhající podněty plod dále zpracovává a dokáže si je krátkodobě pamatovat: to můžeme pozorovat v habituaci neboli také úbytku reakce dítěte na opakovaný podnět (Langmeier & Krejčířová, 2011). (Schopnost habituace přitom závisí na aktuálním stavu CNS dítěte a zhoršuje se při nedostatku kyslíku u matky, při podávání léků matce (Diazepam), ale i do hodiny a půl po vykouření jedné cigarety či při pouhém emočním stresu rodiče. Abnormální habituaci také nacházíme u dětí s vrozenými vývojovými vadami CNS nebo s genetickým postižením) (Langmeier & Krejčířová, 2011).

Van den Bergh (2005, cituji podle Auhagen-Stephanos, 2021) odkazuje na preklinické, klinické a epidemiologické výzkumy, které potvrzují negativní vliv psychického traumatu v prenatálním období: konkrétně pak změněný vývoj neurologických struktur, což dítě může predisponovat k pozdějším poruchám chování, specifickým poruchám učení, atypickému nebo opožděnému kognitivní vývoji a kognitivním deficitům, psychopatologickým onemocněním, onemocněním rakoviny nebo k dalším kardiologickým a neuroendokrinním poruchám. 22 % odchylek v chování dětí je

způsobených prenatalními faktory jako strach, stres a deprese (Van den Bergh, 2005, cituji podle Auhagen-Stephanos, 2021).

O vývoji psychiky dítěte v prenatalním období toho stále víme málo; je ovšem zřejmé, že zde vznikají počátky vnitřního prožívání, jehož významnou součástí je emoční vyladění s rodičem. Dítě se tedy neúčastní pouze aktivní interakce se svým biologickým prostředím, ale je schopno sociální interakce, aktivního kontaktu. Nastávající rodič aktivně reaguje na spontánní pohyby dítěte a tyto emoce opět ovlivňují dítě vytvářením vzorců zvláštních podnětových situací. Emoční změny již ve 30. týdnu těhotenství u dítěte vyvolávají změny tepu a spontánních pohybů – tak se vytváří primární dialog mezi rodičem a dítětem, který se po narození rozvíjí ve smysluplnou neverbální komunikaci (Langmeier & Krejčířová, 2011).

## **2.2 Význam komunikace rodiče a dítěte v prenatalním období**

V určitém smyslu můžeme celému těhotenství rozumět jako kontinuálnímu rozhovoru mezi rodičem a dítětem (Fedor-Freybergh, 1991, cituji podle Langmeier & Krejčířová, 2011). Tento dialog se uplatňuje na několika úrovních, minimálně na úrovni emocionální, biochemické a psychoneuroendokrinní. Existuje řada rizikových nebo zátěžových situací, v nichž může být pozitivní a vědomá konverzace rodiče s plodem žádoucí. Rodiče se pak po narození dítěte mohou cítit lépe, být schopni a ochotni lépe přizpůsobit svůj životní styl potřebám novorozence a citlivěji sledovat jeho spontánní projevy (Fedor-Freybergh, 1991, cituji podle Langmeier & Krejčířová, 2011).

V každém případě zde začíná prvotní sociální interakce v životě člověka, primární spolubytí, ve kterém je žádoucí, aby byl účasten i druhý rodič. Ze strany rodiče dochází v tomto dialogu k proměně vztahování se k dítěti: od úvah o dítěti jako o „tom“, k přímému oslovování dítěte, tedy k „tobě“ (Fedor-Freybergh, 2021).

Je přitom zásadní, abychom tento nový zárodek života považovali za rovnocenného partnera: zmiňovaný dialog začíná početím a pokračuje skrz prenatalní, perinatální a postnatální období života. Ovlivňuje vývoj porodu a způsob, jakým se bude jedinec během svého dětství, adolescence a dospělého života vztahovat k druhým, stejně tak jako jeho schopnost milovat, respektovat druhé a držení závazků (Fedor-Freybergh, 2021).

Auhagen-Stephanos (2021) ve své práci odkazuje na biologa Allena, který považuje biologický dialog mezi dělohou a embryem za podmínku pro jeho implantaci. Verbální dialog má tento biologický dialog podpořit a zintenzivnit. Z hlediska epigenetické biologie

se tak psychologie prolíná do biologie a vice versa. Výzkum buněčné biologie a epigenetiky navíc potvrzuje, že tyto interakce ovlivňují psychologický a fyziologický vývoj dítěte na úrovni genové exprese. Rodiče tak fungují jako určití kvazigenoví technici jejich vlastních dětí měsíce před početím, během těhotenství a po porodu (Lipton, 2009, cituji dle Auhagen-Stephanos, 2021).

Stran psychoanalyticky orientovaných studií stále nemáme dostatek vědecky podložených poznatků o prenatálním psychickém vývoji dítěte. Můžeme se však držet dvou základních premis: v první vycházíme z nesporně důležitého významu dobrého psychického stavu rodiče v těhotenství a jeho vlivu na dítě. Ve druhé vycházíme z dvousečnosti vstupu dítěte na svět – stejně tak jako se pro vnější svět připravuje dítě svým vývojem, je důležité na něj připravovat i rodiče. Obloukem se tak vracíme k významu přisvojení nové životní role coby rodiče a důležitosti připravenosti na tuto změnu, která zasahuje celý náš dosavadní životní kurz a sebepojetí (Langmeier & Krejčířová, 2011). Na odpovědné nebo vědomé rodičovství bychom neměli nahlížet jako na něco, co je nám nutně dáno „od přírody“ nebo na jako snadno nabytý talent či samozřejmou intuici – je to něco, co se velmi často musíme naučit. To vyžaduje implementaci prenatálních a perinatálních empirických poznatků do kurikula vzdělávacích systémů a příbuzných studijních oborů, nejen psychologie. Radikální proměna prenatální péče by měla zahrnovat vnímání dítěte jako aktivního partnera vně psychosociálního dialogu s rodiči (Fedor-Freybergh, 2021).

### **2.3 Prenatální kořeny attachmentu**

V úvodu této práce i této kapitoly byl zmíněn vývojově důležitý milník attachmentu. Teorii attachmentu představil britský dětský psychiatr John Bowlby, čímž položil základy jedné z nejdominantnějších vývojových teorií a zdůraznil význam primárního prožívání a zkušeností dítěte, které dále formují vztahová a sociální pouta jedince. Attachment chápeme jako primární pouto, emocionálně naplňující vztah mezi dítětem a jeho primárním pečovatelem. Bezpečí a důvěra jsou přitom základními stavebními kameny attachmentu (Verdult, 2021).

Základní potřeby dítěte jsou vnímány jako „fylogenetické adaptační programy“ (genotyp, environmentálně stabilní), které otevírají další vývojové příležitosti v rámci přirozených hranic (fenotyp, environmentálně nestabilní), dle tzv. Waddingtonova epigenetického principu (Grossmann & Grossmann, 2004, cituji podle Verdult, 2021,

s. 228). Jinými slovy, vývoj attachmentu je fylogeneticky předprogramovaný, ale ve vývoji fenotypu závisí na kvalitě attachmentu, kterou určují primární pečovatelé (Verdult, 2021).

Přestože Verdult (2021) opět akcentuje nedostatečný výzkumný fokus na prenatální období, vycházíme z hypotézy, že právě v prenatálním období dochází k takovým kaskádám změn, které jsou nezvratné a vedou ke kvalitativním, strukturálním změnám ve vývoji člověka.

Následující tabulka je kombinací Emersonova (1998, cituji podle Verdult, 2021) modelu prenatálního vývoje a Eriksonových (1963) vývojových stadií.

V těchto stadiích Verdult (2021) popisuje osm vývojově citlivých období: fázi před početím, početí, implantaci, stadium objevu, stadium afektu pupeční šňůry, moment imprintingu a psychologického narození.

<b>Vývojová fáze</b>	<b>Koncept attachmentu</b>	<b>Vývojová krize</b>
fáze před početím	cesta	ztělesnění, nebo rozdělení
početí	splynutí, fúze	důvěra v život, nebo překážka k životu
implantace	spojení	přežití, nebo blízkost smrti
afekt pupeční šňůry	výměna	facilitace, nebo deprivace či otrava
objev (uvědomění)	poznání	být chtěný, nebo odmítnutý
porod	přechodné stadium	posun, pokrok, nebo uvíznutí
moment imprintingu	kontakt	afilie, nebo izolace
psychologické narození	separace	individuace, nebo stagnace

Život začíná početím: u člověka nastává oplození spojením mužské zárodečné buňky (spermie) s ženskou zárodečnou buňkou – vajíčkem (oocyt). Verdult (2021) za počátek života ovšem označuje období před početím, v přání rodičů zplodit dítě. Z biologického hlediska je nám reprodukční pud dán přírodou, z psychologického hlediska hrají v přání mít dítě důležitou roli nevědomé motivy rodičů (Verdult, 2021).



Míra, do jaké je těhotenství chtěné, má kritický vliv na přijetí a obecné hodnocení těhotenství společně s celkovou náladou, která těhotenství provází. Víme, že nechtěné těhotenství může být spojené s maladaptivním chováním rodiče a zvýšeným stresem a úzkostí (Tremblay & Soliday, 2012, cituji podle Verdult, 2021), nechtěné děti jsou přitom ohroženy na svém duševním zdraví (Häsing & Janus, 1994, cituji podle Verdult, 2021).

Reprodukční buňky spermií a vajíček rovněž procházejí vývojem, než dojde k jejich spojení při početí. V psychodynamickém kontextu přitom cesty vajíček a spermií vnímáme jako protikladné: spermie se pohybují vpřed, aby fyzicky pohnuly s vajíčkem; spermie mají krátkou historii, zatímco vajíčka prenatalní; cestu spermií můžeme asociovat s klidem a čekáním, náhlými změnami, nabytím či ztrátou energie, smrtí či nesmrtelností. Naproti tomu cestu vajíčka můžeme spojovat se soutěživostí, opuštěním, samotou, životem a smrtí, spojením, být přijímaným, vítaným anebo naopak. Pokud vajíčko nebo sperma zažijí během své cesty trauma či šok, jsou tyto zážitky přeneseny s sebou do pole přitažlivosti oplození; to pak může být traumatickými zážitky negativně ovlivněno (Verdult, 2021).

Během početí vajíčko zvolí sperma: embryolog Jaap van der Wal (2007, cituji podle Verdult, 2021) charakterizuje početí jako tanec buňky vajíčka a spermatu. V tomto poli přitažlivosti, již částečně formovaném obdobím před oplozením, si obě strany dávají načas, aby se spojily. Tento biologický proces transformace začíná v okamžiku, kdy se hlavička spermie připojí k vajíčku: tento proces vnímáme jako první existenciální setkání, tvorbu nového života a ztělesnění vědomí (Verdult, 2021).

Australský psychiatr Graham Farrant uvádí, že početí je setkáním mužské a ženské pohlavní buňky společně s duší (Farrant, 1998, cituji podle Verdult, 2021). Tato duše se ztělesňuje; proto je třeba posilovat zmiňované pole před oplodněním tak, aby ke ztělesnění mohlo dojít. Emoční podmínky proto nabývají velké důležitosti (je zjevné, že láskyplné početí poskytne diametrálně odlišné podmínky například oproti extrémní situaci znásilnění) (Verdult, 2021).

Trauma nebo šok se může vyskytnout ve všech fázích početí již na úrovni pohlavních buněk a zygoty. Buňky citlivě reagují na své prostředí a zkušenosti s ním ukládají do buněčné paměti. Tyto informace pak ve formě biochemických procesů předznamenávají pozdější fyzické procesy, prožívání a typy attachmentu. Bezpečný či

vyhýbavý attachment se tak dle Verdulta (2021) zakládá v primárních fyziologických mechanismech.

Fáze implantace začíná přípravou děložní sliznice a později vlastní implantací a nidací: šestý den po fertilizaci nalehne blastocysta na stěnu děložní a začne se nořit do sliznice dutiny děložní (Roztočil, 2017). Implantace trvá asi 40 hodin.

Mezi blastocystou a dělohou probíhá intenzivní biochemický dialog. Úspěšná implantace ústí v rapidní vývoj embrya. Vyvíjí se jeho orgány, zviditelní se kostra, začnou fungovat jeho smysly: embryo nabývá svých lidských charakteristik (Verdult, 2021). U plodu se začne vyvíjet základní pocit propojení, čímž vzniká základ pro bezpečný attachment. Na negativní straně této vývojové krize stojí ohrožující zážitek, pokud je blastocysta chudá na výživu a energii. Pokud děloha neposkytuje dostatek základních živin, je náš život v ohrožení: v implantaci se tak můžeme dotknout zážitku blízkému smrti (Verdult, 2021).

Fáze afektu pupeční šňůry je počátkem procesu důležitého po celých devět měsíců těhotenství: tedy permanentní výměny psychofyzických informací mezi rodičem a dítětem skrze pupeční šňůru. Emočně zabarvené informace jsou opět překládány do biochemických zpráv, které jsou přijímány plodem dítěte (Verdult, 2021).

Tato výměna může být facilitující a pro plod mít funkci potvrzující, uznávající, přijímající a radostnou, přispívající k vývoji bezpečného attachmentu. Na straně druhé to může být výměna deprivující, která pro plod představuje fyziologický anebo emoční deficit, nenaplnění jeho základních potřeb. Pokud je tato deprivace dlouhodobá, vývoj plodu se zpomalí, až paralyzuje: opět se tak tvoří základy pro nejistý typ attachmentu. Je přitom důležité mít na paměti, že plod má velmi limitované možnosti copingu. Přestože je model afektu pupeční šňůry založen na klinickém výzkumu, je významně podpořen empirickým výzkumem zaměřeným na prenatální stres. Afekt pupeční šňůry je tak spíše psychotherapeutický koncept a jeho empirickým protějškem je pak prenatální mateřská úzkost, deprese anebo stres (Verdult, 2021).

Objev nebo také fáze uvědomění začíná v okamžiku zjištění těhotenství. V této fázi se dítě stává součástí niterného světa rodiče: první a spontánní reakce provázející zjištění těhotenství tvoří emocionální klima, které se pak opět přetváří v komplexní mix biochemických zpráv putujících k dítěti. Emocionální přístup rodiče pak, vědomě i nevědomě, ovlivňuje plod (Verdult, 2021). Pozitivním vyústěním této fáze je potvrzení existence dítěte: pokud je dítě chtěné, dostává zprávu radosti a přijetí („hormonální

afirmaci“) (Verdult, 2021, s. 237). V tomto smyslu také dostává právo žít. V případě odmítnutí nebo popírání těhotenství biochemické zprávy zamezují a překážejí sebevědomí plodu. Deprese, sebedestruktivní chování a agrese je klinicky spojována s prenatálním odmítnutím (Emerson, 1998, cituji podle Verdult, 2021). Psychické následky nechtěného těhotenství se pak projevují v pozdějším životě, specificky pak v adolescenci (Häsing & Janus, 1994, cituji podle Verdult, 2021).

V období fetálního vývoje dítěte se plod připravuje na život po porodu. To znamená nejen fyziologický růst a vývoj, ale i diferenciaci psychických funkcí. Chamberlain (1998, cituji podle Verdult, 2021) popsal plod jako senzitivní, aktivní, komunikativní a sociální lidskou bytost. To se projevuje v rostoucí aktivitě mozku: plod se učí dýchat, hýbat, adaptuje se na emoční stav rodiče.

Plod se rovněž připravuje na porod, obrovský přechod: to může znamenat stresující, nebo dokonce traumatizující zážitek. Ukončení předchozích vývojových fází ovlivňuje proces porodu. Verdult (2021) uvádí, že hladký porod znamená nerušenou spolupráci mezi rodičí osobou a dítětem. Porod může probíhat hladce, pokud nedochází ke komplikacím nebo lékařským intervencím, které mohou narušit jejich fyzickou a emoční interakci.

Posttraumatická stresová porucha s kořeny v porodním traumatu je spojována s emocí strachu, ztrátou kontroly a perinatální disociací. Determinující je také psychický stav rodičí osoby a porodnické intervence související s komplikacemi při porodu (Harris & Ayers, 2012).

Emerson (1998, cituji podle Verdult, 2021) charakterizuje porodní trauma třemi aspekty. Vyvinutím komplexu kontroly, protože se dítě v procesu cítilo napadeno, a tak ztratilo kontrolu, posílením problémového attachmentu a vyvinutím vzorce chronického šoku. Trauma při porodu narušuje pouto attachmentu, zvláště v situacích ohrožení života a významných zdravotních komplikací (Verdult, 2021).

Bezprostředně po porodu, kdy je novorozeně položeno na břicho rodiče, vzniká moment imprintingu. Podstatou imprintingu je přitom obnovený kontakt dítěte a rodiče bez časové prodlevy. Dítě tak zůstává položené na břicho biologického rodiče po dobu zhruba 20 minut, během nichž ustupuje pulzování pupeční šňůry, aby se dítě uklidnilo pomalým obnovením tělesné rovnováhy a navázáním kontaktu (Verdult, 2021). (Zmiňované položení dítěte na břicho při pulzování pupečnickové arterie kritizuje Roztočil (2017): krev se přesunuje k placentě, která ji zpětně pouze nedostatečně dodává umbilikální žilou. Místo aby docházelo k oxygenaci novorozence, dochází k jeho anemizaci. Za nejvhodnější dobu

k přestřižení pupečníku považuje Roztočil (2017) 30 sekund po porodu: prodloužení této doby zvyšuje riziko vzniku poporodní acidózy.)

Pozitivním vyústěním fáze porodu je citové ujištění o sounáležitosti a pouta s rodičem, negativním pak osamělost, odmítnutí a izolace novorozeně (Verdult, 2021).

S vývojem motorických, smyslových a kognitivních schopností začíná dítě objevovat svět kolem sebe; v prvním roce života se začíná separovat od symbiotického vztahu s rodičem. V procesu individuace si dítě uvědomuje vlastní autonomii a identitu, zjišťuje, že může fungovat nezávisle na rodičích. Dítě s pozitivním attachmentem s radostí objevuje svět, učí se ze široké palety možností světa a jeho hranic. Nejistý attachment předznamenává u dítěte vyšší úzkostnost, udržování „malého“ světa, často také lpění na pečující osobě nebo naopak sociální uzavřenost, obavy z nových zážitků a věcí, snadnou frustraci a iritabilitu nebo zpoždění ve vývoji (Verdult, 2021).

Uvedený model prenatalního rozvoje attachmentu nám může být z psychoterapeutického hlediska inspirujícím ukazatelem. Přestože mnohé z uvedených konfliktů vycházejí z klinických výzkumných metod, empirický výzkum zároveň dokazuje, že prenatalní i postnatalní rozvoj attachmentu je hluboce zakořeněn v základní biologii člověka. Attachmentové chování je organizováno kontrolním systémem mozku lokalizovaném v orbitofrontálním kortexu pravé hemisféry (Schore, 2001, cituji podle Verdult, 2001). Tato oblast integruje a koordinuje kognitivní a emoční procesy, pomáhá nám v regulaci emocí a kontrole impulzů (Rolls, 2019). Orbitofrontální kortex hraje důležitou roli ve vývoji vnitřního modelu funkce attachmentu, konkrétně pak ve čtení výrazů v obličeji, rozpoznávání emočních signálů, spojování projevů emocí a jejich kontextu, komunikaci prostřednictvím očního kontaktu. Emocionální zanedbávání dítěte vede ke sníženým tvorbám synapsí v orbitofrontálním kortexu a vede ke snížení emocionálního učení a prožívání (Schore, 2001, cituji podle Verdult, 2021)

Program rozvoje vnitřního modelu attachmentu začíná ve třech fázích: v embryonálním imprintingu; programování autonomního nervového systému a stres-regulujícího systému HPA osy; a konečně v postnatalní a rané interakci s primárními osobami attachmentu (Verdult, 2021).

Prenatalní období můžeme připodobnit k základní živné půdě pro další vývoj člověka. V kontextu této práce je pro nás obzvlášť důležité akcentovat důležitost informovanosti nastávajících rodičů a možnou preventivní funkci této informovanosti. Jinými slovy apelovat na to, že dítě společně s rodičem nejsou pouhými loutkami

biologického pudu k reprodukci: mohou být aktivními a vědomými činiteli procesu těhotenství a porodu, a tím se zasazovat o jeho zdravý a pozitivní průběh.

## 2.4 Perinatální období

Více než kdy jindy zkoumáme porod jako komplexní fenomén a ptáme se, jak porod dále utváří naše životy. Předchozí kapitola této práce se zabývala širokým polem prenatálního období, ve kterém se na porod připravujeme, a empirickými důkazy o vzájemné závislosti prenatálního období a porodu, o jeho jednoznačném vlivu na náš další život.

Během porodu se snoubí obrovské síly se silami jemnými, procesy viditelné a citelné společně s procesy neviditelnými, molekulárními. Dítě zažívá mohutný tlak kontrakčních a hormonálních vln (Assmann, 2021).

Průběh porodu vymezuje třemi základními fázemi: první dobou porodní, druhou dobou porodní a třetí dobou porodní.

V první době porodní se v rámci lékařsky vedeného porodu soustředíme na somatický a psychický stav rodící osoby, na funkci fetoplacentární jednotky a na adekvátní postupování porodu. Je nutné naslouchat přáním rodící osoby, vytvořit důvěrné a bezpečné prostředí (Roztočil, 2017).

Pozornost zdravotnického personálu je přitom konkrétně zaměřena na:

- děložní kontrakce;
- srdeční ozvy plodu;
- sledování progresu nálezu na děložním hrdle;
- sledování spontánního odtoku plodové vody;
- sledování možného krvácení z rodidel;
- kontrola teploty, vyprazdňování, tlaku a pulzu, bolestivost rodičky, vstupování hlavičky (Roztočil, 2017).

Délka první doby porodní by neměla přesáhnout 12 hodin (Roztočil, 2017). Rodící osoba by během ní neměla hladovět.

Druhou dobu porodní je možné vést jak v poloze horizontální na zádech, tak v polosedě s podepřením nohou Schautovými podpěrkami, na porodním stole nebo posteli. Z teoretického pohledu je výhodnější zvolení některé z vertikálních poloh (vestoje, vkleče, vsedě na porodní židliče nebo v podřepu), a to s podporou, nebo bez podpory. Z forenzních důvodů je zde nutná přítomnost lékaře a také zachování intimity, pološera, ticha a omezení ostrých pachů (Roztočil, 2017).

Pozornost je zaměřena na:

- porod hlavičky;
- episiotomii (nástřih hráze) – při očekávaném možném traumatu perinea nebo terapeuticky při hrozící ruptuře hráze;
- použití břišního lisu (v době kontrakce);
- zevní rotaci hlavičky;
- porod ramének;
- přestižení pupečníku;
- přiložení novorozence na hrudník matky a pokus o první přisátí.

Délka druhé doby porodní by neměla přesáhnout 60 minut (Roztočil, 2017).

Třetí doba porodní se v lékařsky vedeném porodu zpravidla vede aktivně: je nutné sledovat, zda se odloučila celá placenta od děložní stěny.

Pozornost je zaměřená na:

- porod placenty;
- známky celistvosti placenty a blan;
- ošetření rodičky po porodu plodu.

Třetí doba porodní by neměla přesáhnout 30 minut (Roztočil, 2017).

#### 2.4.1 Porod císařským řezem

Děti narozené císařským řezem disponují oproti přirozeně narozeným dětem mírně pozměněnou fyziologií (Assmann, 2021). Mezi nejvýznamnější faktory ovlivňující tyto změny patří: fyzický a hormonální stres během zákroku, mikrobiální kolonizace a epigenetické modifikace genové exprese. Tyto poznatky vycházejí z epidemiologických studií a vyústily ve dvě základní hypotézy: EPIIC (Epigenetics Impact of Childbirth) a EH (Extended Hygiene) (Assmann, 2021).

EPIIC hypotéza předpokládá, že během přirozeného vaginálního porodu působí na plod forma pozitivního stresu, tzv. eustresu. Naopak při mechanické nebo farmakologické porodní intervenci (užití kleští, vakuumextrakce, antibiotik, anestetik, analgetik, vyvolání porodu atp.) může dojít k nežádoucím změnám na úrovni genové exprese, které mohou negativně ovlivnit zdraví matky i dítěte (Dahlen et al., 2013, cituji podle Assmann, 2021). EPIIC hypotéza dále předpokládá, že snížené nebo zvýšené hladiny kortizolu, adrenalinu či oxytocinu produkované během porodu mohou vést k abnormální genové expresi (Dahlen et al., 2016, cituji podle Assmann, 2021).

Vaginální porod ovlivňuje koncentraci různých hormonů, jako je prolaktin, tyroxin, trijodtyronin, kortizol, adrenalin a noradrenalin. Porod císařským řezem může vést k pozměněné aktivitě na HPA ose a zhoršené reaktivitě na stres (Tribe et al., 2018, citují podle Assmann, 2021). PTSD s kořeny v porodním traumatu je spojováno s emocí strachu, ztrátou kontroly a perinatální disociací. Determinující je také psychický stav rodičí osoby a porodnické intervence související s komplikacemi při porodu (Assman, 2021).

Výsledky studie zaměřené na exogenní podávání oxytocinu vykazují dysregulaci fyziologických procesů, opožděnou laktaci, výskyt poporodní posttraumatické stresové poruchy nebo poruchy pozornosti (Tribe et al., 2018, citují podle Assmann, 2021).

V rámci EH hypotézy je zkoumán vliv způsobu porodu na mikrobiální kolonizaci. Absence kontaktu s vaginální mikroflórou během císařského řezu a narušení mikrobiomu podáním antibiotické profylaxe jsou považované za možné příčiny poškození imunitního systému a pozdější rozvinutí onemocnění (Montonya-Williams et al., citují podle Assmann, 2021). V tomto kontextu je důležité zmínit, že porod za účasti duly snižuje výskyt císařského řezu o 40,9 % (Kozhimannil, Hardeman, Attanasio, Blauer-Peterson & O'Brien, 2013).

#### 2.4.2 Transgenerační dědičnost

Za molekulární korelát prenatalní psychologie označuje Assmann (2021) epigenetiku. Epigenetika je podoborem genetiky, zabývající se změnami ve strukturách a funkcích nukleových kyselin (DNA a RNA), které nejsou dány změnou v sekvenci genomu (Loscalzo & Handy, 2014).

Transgenerační dědičný vliv enviromentálního znečištění chemikáliemi, dalšími znečišťujícími látkami či výživou rodičů je podroben bohatému výzkumnému zkoumání; rovněž vycházíme z experimentů zaměřených na vliv podmíněného strachu a traumatického stresu (Assmann, 2021). Například pozoruhodná studie transgenerační dědičnosti s důkazy v molekulární epigenetice u myši ilustruje (Dias & Ressler, 2014), jak se podmiňování strachu u budoucího otce (generace F0) před početím přenáší na další generace prostřednictvím samčí zárodečné linie. Děti (F1) a vnoučata (F2) se chovaly, jako kdyby samy prožily šok, se zaznamenanými změnami v jejich neuroanatomii. Ve spermatu generace F0 a F1 byly nalezeny signifikantní rozdíly v metylaci (Dias & Ressler, 2014).

Další studie napodobující prožívání dětského traumatu u myši se zabývá transgeneračním efektem traumatu způsobeným separací od matky. Výsledky studie

demonstrují změny v chování, genové expresi, mechanismech metylace a RNA (Assmann, 2021).

Z příkladů uvedených studií je zjevné, že se způsobem a průběhem porodu člověka musíme zabývat a kriticky jej studovat. V tomto kontextu totiž traumatický porod nemůžeme chápat jako čistě subjektivní, individuální zážitek – je to událost, která má potenciál ovlivnit další generaci. Obloukem se tak vracíme k důležitosti holistického chápání porodu, tedy mimo jiné vnímání porodu jako celospolečenské události.



### 3 Stručná historie a dějiny porodnictví, proměny vedení porodu v evropské společnosti

Za nejstarší ženské povolání se ve veřejném diskurzu často označuje prostituce: to Doležal (2001) považuje za „původní a vtipné“ – uvádí však, že ve skutečnosti jím bylo hrnčířství a nepochybně oblast porodnictví. Ve starověku bylo porodnictví výhradní doménou žen. Z pomoci u porodu se postupným vývojem stává pomoc z povolání – vzniká tak jeden z nejstarších zdravotnických oborů, babictví.

Babictví je součástí obřadního komplexu spjatého s porodem a narozením. Je „funkční jednotkou solidární služby, prostředkem obyčejové kontinuity i socio-kulturním vzorcem identity společenství“ (Rutová, 2005, s. 119). Porodní báby byly nositelkami a udržovatelkami tradičních obyčejů spjatých s narozením, byly znalé rituálů, které měly zajistit přežití rodičky i dítěte a zajistit jeho dobré prospívání v dalším životě (Navrátilová, 2004).

Porod byl v Evropě do 18. století událostí spíše sociální než lékařskou (Rutová, 2005). Veškeré dění a činnosti, které porod doprovázely, byly odjakživa doménou žen – ze sociálních, náboženských a pověrečných důvodů měl být porod skryt před zraky muže. Historicky se babictví proměnilo z váženého povolání poměrně vysoké odbornosti (jakým bylo např. u starých Izraelitů, v Egyptě či v dobách rozkvětu římské civilizace) na neuznávanou a nedoceňovanou profesi – to se týká především feudální Evropy. To vysvětlujeme přetrváváním pověr, mytických představ a také v historicky dominantně se prosazující ideologií křesťanství. Ta pak po několik staletí ovlivňuje vývoj lékařství, které spadá pod církve. Středověkou lékařskou praxi vykonávali učenci (pocházející většinou z ciziny) a klerici, kteří ji prováděli jako součást své duchovní praxe (Navrátilová, 2004). Velký význam měly kláštery, zejména benediktinské, v nichž byla tzv. infarmaria (místa pro zesláblé) a zahrady, kde se pěstovaly léčivé byliny (Doležal, 2001).

Zabývat se porodnictvím se pro lékaře považovalo za nedůstojné, protože při něm docházelo k takzvaným krvavým a nečistým úkonům, které byly církví zakazovány a vyhrazovány lazebníkům, bradýřům, ranhojičům, později chirurgům a porodním bábám. Od 15. století se postupně začala vydávat nařízení, která určovala práva a povinnosti porodních bab. Společně s nimi se objevovaly první požadavky na vyučování porodních bab a jejich zkoušení. Tím bylo zahájeno vměšování lékařů do porodnictví, spojené se snahou vymezit jejich vzájemné kompetence. Porodní báby byly při porodu povinny

provádět především dezinfekční opatření a při každé komplikaci volat lékaře (Navrátilová, 2004).

Při pohledu do historie tak můžeme vnímat přetrvávající konflikt mezi odborným lékařstvím a „neodbornými“ alternativami narušující ideový i realizovaný systém porodnictví: zdravotní politika tereziánského absolutismu souvisela s populacionistickými naukami, přetrvávala babské rezistence, trval rozpor mezi zaostalostí a osvícenstvím. Konflikty vznikaly v ekonomické oblasti, mezi licencovanými bábami a lékaři, chirurgy a lékárníky. Opakovaně se tak řešily zákazy porodním bábám léčit, předepisovat recepty či léky samostatně sestavovat. Báby, které byly u porodů doma či u porodů nemanželských dětí, se ocitaly v rozporu se zákonem (Doležal, 2001).

Převrat v dosavadní porodní péči coby ženské domény nastal vlivem šlechty. Zajišťování porodu vzdělanými chirurgy vedlo k pojmenování nového povolání – *accoucheur*, v německých zemích *Geburtshelfer*, v Anglii *man-midwife* – termín, který byl často terčem posměchu. V Čechách se první porodníci vyskytli až v 18. století a byli označováni jako „babiči“ (Doležal, 2001).

Vůdčí postavou porodnictví se stal zkušený porodník, newtonista André Levret (1708–1780). V roce 1753 vychází jeho později mnohokrát reeditovaný a překládaný spis *Umění porodnické ukázané skrz principy fyziky a mechaniky*. Věnoval se základnímu problému vztahu mezi velikostí a tvarem hlavičky plodu a pánve – v patologii kefalopelvicnému nepoměru. Dále podrobně analyzoval mechanismus porodu, popsal pánevní vchod, pánevní a děložní osu, sestruje dlouhé kleště se zakřivením podle hlavičky dítěte a pánve. Na newtonovské principy výkladu mechanismu pak navazují další porodníci-žáci, především z Francie, kteří porodnictví obohacují o aplikovanou antropometrii, konstruují a propracovávají pelvimetry, vydávají učebnice s krásnými ilustracemi a jasnými, detailními výklady (Roztočil, 2017).

O vznik porodnictví jako vědeckého oboru se vedle Francie zasadila Anglie, Holandsko a německé země. Se znalostmi anatomie a fyziologie byly v 18. století odhaleny zákonitosti mechanismu porodu, a tím pádem položeny základy vědeckého porodnictví; babské období končí (Doležal, 2001). V Británii se prohlubují dosavadní morfologické znalosti a vyhodnocují poznatky empirické: Skot William Smellie (1697–1763) se zasloužil o boj anglického porodnictví s porodními bábami, které nakonec musely u chirurgů skládat zkoušky (Roztočil, 2017).

Se vznikem vědeckého porodnictví je historicky pevně spojená stále přetrvávající problematika přirozeného porodu a porodu s umělými zásahy. Anglický porodník 19. století James Blundell byl autorem v různých formách obměňovaného výroku: „Nedejte se svěsti pokušením. Vložíte-li své nástroje do brašny, velmi snadno z ní vyklouznou do dělohy.“ (Doležal, 2001).

O významný vědecký posun porodnictví u nás se v 19. století zasloužilo zřízení Univerzitní porodnické kliniky, kde se koncentrují porody, probíhá výuka bab a studentů fakulty – do poloviny století se situace ve vzdělání natolik zlepšila, že nekvalifikované báby již nesměly vykonávat praxi (Doležal, 2001).

Antonín Jungmann byl významným přednostou Univerzitní porodnické kliniky od roku 1811 až do roku 1850. V jeho díle *Umění babické* (1821) můžeme najít inspirativní výčet ctností, které mají připadat porodním bábám: „Cenu báby povyšuje a množí nápodobně: šlechtnost a čitelnost srdce, bedlivost v jednání, opatrnost, střídmost, povážlivost, vlídnost, trpělivost, přívětivost, svědomitost ve všem chování u chudých tak dobře, jako u bohatých, svornost spolubabicými ženami, kde kolem jich více dle lidnatosti přebývá, mlčenlivost, poslušnost zprávám a nařízením vrchnostenským, rozšafnost v právních případech. Budiž bába nepřítelkyně marné žvavosti, klevet, opilství, milovnice čistoty atd.“ (Doležal, 2001, s. 110). Nabízí se pak tento text srovnat s profesí porodní asistentky či porodní duly a současnými předpoklady či kompetencemi, které by zájemci o tuto profesi měli naplňovat (viz kapitola č. 5).

Porodnictví první poloviny 20. století předznamenává mimo jiné objevení funkce gonadotropinů a rozvinutí gynekologické endokrinologie. Dále je možné vlivem hrůzných událostí druhé světové války sledovat dopady hladovění na těhotenství a porod. Alexander Fleming objevil penicilin (1928–1955); to v oblasti porodnictví znamenalo přelom v léčbě poporodních infekcí, pohlavních chorob, změnily se indikace pro císařský řez, je ovlivněna světová populační exploze. Již ke konci druhé světové války byla v tuzemsku zaměřená pozornost na odstranění porodního traumatismu, po revoluci pak na tvorbu doktríny ontogenetické prevence, konkrétně soustředěné na vytipované rizikové skupiny. V centru zájmu byla hypoxie, hypotrofie a nedonošenost, pozdní gestóza, konec pánevní, krvácení, embolie, bezbolestný porod, dětská gynekologie. Vývoj porodnictví v období takzvaného reálného socialismu trpěl především nedostatky domácí techniky a obtížemi při jejím dovozu z ciziny (Roztočil, 2017).

Normální těhotenství a porod bylo lékaři a porodnicemi „povýšeno“ na úroveň nemoci. Socioložka Ann Oakleyová tento krok popisuje jako „heroický čin, kterého muselo být dosaženo, aby se mohlo těhotenství a porod stát uznávaným předmětem zájmu lékařů“ (Roztočil, 2017, s. 38).

Při tomto letném pohledu do historie porodnictví tak narážíme na zdánlivě jednoduché, a přesto možná překvapivě stále platné problémy týkající se lidského života a jeho zachování. Jeden z nich opět trefně popisuje Doležal (2001, s. 123): „Při studiu historie je tradičně věnována velická pozornost výbojům králů, válkám, průběhům bitev, životům vojevůdců apod. Každodenní boje, které zažívají na celém světě od nepaměti rodící ženy za pomoci porodníků, takové publicitě neprávem unikají.“ Otázka, kdo má porod vést a za jakých podmínek bude realizován, je stále naléhavá a živá. Další otázkou je, zda je možné získat správnou odpověď: na straně jedné, racionálně-exaktní, zde usilujeme o zachování a maximální možnou ochranu lidského rodu, kterou zaštituje úzus objektivně-diagnostikujícího lékařství. Na straně druhé, jakoby v souladu s usilováním o humanizaci porodnictví a v duchu LeBoyerova porodu bez násilí, nemůžeme přehlížet nepřeborné spektrum přístupů, kultur, a především živé zkušenosti člověka, které porod ovlivňují, a tím ovlivňují lidský život a jeho zachování.

V kontextu historie i současnosti porodu je třeba se alespoň velmi stručně pozastavit u jeho duchovního nebo spirituálního přesahu. V rámci této práce se opakovaně dotýkáme problému vedení porodu; pokud na porod nahlížíme jako na událost duchovní, předpokládáme, že osoba zodpovědná za tento porod si je této roviny rovněž vědomá a k porodu také s tímto vědomím přistupuje. Nemusí nás proto překvapit, když údajně zcela první činností přivolané porodní báby k porodu bylo „obrácení mysli k Bohu“ (Doležal, 2001). Magické a náboženské úkony hrály od nepaměti v porodnictví důležitou roli: jejich nedílnou součástí jsou pronášené modlitby a žalmy. V německy psané, dlouho užívané učebnici pro porodní báby z roku 1722, najdeme 48 stran křesťanských modliteb určených pro těhotné ženy, rodičky a šestinedělky. Následuje ukázka veršů vztahujících se k porodu (Doležal, 2001):

Pane Ježíši, stůj při nás,  
posiluj nás a naplňuj silou,  
protože také ty kvůli nám  
jsi ležel v mateřském těle

## 4 Vybrané aspekty a způsoby moderního porodu

Porod je v České republice řízen zdravotnickým porodnickým systémem, který porod vede primárně lékařsky. Kritici lékařsky vedeného porodu namítají, že těhotenství a porod nejsou nemocí, a za jejich kontrolu proto mohou zodpovídat odborně vzdělané porodní asistentky, a ne nutně lékaři zaměřeni primárně na patologii. I přesto je moderní, lékařsky vedený porod do jisté míry možné přizpůsobit přáním rodící osoby: v této kapitole představujeme některé ze způsobů, které se nabízejí.

Porod je událostí nesoucí hluboký subjektivní význam, zároveň zpravidla probíhá za účasti dalších lidí, kteří jeho průběh ovlivňují: proto se v této kapitole zabýváme jeho sociálními aspekty a komunikací, která okolo porodu může probíhat.

### 4.1 Sociální aspekty porodu

Porod je téměř nemožné separovat od jeho sociální roviny, právě protože v jeho skutečnosti citelně spočívá naše lidství: těžko jmenovat další životní situace, ve kterých jsme našemu lidství tak blízko a zároveň také tak blízko smrti. Toto – v určitém smyslu dramatické – rámování události porodu jistě přispívá k silně emočně zbarvenému veřejnému diskurzu. Obloukem se tak vracíme k přetrvávajícímu problému mechanizace a lékařského pokroku na úkor individuálního přístupu a sociálně-emoční podpory, která je v současném měřítku běžně vedeného porodu nadstandardním požadavkem.

V rámci této práce se zamýšlíme i nad zdánlivě jednoduchou fenomenologií psychologicky-sociální situace porodu: tedy jak je možné, že tato přelomová a zcela intimní událost v životě člověka probíhá v cizím, především sterilně-funkčním prostředí a je vedena cizí osobou či osobami. Stejně tak máme zvnitřněnou důvěru v kompetence a péči těchto osob; ty mají příchod nového života na svět doslova ve svých rukou: zároveň jsou svědky nejen naší bolesti fyzické, ale i psychické a v tomto smyslu jsou tedy svědky naší plné odhalenosti.

V kontextu stavu moderní společnosti a porodnictví se možná blízkost smrti může jevit jako otázka filosofická, přemrštěná či dávno překonaná: v USA jsou však Afroameričané vystaveni až 2,5krát vyššímu riziku smrti souvisejícím těhotenstvím či porodem (MacDorman, Thoma, Declerq, & Howell, 2021). Ve Velké Británii jsou osoby jiné rasy oproti osobám bílé rasy vystaveny riziku smrti během těhotenství nebo porodu až čtyřikrát vyššímu (Knight et al., 2022). Narážíme tak na tu sociální rovinu porodu, která

padá v drastickou oběť systémové politiky dané kultury, v uvedených příkladech přímo systémovému rasismu.

Pokud se podíváme na charakteristiku pokroku porodnictví v Roztočilově (2017) *Moderním porodnictví*, je podmíněn interdisciplinární spoluprací. V této spolupráci hrají klíčovou roli technické a teoretické obory, které odpovídají na otázky, které jsou v dané etapě zodpověditelné; prevenci označuje za vrchol lékařství.

Uvedené příklady (společně s dalšími problémy, kterým se věnujeme v následujících kapitolách) demonstrující problém mortality v souvislosti se systémovým rasismem ovšem nabízí otázku, zda by významnou součástí pokroku porodnictví neměla být právě jeho sociální složka – komunikace mezi rodičí osobou a porodnickým personálem jako její základ.

## **4.2 Komunikace v perinatální péči**

Fungující komunikace mezi porodnickým týmem a rodičem je základním kamenem úspěšné spolupráce. Vhodnou komunikací lze snížit úzkost, stres a podpořit tak pozitivní prožívání porodu a poporodního období. Dobrá komunikace také slouží jako nejefektivnější prevence případných právních stížností či žalob, které jsou v oboru porodnictví častější než v jiných specializacích: porod a šestinedělí jsou emočně náročné situace a pocity nespokojenosti či zklamání z jejich průběhu tak nejsou výjimečné. Stížnosti na domnělé či skutečné medicínské pochybení přitom mohou být zástupným problémem jádrového psychologického problému: nejčastěji neuspokojivé komunikace rodiče či rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem (Takács et al., 2015).

Zdravotník i rodičí osoba přitom sdílí stejný cíl, kterým je hladké proběhnutí porodu, konečné zdraví dítěte i rodiče. Problém nicméně tkví v odlišnosti jejich sociálních rolí a vzájemném vztahu, který má pro každého z této dvojice jiný význam a hodnotu. Zdravotník je profesionál, který je především zaměřený na svou dobře a bezpečně odvedenou práci, a přestože může usilovat o porozumění a empatii směrem k rodičí osobě, nebývá na jejím osudu emočně angažován (Takács et al., 2015). Postavení rodiče se v systému porodnictví pozvolna posiluje, asymetrie vztahu rodič–zdravotník je však ve své podstatě nezměnitelná. Pozice zdravotníka je v hierarchii a struktuře nemocnice pevně ukotvená, zdravotník fyzicky vstupuje do intimního prostoru rodičí osoby, zatímco naopak je taková situace nepřijatelná. Pozice rodiče je pak diametrálně odlišná, závislá co do naplnění většiny svých potřeb, což podněcuje pocity odkázanosti nebo bezmoci. Zároveň

musíme brát v úvahu vysoký sociální status zdravotníka, obzvláště pak lékaře (Takács et al., 2015).

Během porodu může docházet k situacím, které nemohou být pod kontrolou rodičí osoby: událost porodu je výjimečná, emočně nabitá, v mnoha případech i zcela nová či neznámá – k pocitům bezmoci se tak mohou přidružovat silné pocity ohrožení, zranitelnosti, úzkosti a strachu. Toto prožívání je jakoby v protikladu k pracovní situaci profesionála, který je na svém „domácím hřišti“ a situace porodu součástí jeho každodennosti (Takács et al., 2015).

Probíhající hormonální změny při porodu, konkrétně působení neurohormonu oxytocinu, navíc zvyšuje citlivost vůči prostředí, a především vůči emočnímu naladění zdravotnického personálu (Kodyšová, 2014). Je tedy zřejmé, že významná míra emoční podpory má u porodu své nepostradatelné místo.

Goffman ve svém *Interakčním řádu* (1983) uvádí, že se v interakci s druhým orientujeme dle dvou základních forem identifikace: kategorizace dle bezprostředně zjevných sociálních kategorií a individuality, kterou odvozujeme od unikátních odlišností dané osoby. Tyto kategorie jsou kritické pro interakci ve všech společenstvích. Již bylo zmíněno, že v náročné komunikaci mezi zdravotníkem a rodičí osobou je třeba brát v potaz i sociální status zdravotníka. Sociální status dle Goffmana (1983) odvozujeme od věku, genderu, rasy a sociální třídy. Přesto, jak Goffman dále uvádí, jsou i ti nejvíce znevýhodnění stále ochotni kooperovat v rámci obecně nastavených sociálních norem, přestože tato ochota může být skrytá jimi samotnými explicitně napadanými sociálními normami. Goffman (1983) tuto „ochotu“ vysvětluje reálnou či domnělou cenou, kterou vně společnosti platíme v roli „nespokojence“. Přitom dle Goffmana není pochyb o skličující funkci kategorizace, která vede k akceptaci „mizerných“ interakčních uspořádání, řádu anebo také zmiňované komunikační asymetrii.

Asymetrie ve vztahu rodičí osoby a zdravotníka je podmíněna závislostí a odkázaností rodičí osoby na zdravotníky. Tu lze částečně kompenzovat respektující a partnerskou komunikací ze strany zdravotníka, ve které lékař či porodní asistentka formuluje rady a návrhy jako doporučení, bere ohledy na přání a požadavky rodičí osoby, podává dostatečné informace, vysvětluje důvody pro svá rozhodnutí a ponechá dostatek prostoru pro případné dotazování a vysvětlení nejasností. Rodičí osoba se tak v komunikaci stává aktivním činitelem a není pouze pasivním příjemcem. Opakem zdůrazňujícím vztahovou asymetrii je naopak autoritativní a prosazující vystupování

zdravotnického personálu bez ohledu na potřeby a prožívání rodiče: je zde tedy automaticky předpokládána pasivní role vůči autoritě zdravotníka. Zdravotník tak přitom může jednat v dobrém mínění toho, že ví, co je pro rodičí osobu nejlepší (Takács et al., 2015).

Americký lékař a psychiatr Eric Berne ve své transakční analýze představuje symetrii a disymetrii vztahů při třech základních stavech ega. Ty charakterizují rozdílné modely a způsoby chování ve vztahu k druhému – jsou to Rodič, Dítě a Dospělý (Berne, 1970). V ego stavu Rodiče aktivujeme takový model chování, který jsme převzali od našich rodičů. Projevujeme jej vždy, když jednáme automaticky, dle dávno zažitých, explicitně i neexplicitně daných pravidel. Rodič se projevuje jako pečující, ochraňující a projevující empatii nebo naopak jako kritický, kontrolující, zlostný, omezující nebo ovládající. V ego stavu Dítěte dochází k reakční regresi: dítě se se může chovat spontánně, hravě a zvědavě, na straně druhé však podrobivě, přizpůsobivě vůči příkazům a požadavkům autority. Chování Dospělého pak představuje snahu o nezávislé a objektivní hodnocení situace, je vedeno vlastním rozumovým vhledem a názorem (Berne, 1970; Takács et al., 2015).

Dle Berneho tyto tři zmiňované ego stavy různě aktivizujeme a je možné je průběžně obměňovat i v rámci jedné a té samé situace. Aktivace konkrétního ego stavu (v našem chování spíše převažujícího nebo momentálního) pak závisí na našich osobních charakteristikách a zkušenostech (Berne, 1970; Takács et al., 2015).

V úvodu této kapitoly byl zmíněn základní problém nerovných rolí zdravotníka a rodičí osoby: komplementarita nebo tzv. křížení transakcí jsou přitom jádrem funkční či nefunkční interakce a komunikace. Komplementarita v komunikaci nastává tehdy, kdy jsou oba komunikující srozuměni jak s vlastní pozicí, tak s pozicí druhého – tj. akceptují a respektují druhého a vice versa (Berne, 1970; Takács et al., 2015).

Asymetrie v komunikaci má svou pozitivní i negativní funkci. Rodičí osoba se například může v těžké situaci vztahovat k porodní asistenci z pozice Dítěte, kdy vychází z potřeby podpory, ujištění a péče – na tuto potřebu může zdravotník reagovat z kladné pozice Rodiče, tedy se zájmem a péčí či z pozice ochránce. Negativní asymetrií by v tomto případě bylo setrvávání v uvedených pozicích příliš dlouho, tedy nevrácení rodičí osobě kompetence coby autonomního Dospělého a nekompromisně autoritativní rozhodování o průběhu porodu z pozice Rodiče (Berne, 1970; Takács et al., 2015). „Hraje zde roli i fakt, že člověk jako opici příbuzný druh se rád opíčí po léta vycizelovanými modely



emocenské komunikace. Mladé matky tak často s hrůzou slyší samy sebe říkat stejné hrozné věty, jaké říkala jejich matka, a stejně tak i mladí lékaři si coby zdravotnická embrya zafixují věty a postoje svých učitelů, které se pak jen velmi obtížně opouštějí“ (Roztočil, 2017).

Mezi významné příčiny vzniku PTSD při porodu patří ztráta kontroly, nemožnost svobodného rozhodnutí a prožívání bezmoci (Assmann, 2021). Respektující, partnerskou komunikaci tak můžeme považovat za základní stavební kámen nejen spolupráce mezi rodičí osobou a zdravotníkem, ale i porodnického systému. Zaslouhujeme se tak o to, aby jedna z nejcitlivějších lidských událostí probíhala v důstojných podmínkách. Důrazem na empatickou komunikaci zároveň připomínáme již zmiňovaný bazálně lidský význam porodu, který jako by se často ocital ve stínu zajištění jeho bezpečnosti, nekomplikovanosti a lékařsky percipované úspěšnosti.

#### 4.2.1 Muži a ženy v porodnictví

V kapitole č. 3 byl nastíněn jeden z historicky přetrvávajících problémů porodnictví, který Doležal (2001) označuje jako rozpor techniky a humanity. Přejít od babičství k porodnictví v sobě přitom zahrnuje i důležitou genderovou rovinu: ženy byly ve vedení porodu vystřídány muži. Během dějinného přechodu od babičství k porodnictví přitom není klíčový problém v distinkci vybraného pohlaví, které má porodnické povolání vykonávat – je to problém vzdělání (Doležal, 2001).

S dějinným počátkem vnímání těla jako stroje jsme podobně začali vnímat i samotný porod: tedy jako mechanický proces, kde se mohou lépe uplatnit mužské vlohy. Ve Velké Británii byl přijat zákon o porodních asistentkách v roce 1902, v USA naopak klesl počet porodů vedených porodními asistentkami asi na 50 %. Gynekologové vedli proti porodním asistentkám soustředěnou kampaň a namísto nich prosazovali reformu a vědecký pokrok; jednotlivé státy pak přijímaly zákony, které dovolovaly vést porod pouze registrovaným porodníkům (Roztočil, 2017).

Základní otázka porodu a jeho vedení je tedy stejná jako v 19. století: Kdo bude kontrolovat těhotenství a porod? Lékaři, procentuálně stále ve větším měřítku zástupci mužského pohlaví, anebo rodičí osoby samotné? Proč se v našem jazyce v drtivé většině stále setkáváme s profesí porodní asistentky, jednoznačně genderově definované již svým pojmenováním? (Podobně také v anglickém jazyce, midwife – volně přeložitelné jako

žena, která je s ženou, matkou.) A jak se tyto genderové otázky promítají do přirozeného porodu?

### 4.3 Přirozený porod

Česká republika se v oblasti porodnictví řadí k nejvyspělejším zemím světa. Přesto může mnoho rodičů odcházet z porodnice s pocitem nepochopení, selhání, s nenaplněnými představami o porodu, v nejzazším případě s porodním traumatem. Porodnictví postavené na čistě medicínském základu tlačí rodiče do pozice pasivního objektu, který je nutné řídit, a eliminuje tak žádoucí subjektivou pozici porodu, kdy se na jeho průběhu aktivně podílíme (Roztočil, 2017). Především máme jako biopsychosociální lidské bytosti svá práva, subjektivní přání a obavy. Přístup k porodu se postupem doby změnil, rodičí osoby se začaly na porod aktivně připravovat a spolupracovat na jeho průběhu. Úměrně k péči o zdraví rodičí osoby se pozornost zaměřila na novorozeně (Roztočil, 2017).

Již několikrát bylo zmíněno, že událost porodu je událostí silně emocionálně náročnou, především tedy pro rodičí osobu. Britský porodník Grantly Dick-Read se zaměřil na porod různých druhů živočichů v kontrastu s porodem lidským: specificky na prožívání strachu u lidí a jeho vlivu na průběh porodu. Strach u rodičí osoby vyvolává a zintenzivňuje svalové napětí, které způsobuje bolest. Představil a pojmenoval bludný kruh „syndrom strach – napětí – bolest“. Jako řešení Dick-Read navrhoval výchovu v předporodních kurzech, ve svých dílech *Přirozený porod* a *Porod beze strachu* vysvětloval mechanismus porodu: považoval za důležité rodičím osobám dodat sebedůvěru a zbavit je obav. Nesouhlasil přitom s „neodpustitelným zvykem“ podávat rutinně anestezii. Tu zároveň plně neodmítal – domníval se, že pokud se budou rodičí osoby orientovat v tom, co se s nimi děje, anestezii potřebovat nebudou, a pokud ano, měly by si ji samy dávkovat (Roztočil, 2017, s. 39).

S bezprostřední péčí o novorozeně v systému porodnictví je historicky neoddělitelně spojováno jméno francouzského lékaře Frédérica Leboyera (2020). Navazoval přitom na názory italské lékařky Marie Montessori, která kladla důraz na prvotní prožívání dítěte po porodu. Leboyer se tedy mimo jiné zaměřoval na primární smyslové vjemy dítěte: při porodu akcentoval důležitost tlumeného světla, ticha v místnosti, položení dítěte na břicho bezprostředně po porodu a ponoření do teplé vody, která je podobná plodové vodě.

Pokud bychom měli odlišit koncept přirozeného porodu od lékařsky vedeného porodu v Česku, můžeme vycházet z diskurzu organizací, které se o něj přímo zasazují:

z vybraných například projekt Přirozený porod v porodnici, jehož cílem je zlepšení standardu porodní péče nebo Asociace pro porodní domy a centra.

Konkrétním příkladem je pak tzv. Desatero PPP zmiňovaného projektu Přirozeného porodu v porodnici (Desatero PPP, n.d.):<sup>1</sup>

1. Dialog: Usilovat o dialog, vstřícnou komunikaci a empatické jednání veškerého personálu.
2. Individuální přístup: Zohledňovat individuální přání a potřeby rodičky i novorozence po celou dobu pobytu v porodnici.
3. Informovanost: Informovat pravdivě, srozumitelně, bez zastrasování a včas o všech úkonech v rámci poskytované péče.
4. Respekt: Respektovat intimitu a soukromí ženy, vyvarovat se familiárnosti v přístupu k ženě.
5. Odbornost: Sledovat a uplatňovat nejnovější odborná doporučení (odborné společnosti, WHO, ENCA apod.) a lege artis postupy.
6. Souhlas: Provádět veškeré lékařské zásahy a medikaci pouze v opodstatněných případech a vždy na základě informovaného souhlasu rodičky.
7. Bez poplatků: Nezaplatňovat přítomnost blízké osoby u porodu a umožnit, aby ženu mohlo doprovázet více osob najednou.
8. Svoboda: Volbu polohy ponechat ve všech dobách porodních na rozhodnutí rodičky.
9. Stop škodlivé separaci: Podporovat raný kontakt „kůže na kůži“ a samopřisátí. Zajistit nepřetržitou blízkost matky a dítěte po porodu i na oddělení šestinedělí. Vyšetřovat fyziologického novorozence na těle matky nebo v její těsné blízkosti.
10. Kojení: V maximální možné míře podporovat kojení, zajistit vlídnou a praktickou pomoc, naslouchat potřebám a požadavkům matky.

Porodní domy a centra jsou aktuálně nefunkční: jejich provoz znemožňuje vyhláška o povinném vybavení porodu, kterého je dle definice možné dosáhnout jen v nemocnici.

---

<sup>1</sup> Desatero PPP vychází ze závěrů XXX. celostátní konference Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP, materiálů a doporučení vydaných Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Českou gynekologicko-porodnickou společností (ČGPS), Dětským fondem OSN (UNICEF), Koalicí za zlepšení služeb v porodnictví (CIMS), Mezinárodní iniciativou za porodní péči pro matku a dítě (IMBCI) a navazuje na dlouhodobé aktivity organizací usilujících o zkvalitnění porodní péče v ČR.

Dalším nárokem je vyhláška o personálním obsazení, která uvádí, že v porodnickém zařízení musí pracovat lékaři. V únoru 2019 bylo s podporou Ministerstva zdravotnictví ČR založeno Centrum porodní asistence. Primární péči a vedení porodu poskytuje porodní asistentka, přičemž porod může probíhat na klasickém porodním sále anebo v porodním apartmánu. CPA při nemocnici na Bulovce nabízí „respekt k přání těhotné a rodící ženy, podporu přirozeného porodu, individuální přístup a příjemné prostředí při zachování vysoké odbornosti a bezpečí“ (CPA, n.d.).

Přirozený porod je v kontextu filosofie porodního domu U Čápa (Porodní dům U Čápa, n.d.) definován jako začínající a probíhající samovolně, bez vnějších zásahů; sama rodící osoba určuje jeho průběh. Přirozený porod přitom má probíhat v domácím prostředí nebo v prostředí připomínajícím domov. Je kladen důraz na schopnost rodící osoby porodit dítě nedirektivně, bez medikace, „přírodními porodními mechanismy“: jinými slovy s důvěrou ve vrozené schopnosti rodící osoby i dítěte. Narušení přirozeného porodu znamená nerespektování základních potřeb rodící osoby: pocitu bezpečí, nerušeného klidu, tepla a intimity. Personál u přirozeného porodu se snaží do jeho procesu minimálně zasahovat a respektovat intuitivní chování rodící osoby. Vedení přirozeného porodu přitom primárně náleží profesi porodní asistentky, a to za předpokladu, že jde o normální nekomplikované těhotenství a porod.

Uvedené definice zní čtenáři pravděpodobně smysluplně, možná je mu v nich dokonce zatěžko nalézt zjevně konfliktní rovinu. V odborné literatuře ovšem stále můžeme nalézt tvrzení podobná těmto: „Problémem suis generis postmodernismu jsou i přemoudřelé rigidní stoupenkyně fundamentalistických alternativních, tzv. přírodních metod bez účasti lékaře, které oscilují mezi kaskadérkami a kamikadze“ (Roztočil, 2017, s. 29). Zás a znovu tedy narážíme na problém vedení porodu a přítomnost lékaře, která je v perspektivě uvedené citace vnímaná jako nutnost. V uvedené citaci je navíc dominantní jednoznačná spojitost příchodu nového života na svět společně s rizikem úmrtí.

#### **4.4 Možnosti plánování porodu v České republice**

Právo volby místa porodu je limitované zájmem na bezpečném porodu a zdraví dítěte. Jako rodiče máme právo na svobodnou volbu poskytovatele zdravotních služeb dle § 28/3 písm. B zákona o zdravotních službách. Do tohoto práva spadá jednak volba porodnice jako zdravotnického zařízení, jednak volba porodní asistentky či gynekologa a ošetřujících lékařů během těhotenství a šestinedělí. Nespadá sem možnost zvolit si konkrétní porodní asistentku či lékaře v rámci péče poskytované v nemocnici (Liga lidských práv, n.d.)

K aktivnímu plánování porodu v porodnici je možné využít tzv. porodní plán. Z právního hlediska jde o tzv. projev vůle, který sice neplní funkci informativního souhlasu, přesto je ale pro zdravotníky závazný a musí jej respektovat. V porodním plánu se rodič vyjadřuje ke svým přáním a představám o průběhu porodu. Roztočil (2017) označuje porodní plány za určitý korektiv porodnické péče oddělení, na kterém působí. Dále jej charakterizuje jako sociologickou sondu a zdroj informací o možném dalším vývoji porodnictví.

## **4.5 Vybrané způsoby porodu**

Česká republika se v oblasti porodnictví řadí k nejvyspělejším zemím světa. Kvalita porodnictví se však neodvívá pouze od vědecko-technického pokroku, ale měla by zahrnovat respektující přístup k rodící osobě jako k biopsychosociální bytosti, která se má právo aktivně podílet na této neopakovatelné životní události. Zde se opět dotýkáme problematiky „technického“ vnímání porodu: rodiče nejsou pouhými objekty medicínsky bezpečného procesu porodu, ale jeho aktivními činiteli, s osobní historií, přáními a obavami.

V této podkapitole stručně představíme porod v domácím prostředí jako alternativu porodu v porodnici par excellence a vybrané alternativní způsoby porodu, které je možné realizovat v porodnici (a také bývají částou součástí již zmiňovaného porodního plánu či přání rodiče).

### **4.5.1 Porod v domácím prostředí**

Nejlogičtější alternativou porodu v porodnici se zdá být porod v domácím prostředí. Porod v domácím prostředí je zpravidla podepřen dvěma hlavními argumenty. V první řadě vycházíme z podstaty přirozeného porodu, ve kterém je porod normálním, resp. jiným zdravotním stavem, který není nemocí, a tudíž nemusí probíhat v nemocničním prostředí s podmínkou přítomnosti lékaře (Jedličková, 2019). V tom druhém je domácí prostředí považováno za ideální psychologické prostředí, žena není omezená ve svém projevu a v tomto smyslu může celý porod probíhat svobodněji a volněji (Roztočil, 2017).

Problematika porodů v domácím prostředí v Čechách dle lékařského úzu naráží na nemožnost vybavení domácnosti takovým zařízením, které umožní okamžité jednání v případě porodních komplikací. I při porodu nezatíženém porodnickým rizikem se mohou vyskytnout situace, kdy je např. nutné využít prostředků k resuscitaci, rychlé extrakci plodu atp.: jejich disponibilita je tak i při porodu v domácnosti nezbytně nutná. V procesu

porodu navíc často hrají roli minuty a vteřiny, které rozhodují o míře potenciální dramatičnosti situace (Roztočil, 2017).

Rodící osoba má právo vybrat si místo svého rodiště. Domácí porod není právem vyloučen a není stanoven žádný právní režim pro jeho provádění. Zároveň legislativní nastavení podmínek účast zdravotnických osob (lékařů a porodnických asistentek) na domácích porodech implicitně vylučuje, protože jim neumožňuje „získat patřičné oprávnění k poskytování zdravotních služeb“ (Válová, 2021). Jestli byl domácí porod rizikovým chováním, se posuzuje individuálně a dle konkrétních situačních podmínek – např. dle průběhu těhotenství, zdravotního stavu rodiče a dítěte, poučení a připravenosti rodiče, míry porodních schopností a zkušeností, věku, poskytování péče porodní asistentky, duševní a tělesné pohody, apod. (Jedličková, 2019).

#### 4.5.2 Porod do vody

Porod do vody je podmnožinou skupiny analgetických alternativních metod spojených s použitím vody – patří do ní relaxace ve sprše, vaně, vlastní porod do vody, i tzv. intradermální obstríky vodou, které jsou již specifickou analgetickou metodou. Pobyt ve vodě má příznivý účinek na cévní a svalový systém rodičky, zvyšuje práh bolestivosti a snižuje psychické napětí rodičky (Roztočil, 2017).

Rodící osoba zažívá psychosomatickou relaxaci, dochází ke snížení strachu a stresu, je dosaženo zvýšeného pohodlí a mobility rodící osoby. Zároveň je snižená spotřeba analgetik uterokinetik, je navozena fyziologická rovnováha mezi katecholaminy, oxytocinem, prostaglandiny a endorfiny, dokonaleji se relaxuje pánevní dno, ruptury episiotomie porodních cest jsou méně časté. Dále je rodička v pohodlnější vertikální poloze vsedě nebo polosedě, dochází k nižšímu tlaku na abdominální svaly a lepší adaptaci novorozence na vnější prostředí (Roztočil, 2017).

#### 4.5.3 Porod v hypnóze

Porod v hypnóze neboli hypnoporod má probíhat ve stavu hluboké relaxace, k porození dítěte má dojít přirozeně, pokud možno bez léků a lékařských zásahů (Hypnoporod, n.d.). Odkazuje na hypnoterapii, jejímž cílem je uvolnění strachu a vyplavení endorfinů v některých chvílích během porodu. Rodič se má na porod v hypnóze připravit a v ideálním případě absolvovat speciální kurz. Rodící osoba se místo bolesti soustředí na příjemný zážitek, kontroluje své tělo a s upadáním do stavu hlubší hypnózy si pamatuje

každý detail porodu, pohyb dítěte skrz pánev a děložní cesty, přičemž bolest příliš (nebo vůbec) nevnímá. Porod trvá kratší dobu, často nedochází k poškození porodních cest, rodičí osoba není tolik vysílená a spolupracuje. Realizace porodu samozřejmě naráží na limity rodičí osoby a její schopnosti k dosažení dokonalého stavu hypnózy (Roztočil, 2017).

## 5 Vymezení profese porodní duly

V předchozích kapitolách této práce jsme se dotkli historické proměny postavení chirurga-lékaře v porodnictví, které je v dnešní době specializací. Náročnost tohoto povolání je obrovská a v této náročnosti zůstává i navzdory dějinám neměnná. Stále platí zodpovědnost za rodiče a plod, nutnost rychlého rozhodování, v jehož rámci téměř vždy existuje určitá pravděpodobnost rizika. Základním předpokladem dobře odvedené práce by navíc měl být čas, který má porodník v náročné situaci porodu k dispozici: rodí se ovšem neustále, často má lékař v péči více rodiček. V situaci porodu se rovněž střetávají situace, které můžeme hodnotit jako normální společně s událostmi, které mohou předznamenávat prodrom nešťastné události (Doležal, 2001).

Náročnost a tlak události porodu je tedy významná a zdá se až nespravedlivě přisuzovat zodpovědnost za jeho průběh jedné či dvěma kompetentním osobám zdravotníků. Multidisciplinární týmová podpora je tak ze samotné podstaty věci esenciální, ne-li žádoucí.

Práce porodní duly je nezdravotnickou pomáhající profesí, která doplňuje práci porodní asistentky, lékaře, zdravotní sestry, psychologa a dalších odborníků: je tedy součástí odborného týmu pečujícího o osobu v období těhotenství, porodu a šestinedělí.

Porodní dula funguje jako spojovací článek mezi zdravotnickým personálem a mezi potřebami rodící osoby, která se právě ocitá v možná nejemocionálnějších okamžicích svého života. Poskytuje bezpodmínečnou, nesoudící péči a podporu rodící osobě. Porodní dula má komplexní informace a povědomí o tom, jaké jsou přání a potřeby klienta ve vztahu k procesu porodu a období bezprostředně po něm. Součástí kompetencí porodní duly jsou i znalosti fyziologického porodu, včetně daných postupů a praktik lékařsky či jinak vedeného porodu. Zároveň funguje jako tlumočnický lékařských zákroků, kterým nemusí klient nutně rozumět: je schopna je klientovi adekvátně představit a nedirektivně podpořit klienta v rozhodování o jejich přijetí či odmítnutí.

Profesní kompetence porodní duly mají zároveň zahrnovat plné spektrum možných podob a důsledků zrození: porodů, adopcí, potratů, interrupcí a smrti dítěte, stejně tak jako poskytování služeb ženám, mužům, transgender a genderově nekonformním lidem.

Především v angloamerickém kontextu je profese porodní duly v nedělitelném vztahu s lidskoprávním aktivismem. Duly poskytují své služby v průsečíku se základními reprodukčními právy: s právem na kontrolu vlastního těla, s právem na to mít dítě,



s právem na rozhodnutí dítě nemít, s právem na rozhodnutí o tom, jakým způsobem dítě mít budeme a v neposlední řadě s právem dítě bezpečně vychovávat. Tyto základní kameny reprodukčních práv položily v roce 1994 černošské aktivistky v Chicagu, své hnutí pojmenovaly Women of African Descent for Reproductive Justice (Ženy afrického původu za reprodukční práva).

Americký porodnický systém se dlouhodobě ocitá v krizi: rozdíly v péči o rodící osoby a nastávající rodiče ovlivňují především chudou populaci a také osoby jiné než bílé pleti. Tyto rozdíly se projevují především v číslech provedených císařských řezů, novorozenecké a mateřské mortality a nespokojenosti pacientů s průběhem porodu danou negativní interakcí se zdravotníky (Neel, Goldman, Marte, Bello & Nothnagle, 2019). Tyto problémy logicky vyvěrají z kolektivní internalizace systémového rasismu a kolonialismu. Podpora porodní duly a její profesní role tak nabývá jednoznačně sociálně-kulturního charakteru a v neposlední řadě již zmiňovaného lidskoprávního. Porodní dula ovšem neslouží pouze jako překladatel kultury spojené s konkrétním etnikem: je také překladatelem mainstreamové kultury lékařsky vedeného porodu a pomyslnou kontra-kulturou přirozeného porodu.

Empirický výzkum dokazuje jednoznačně pozitivní efekt přítomnosti duly u porodu a vyšší spokojenost s průběhem porodu (Klaus & Kennell, 1997; Gruber, Cupito, & Dobson, 2013). U osob s doprovodem porodní duly dochází k menšímu procentu porodnických intervencí (Roztočil, 2017). Porod v péči porodní duly snižuje riziko císařského řezu o 40,9 % oproti těm, které jsou vedené lékařsky, což pak v důsledku znamená nižší finanční náklady pro porodnice (Kozhimannil, Hardeman, Attanasio, Blauer-Peterson, & O'Brien, 2013). V závěru studie zaměřené na korelaci mezi péčí porodních dul a náklady porodnické péče tak Kozhimannil et al. (2013) navrhují finanční pokrytí jejich služeb, jednoduše proto, že je to ekonomicky výhodné. Studie zaměřená na konkrétní důsledky porodu s doulou vykazovaly zkrácenou dobu porodu, nižší užití medikace ke snížení bolesti, snížení operativního vaginálního porodu a již zmiňovaného císařského řezu (Klaus & Kennell, 1997).

Gruber et al. (2013) se ve své studii zaměřili na porovnání dvou sociálně znevýhodněných skupin s vyšším rizikem pro nepříznivý výsledek porodu. Probandi první skupiny navázali předporodní spolupráci s certifikovanou doulou, členové druhé skupiny nikoliv. Všichni probandi se přitom účastnili vzdělávacího programu zaměřeného na prenatální zdraví a porod. Probandi spolupracující s porodní doulou vykazovali lepší

porodní výsledky, konkrétně pak čtyřikrát menší pravděpodobnost, že se dítě narodí s nízkou porodní hmotností, dvakrát menší pravděpodobnost komplikací ohrožující rodící osobu nebo dítě a signifikantně častěji zahájené kojení. Komunikace a podpora porodní duly během těhotenství probandům navýšila sebevědomí a vnímání vlastní účinnosti ve vztahu ke schopnosti ovlivnit své těhotenství (Gruber et al., 2013).

Kontinuální podpora duly snižuje délku porodu a užití umělého oxytocinu (Zhang et al., 1996; Scott et al., 1999; Hodnett et al., 2003, cituji podle Gilliland, 2011). Podpora duly dále pozitivně ovlivňuje poporodní období: rodiče s podporou duly ve srovnání s rodiči, kteří rodili bez duly, vykazují pozitivnější pocity spojené s dítětem, partnery a se sebou samotnými (Scott et al., 1999, cituji podle Gilliland, 2011).

Jak již bylo zmíněno, spolupráce s porodní doulou má pozitivní vliv na zahájení procesu kojení. Přestože porodní dula není laktační poradkyně, respektive to není její primární náplň práce (mnoho porodních dul laktační poradenství v rámci svých služeb nabízí), kojení napomáhá více než zdravotnický personál: podporuje nejen jeho iniciaci, ale i další průběh. Tento fakt významně posiluje unikátní roli porodní duly v procesu zpevnování citové vazby a zdraví novorozence a rodiče (Acquaye & Spatz, 2021).

Roztočil (2017) zmiňuje hlubší terapeutický účinek spolupráce s porodní doulou: během porodu může u rodící osoby docházet k psychologické regresi k vlastnímu porodu a narození, k vlastní hluboké zranitelnosti. Péče porodní duly může působit jako korektivní zkušenost s mateřskou rolí. Na porodním sále je také z personálu dula jedinou osobou, která může alespoň na základní úrovni pracovat s prožívaným traumatem rodící osoby.

## **5.1 Strategie podpory porodní duly**

Porodní duly mohou v rámci své profese nabízet širokou škálu podpůrných strategií a doplňujících služeb: předporodní přípravu, těhotenské masáže, těhotenské cvičení, podporu kojení a laktační poradenství, provázení potratem a úmrtím dítěte, práci s bylinami a vaginálními napáčkami, aromaterapii, porodní rituály a uzavření šestinedělí, zpracování placenty, poporodní poradenství apod.

Mezi specifické oblasti podpory patří (Neel et al., 2019):

- fyzická podpora;
- emocionální podpora;
- informační nebo vzdělávací podpora.

Podpora duly může být považovaná za jednu z nejpozitivnějších intervencí u porodu za posledních dvacet let. Péče duly má pozitivní vliv na porod a jeho výsledky bez

negativních vedlejších efektů. Z praktického hlediska duly pracují jako expertky na úlevové či uklidňující strategie, na efektivní polohování rodičí osoby při porodu. Jejich primárním fokusem je však emoční stav rodiče (Gilliand, 2011). Dle studie Gilliandové (2011) duly u porodu uplatňují devět emočních strategií podpory. Mezi prvních pět základních patří (Gilliand, 2011):

- ujišťování;
- povzbuzování;
- chvála;
- vysvětlování;
- zrcadlení.

Užití těchto strategií se přitom různě prolíná. Více komplexní strategie pak zastupují:

- přijetí;
- podpora;
- přerámování (reframing);
- debriefing.

Zrcadlení definujeme jako verbální a neverbální strategii, v jejímž rámci dula popisuje situaci tak, jak se jeví: klidně, věcně a stručně, společně s pocity rodičí osoby a jejich intenzitou. Přijetí se vztahuje k verbální a neverbální akceptaci reakcí a situačních faktů, aniž by se dula snažila tyto reakce či pocity změnit. Povzbuzování může být ve formě slovní nebo přímé činnosti: cílem je podpora aktuálního chování nebo prožívání. Přerámování označuje verbální dialog mezi rodičí osobou a doulou, jehož cílem je posunutí porodní situace nebo sebe-posuzování rodiče k pozitivnějšímu náhledu. Během debriefingu dula empaticky zaměřuje svou pozornost na rodičí osobu takovým způsobem, aby mohla mluvit o svém prožívání a cítila se vyslyšena.

Roztočil (2017) zmiňuje hlubší terapeutický účinek spolupráce s porodní doulou: během porodu může u rodičí osoby docházet k psychologické regresi k vlastnímu porodu a narození, k vlastní hluboké zranitelnosti. Péče porodní duly může působit jako korektivní zkušenost s mateřskou rolí. Na porodním sále je také z personálu dula jedinou osobou, která může alespoň na základní úrovni pracovat s prožívaným traumatem rodičí osoby.

Péče a podpora duly je ze své podstaty odlišná od péče dalších členů porodního týmu – vztah duly a rodičí osoby je signifikantně odlišný. Pracovní náplň porodního týmu neumožňuje naplňování emočních potřeb rodičí osoby do natolik efektivní a žádoucí míry.

Na rozdíl od porodní asistentky či lékaře porodní dula poskytuje kontinuální, bezpodmínečnou podporu a tím jejich práci také doplňuje.

Otázkou zůstává, proč má dula natolik pozitivní dopad na porodnické a neonatální výsledky. Zatímco odhalit přesnou fyziologickou spojitost může být obtížné, vliv emocionálního stavu rodičí osoby na průběh porodu je nesporný.

## 6 Empirická část

Empirická část je tvořena kvalitativní výzkumnou sondou, pěti polostrukturovanými hloubkovými rozhovory s dylami, členkami České asociace dul. K analýze těchto rozhovorů využívám metody tematické analýzy. Cílem této výzkumné sondy je deskripce prenatálního, perinatálního a postnatálního období prostřednictvím žité profesní zkušenosti dul.

### 6.1 Předporozumění výzkumné problematice

V průběhu této práce bylo již několikrát akcentováno, že těhotenství, porod a následné přijetí rodičovské role patří mezi psychologicky a vývojově nejvýznamnější milníky v životě člověka. Zároveň jej spojujeme s dynamickým prožíváním, změnou celkového sebepojetí, přeskupením osobních hodnot, vztahů, cílů a životních priorit (Darvill et al., 2010).

Fedor-Freybergh (2015) považuje prenatální období za unikátní a neopakovatelnou možnost primární prevence psychických, emocionálních, fyzických a sociálních poruch v dalším životě. Je jistě žádoucí zvyšovat informovanost nejen v této oblasti, ale i v oblasti spokojenosti s porodem. Podpora duly svým působením kladně ovlivňuje přirozený průběh porodu (Roztočil, 2017) a rovněž také poporodní období (Acquaye & Spatz, 2021). Rodiče s podporou duly ve srovnání s rodiči, kteří rodili bez duly, vykazují pozitivnější pocity spojené se vztahováním se k dítěti, partnerovi a k sobě samotným (Scott et al., 1999, cituji podle Gilliland, 2011).

Na porod a navazující události tak můžeme nahlížet z celospolečenské perspektivy, tedy že jejich pozitivní anebo naopak negativní důsledky ovlivňují další generace (Van den Bergh, 2011, cituji podle Auhagen-Stephanos, 2021).

Přestože jsou těhotenství a porod univerzálně biologicky naprogramovány, jejich prožívání je specificky subjektivní. Profese porodní duly díky své kontinuální podporující funkci nese významnou primárně-preventivní úlohu v prenatálním, perinatálním a postnatálním období.

Empirický výzkum jednoznačně poukazuje na pozitivní vliv duly na průběh porodu a postnatální období (Klaus & Kennell, 1997; Gruber et al., 2013; Hans et al., 2018; Falconi et al., 2022), nicméně stále není příliš bohatý na zachycení subjektivního vnímání práce porodních dul. Toto zachycení považujeme za důležité právě proto, že duly jsou bezprostředními a profesionálními svědkyněmi jedné z nejvíce intimních a přerodových

životních událostí v životě člověka. Jejich pracovní zkušenosti tak obsahují unikátní vhledy do dění a prožívání doprovázející zrození nového života.

## 6.2 Výzkumné šetření – volba výzkumné strategie

Vzhledem k cíli, možnostem práce a také teoreticko-empirickým východiskům jsem zvolila kvalitativní design výzkumného zkoumání. Kvalitativní výzkumné metody umožňují zohlednění jedinečnosti, komplexity a proměnlivosti zkoumaných jevů: jsou vhodné pro zkoumání jevů nových a zpravidla při jejich aplikaci vycházíme z induktivního usuzování (Hendl, 2016).

## 6.3 Cíle výzkumné sondy a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumné sondy je zmapování dulí profesní zkušenosti s prenatálním, perinatálním a postnatálním obdobím.

Konkrétními výzkumnými otázkami pak jsou:

1. VO1: Jaká je profesní zkušenost duly s porodem?
2. VO2: Jaká je profesní zkušenost duly s obdobím šestinedělí?
3. VO3: Jaký význam nese dulí podpora u porodu a v období šestinedělí?

## 6.4 Výzkumný vzorek

Volba výzkumného vzorku pro účely výzkumné sondy byla záměrná a kritériální. Participantky byly kontaktovány na základě jejich uveřejněného popisu služeb na webových stránkách České asociace dul. Participantky spadají do věkové kategorie od 27 do 55 let. Splňují následující kritéria:

- jsou certifikovanými dulami a členkami České asociace dul;
- absolventkami ročního kurzu pod ČAD s absolvovanou praxí pod vedením duly-konzultantky;
- práci duly s certifikací vykonávají alespoň jeden rok.

Jméno	Další specifická dulí podpora
Markéta	individuální předporodní příprava podpora a pomoc v šestinedělí podpora kojení a laktační poradenství poporodní návštěvy

Lenka	individuální předporodní příprava podpora a pomoc v šestinedělí podpora kojení a laktační poradenství poporodní návštěvy provázení potratem a při úmrtí miminka rituál uzavření šestinedělí těhotenské masáže
Johana	individuální předporodní příprava podpora a pomoc v šestinedělí podpora kojení a laktační poradenství poporodní návštěvy rituál uzavření šestinedělí těhotenské masáže
Kateřina	předporodní péče, těhotenské a reboso masáže psychická podpora a praktická příprava na narození miminka laktační poradenství nošení dětí
Kristýna	podpora a pomoc v šestinedělí podpora kojení a laktační poradenství poporodní návštěvy poradenství v péči o miminko

## 6.5 Metoda sběru dat

Metodou sběru dat pro tuto práci je polostrukturovaný hloubkový rozhovor. V realizaci polostrukturovaného rozhovoru vycházíme z předem připraveného okruhu otázek: rozhovor je tedy ze své podstaty strukturovanou konverzací, kterou badatel řídí pomocí hlavních, navazujících a pátracích otázek (Švaříček et al., 2007). Metoda polostrukturovaného rozhovoru umožňuje významnou míru flexibility a pružnosti na straně respondenta i tazatele: umožňuje tak vysvětlení nejasností, zachycení nových témat neobsažených v seznamu otázek a v neposlední řadě hloubkové porozumění významům a subjektivnímu vnímání respondenta. Mezi jeho nevýhody patří výpovědi filtrované

subjektivní perspektivou respondenta a v konečném důsledku i interpretací dotazujícího, dále informace získáváme v umělém, nikoliv přirozeném prostředí a průběh i koncepcie rozhovoru je vždy ovlivněn osobou tazatele.

Scénář rozhovoru pro tuto práci jsem tvořila na základě informací z dostupné odborné literatury, především z práce následujících autorů: Klaus a Kennell (1997), Gilliland (2011), LeBoyer (2020) a Fedor-Freybergh (2021). Dlouhodobě také sleduji duli organizaci Carriage House Birth v New Yorku a její působení v médiích, dále mezinárodní duli organizaci DONA International a v neposlední řadě práci a veřejné působení duly Leaty-Maye D'Avoine.

### 6.5.1 Ukázka metody sběru dat – polostrukturovaný hloubkový rozhovor

- Proč jste si profesi porodní duly vybrala?
- Kdo je porodní dula?
- V čem vnímáte podstatu profese porodní duly?
- Proč mít u porodu porodní dula?
- Jaké je provázení těhotenstvím a šestinedělím s porodní dula?
- Jak byste popsala vaši spolupráci s rodičí osobou?
- Jak byste popsala vaši spolupráci s další podporující osobou u porodu?
- Jak byste popsala kompetence porodní duly?
- Jak byste popsala událost porodu?
- Jak byste popsala potřeby rodičí osoby?
- Zaznamenáváte ve své práci typicky specifické emoce doprovázející porod?
- Zaznamenáváte ve své práci aspekty porodu, o kterých se ve veřejném diskurzu nemluví?
- Existuje něco jako dobrý porod?
- Jak byste popsala období šestinedělí?
- Jak byste popsala přerod do rodičovské role? Co bychom o něm měli vědět?
- Jak byste popsala moderní porod, moderní těhotenství, moderní mateřství?
- Jak vnímáte mužskou a ženskou přítomnost u porodu?
- Jak vnímáte moderní diskurz ohledně mateřství, těhotenství a porodu?
- Jak byste popsala systém českého porodnictví?
- Jak byste popsala svou spolupráci s porodnickým týmem?
- Jaké jsou pozitivní a negativní zážitky z vaší práce? „Vrcholy a pády“?



## 6.6 Metoda analýzy dat

K účelům zpracování dat této bakalářské práce slouží tematická analýza. Tematická analýza je metodou vhodnou pro analýzu a zachycení opakujících se vzorců témat, umožňuje jejich hloubkovou a detailní deskripci (Braun & Clarke, 2006).

Tematická analýza slouží k identifikaci, analýze a reportování tematických vzorců uvnitř dat. Realizujeme ji v šesti fázích. V první fázi se seznamujeme s daty, která zpravidla přepisujeme a opakovaně čteme, zaznamenáváme prvotní významné poznatky. V druhé fázi generujeme prvotní kódy: významné a zajímavé prvky kódujeme napříč celým souborem dat: shromažďujeme tak data relevantní ke každému potenciálnímu tématu. Ve třetí fázi hledáme témata: jednotlivé kódy řadíme k potenciálním tématům a shromažďujeme k nim všechna relevantní data. Ve čtvrté fázi přezkoumáváme a hodnotíme témata, kontrolujeme, zda jsou témata ve vztahu s kódovanými extrakty (Level 1) a k celkovému souboru dat (Level 2), generujeme tematickou mapu analýzy. V páté fázi definujeme a pojmenováváme témata: zpřesňujeme specifiky každého tématu a celkový narativ analýzy, generujeme jasné definice a pojmenování pro každé téma. Šestá fáze je poslední příležitostí pro analýzu: je selekcí názorných, působivých ukázek dat, finální analýzou vybraných extraktů dat, které vztahujeme zpět k výzkumné otázce a literatuře: vypracováváme odbornou zprávu analýzy (Braun & Clarke, 2006).

## 6.7 Zajištění validity a reliability

K problému hodnocení výsledků kvalitativního výzkumu můžeme vycházet z reformulace klasických hodnotících kritérií kvantitativního přístupu (validita, spolehlivost, objektivita, zobecnitelnost) (Hendl, 2016). Validita ve své obecné definici určuje schopnost výzkumného nástroje zkoumat to, co skutečně zkoumat chceme. V důvěryhodnosti nebo také interní validitě výzkumu dokazujeme, že předmět zkoumání byl přesně identifikován a popsán. Realizaci této výzkumné sondy jsem pravidelně konzultovala s vedoucí práce, tedy s osobou, která se neúčastní výzkumu, aby se odhalila tzv. bílá místa průzkumu a přezkušovala pracovní hypotézy (Hendl, 2016). Dále jsem využívala kritérií triangulace, ve které se k evidenci teorie využívá revize: k procesu získávání poznatků se přizve expert, který kontroluje proces získávání poznatků (Hendl, 2016). Jak již bylo zmíněno, vycházela jsem z konzultací o procesu výzkumného zkoumání s vedoucí práce a usilovala o přesné dodržování jednotlivých fází tematické analýzy.

Reliabilita neboli spolehlivost prokazuje možnost získání stejných závěrů při zopakování studie. Cílem reliability je minimalizace náhodných a systematických chyb. Je proto důležité zachovat úplnou databázi všech dat o případu a protokolu studie, aby další výzkumníci mohli přezkoušet výsledky posuzované studie (Hendl, 2016). Vedoucí i oponent této práce získali transkripce všech rozhovorů, je uvedená deskripce procesu sběru i analýzy dat.

Konstruktivisticky zaměřené metodologové Lincoln a Guba (1985, cituji podle Hendl, 2016) vymezují čtyři problémy, se kterými by se měl vyrovnat každý výzkum v oblasti společenských věd:

- 1/ Pravdivostní hodnota

V jejím rámci si klademe otázku, jak je možné dosáhnout důvěry ve výsledky výzkumu u osob, jichž se zkoumání týkalo a v jejichž kontextu se výzkum prováděl? (Hendl, 2016). Při koncepci rozhovoru a následném navázání spolupráce s participantkami jsem kladla důraz na:

1. společensky prospěšnou rovinu realizace výzkumu: zvýšení povědomí o profesi porodních dulek a s ní související zvýšené kvality a úspěšnosti porodu;
2. formální a neformální ujištění o dobrovolnosti a nerizikovosti účasti ve výzkumu;
3. otevřenou koncepci otázek a důraz na vlastní fenomenologii participantek;
4. realizaci rozhovoru v neformálním prostředí (v domácnosti participantek, kavárně).

- 2/ Upotřebitelnost

Ptáme se, zda jsou zjištěné skutečnosti aplikovatelné v jiném prostředí nebo u jiné skupiny lidí. Téma porodu je tématem univerzálně lidským, psychologicky velmi významným a nosným. Vycházíme tedy z předpokladu, že i osoby, které si k porodu nezajistí služby porodní dulek, mohou zažívat obdobné události a situace, které s touto životní událostí a změnou souvisejí. S tím souvisí i třetí kritérium:

- 3/ Konzistence

Zaměřuje se na opakovatelnost výsledků a je také úzce spojená se zajištěním reliability, která je popsána výše.

- 4/ Neutralita

Snažíme se zajistit, aby výsledky studie byly skutečně určeny respondentem, situací a kontextem, nikoliv předpojatostí, zájmy nebo perspektivou výzkumníka (Hendl, 2016).

V rámci tohoto kritéria můžeme opět odkázat na výše zmíněnou triangulaci a konzultaci s expertním vedoucím bakalářské práce. Výsledky této výzkumné sondy jsou rovněž ve shodě s výzkumnými závěry dalších studií, které jsou citovány například v kapitole č. 5. a rovněž stručně v podkapitole č. 6.1.

## 6.8 Etické aspekty výzkumné sondy

Respondentky rozhovoru byly před samotnou realizací rozhovoru informovány o účelu, průběhu a délce rozhovoru s možností jej kdykoliv ukončit nebo od něj odstoupit, včetně podmínky jeho nahrávání na diktafon.

Respondentkám byl poskytnutý informovaný souhlas, který kromě souhlasu s účastí ve výzkumném šetření vymezuje použití dat pouze k účelům bakalářské práce. Rovněž je v tomto souhlasu akcentováno, že poskytnutí rozhovoru nenese pro respondentku žádná rizika. Veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci participantek, byly změněny. Přepisy rozhovorů jsou v neveřejném režimu.

## 6.9 Výsledky analýzy rozhovorů

Téma	Subtéma
porod vždycky překvapí	živočišnost porodu porod jako transformace porod jako setkání se smrtí porodní trauma
šestinedělí jako temná noc duše	tlak na výkon v období šestinedělí problémy s vazbou a navázání vztahu k dítěti
očekávání a realita raného rodičovství	společenský vliv na rané rodičovství
kontinuální duševní podpora jako cesta k jistějšímu rodičovství	systémové poškozování kojení komunikace s porodním týmem

### 6.9.1 Porod vždycky překvapí

Participantky tohoto rozhovoru své klienty připravují na obtížnou, ne-li nemožnou představitelnost události porodu a následných změn, které převrací naše dosavadní uspořádání života. Představovaná témata jsou přitom spojena významným emočním prožíváním. Dle výpovědí participantek jsou to také témata, která nejsou předmětem

běžného veřejného diskurzu, která vyplouvají „na povrch“ během intenzivní situace a tlaku porodu. To, že je porod ze své podstaty nevyzpytatelný, ještě podtrhuje zranitelnost rodící osoby a význam podpory u porodu. Jak již bylo zmíněno, dula v rámci porodní přípravy své klienty na tuto skutečnost připravuje:

„(...) Zároveň za tu ženu nerozhoduju. Dopředu jí říkám, že můžu být ochránkyně jejího porodního přání, ale ona zároveň může v danou chvíli změnit názor; a naprostá většina žen ten názor během porodu změní. Protože si to člověk nikdy dopředu nedokáže představit. A i když jde do druhého nebo do třetího porodu, tak stejně ten porod může být úplně jiný... Porod vždycky překvapí.“ (Johana)

„A já v tomhle hrozně souzním s Ingeborg Stadelman, která mě naučila větu, že každý porod dopadne úplně jinak, než si dopředu představujeme... (...) A co se týče mých pěti porodů, opravdu to tak je, že každý ten porod byl úplně jiný, než jsem si ho kdy představovala... (...) A proto je dobré mít dula nebo někoho... Ale zase nelpět na tom úplně do těch detailů. Protože když to třeba nebude dle mého očekávání... A já si myslím, že nebude, že to už je princip toho porodu. Že to nebude.“ (Markéta)

### 6.9.2 Živočišnost porodu

Nevyzpytatelnost a překvapivost úzce souvisí se ztrátou kontroly při porodu a participantkami popisovanou živočišností porodu:

„A ten porod je takový živočišný a člověk tohle vůbec neví. Je tam strašně – s prominutím – bordel, je tam krev, plodová voda, kaká se tam, křičí... Ony si tam jdou pro ten pro ten krásný zážitek, takové ženy se teď objevují, hodně mladých, dvacetiletých maminek si tam jde pro ten krásný zážitek. A potom jsou vlastně v šoku tady z té živočišnosti, té animálnosti... Takže o tom se myslím nemluví.“ (Lenka)

„Nebo spoustu žen překvapí jejich vlastní reakce. (...) Je to pro ně nové, být v takové roli, obzvlášť spoustu žen, které jsou asi jako já, takového toho racionálnějšího typu... Které mají všechno rády pod kontrolou a najednou porod je o tom, že se té kontroly musí totálně vzdát... A to může být... Může tam být i legrace.“ (smích). (...) „Nebo jsou zachvácené tou intenzitou toho tlaku, to dítě má ohromnou sílu. (...) Nebo jsou zaskočené tím, že se projevují hlasitě, že křičí a mají pocit, že se pak za to musí omlouvat nebo stydět... O tomhle si myslím, že se také moc nemluví, že tohle taky k porodu patří.“ (Markéta)

### 6.9.3 Porod jako transformace

Intenzivní fyziologické změny doprovázející prenatální i perinatální období jsme stručně představili v teoretické části této práce. Nezvratitelná událost porodu, kdy na svět ve významných bolestech přivedeme nový život a stáváme se rodiči, je tak jednoznačně spojená nejen s proměnou uspořádání všedního života, ale i s naším sebepojetím:

„Pro mě je porod opravdu přerod, přerod ženy v matku. Něco se v ní jakoby otevře. Od porodu se všechno změní. Všechno je od té doby jinak. Už nikdy nebude sama, když to tak řeknu.“  
(Kristýna)

„Říká se, že u porodu musí umřít dívka v ženě, protože ta nemá dost síly dítě porodit. A musí se zrodit matka, která to dítě porodí. (...) A zároveň ty ženy často samy přicházejí s tím, že já jako nejsem vůbec ten, kdo jsem byla před porodem... Vždyť já jsem najednou někdo úplně jiný, mě najednou baví úplně jiné věci... A tohle se daleko snáz chápe a ženy pak lépe přijímají samy sebe, když jim někdo řekne: ‚Ano, to je v pořádku, tohle je přirozený proces, který se neděje jen tobě, ale spoustě dalších žen.‘ To je potenciál toho porodu.“ (Johana)

„Podle mě to příroda vymyslela dobře. Aby žena se mohla postarat o to dítě, tak se potřebuje transformovat. A bohužel jinak než přes fyzickou bolest nebo psychickou ta transformace není možná. A taky přes ten zážitek dotknutí se smrti, kde člověk má pocit, že fakt umře, že už to jako nedá.“ (Lenka)

### 6.9.4 Porod jako setkání se smrtí

Lenka se v poslední citaci dotknula tématu zážitku smrti: blízkost smrti a její citelnou přítomnost u porodu zmínily explicitně až na Kristýnu všechny participantky. Smrt byla zmiňovaná ve dvou rovinách: jednak ve smyslu vědomých obav o vlastní život, v okamžicích nesnesitelné bolesti během vrcholícího porodu, jednak v kontextu porodnického systému a jeho rutinního nastavení:

„Já si myslím, že to je obecně v celé společnosti ohromně nezpracované a potlačované téma smrti, které je tam vždycky přítomné. Téma smrti se tam hodně otevírá, takže to vnímám, že je tam přítomné vždycky. (...) Že někdy je tam ten strach jako – aby se něco nestalo... Právě že je vlastně tak veliký, že nám to ve finále může paradoxně zkomplikovat porod. Že se zasahuje brzy a zasahuje se někdy zbytečně.“ (Kateřina)

„(...) Až když se člověk začne bát o život, ať už o svůj nebo v průběhu porodu... Kdy opravdu jsou tam momenty, kdy člověk si řekne: ‚Tohle jako nepřežiju.‘ (...) Říká se, že žena se dotkne vlastní smrti, aby mohla dát život.“ (Lenka)

„V průběhu porodu se setkáváme se smrtí. Každá žena si prostě sáhne úplně na dno. A je to přesně přerod k té době, než se to miminko finálně narodí. Takže pro nás pro duly nebo pro ty, co jsme okolo jako doprovod, je to dobré znamení, protože to znamená, že už je to blízko. (...) Jedna moje kamarádka to hrozně hezky nazývá fázi sta kurev. Některé ženy u toho hrozně nadávají. (...) Že už máte pocit, že už to prostě nedáte. Říkáte si: ‚Já se tady prostě roztrhnu.‘ (...) Ale pro ženu je to o to intenzivnější... Sáhnutí si, setkání s tím stínem, se smrtí, s druhou stranou... (Markéta)

### 6.9.5 Porodní trauma

Jedním z dalších významných témat, opět úzce spojeným s řízením porodu a porodnickým systémem, je téma porodního traumatu. Participantky této výzkumné sondy považují za jeho jádro nemožnost svobodného rozhodování o průběhu porodu, nátlak ze strany porodního týmu, nepochopení situace a celkový pocit ohrožení. Johana v tomto kontextu explicitně jmenuje několik situací ze své profesní zkušenosti, které označuje jako porodnické násilí. Naproti tomu pak stojí průběh přirozeného porodu, který duly zpravidla primárně podporují (více v podkapitole č. 6.10.)

„A v podstatě, ať už se potom děje cokoliv, tak trauma vznikne hodně, hodně rychle... Ve chvíli, kdy má žena pocit, že někdo jedná za ní, že se s jejím tělem se nějak nakládá a ona to nemá pod kontrolou. Takže minimálně dula může být někdo, kdo ženě řekne: ‚Hele, teď se děje tohle, teď je třeba udělat tohle...‘“ (Kateřina)

„A je hrozně důležité, aby porod proběhl – nechci říct úplně přirozeně, ale tak nějak spokojeně. Protože když to tak není, máte tu následky v šestinedělí a žena si to prostě nese. A potřebuje to sdílet, to sdílení je hrozně ozdravné. Že kolikrát prostě řeknou: ‚Ježiš, já jsem to řekla a teď je mi mnohem líp...‘ Ale prostě je tam pořád takové to: ‚Proč? Proč se to stalo?‘ A ‚nevím‘... A ‚neřekli mi‘... (Kristýna)

„(...) Dobrý porod by byl v souladu s tím, co žena chce. A to nemusí být vždy v souladu s tím, co si myslela před porodem; to se může změnit i v průběhu porodu. Ale že to je v souladu s tím, co ona si přeje. (...) Co pro ně zůstává traumatické, je to, že byly nucené k něčemu, že chtěly jinak, ale nemohly. A nebyl jim dán ani prostor, nebylo jim to vysvětleno... (Markéta)

„Já mám pocit, že jsem si musela projít těmi sto padesáti porody, abych vlastně pochopila, o čem porod je a kolik různých porodů může být... Protože co žena, to jiný porod, jiná situace, jiné miminko. Vždycky je to jiné. (...) A když potom s tou ženou probírám to porodní trauma... Tak já vím, jestli to, co se jí dělo, bylo v pořádku, nebo ne... (...) Ale psycholog vám tohle říct nemůže, protože tu zkušenost nemá.“ (Lenka)

### 6.9.6 Šestinedělí jako temná noc duše

Období šestinedělí je z perspektivy pohledu dula velmi dynamickým obdobím; tedy obdobím psychické a fyzické křehkosti, obdobím „otevírání bran mezi rodičem a dítětem“ (Markéta), obdobím, ve kterém rodič potřebuje významnou míru péče, času k hojení a sdílení s nejbližšími lidmi. Je také obdobím, které je v duli perspektivně zanedbávané nejen porodnickým systémem, ale i společenskými nepsanými pravidly, které pozitivní prožívání šestinedělí ztěžují. Je přitom důležité mít na paměti, že služby duly jsou primárně žádány k šestinedělím nefunkčním.

Témata, která byla akcentována napříč všemi realizovanými rozhovory, se týkala prožívané samoty, nejistoty, důležitosti sdílení a odklonu od výkonu.

„Člověk si v šestinedělí tak nějak prochází velmi temným obdobím. Říká se tomu temná noc duše... (...) A ta žena si tímhle prochází, má tam deprivaci spánku... A má tam strach o to dítě, aby ho nakojila, aby všechno dělala dobře... (...) Dneska jsme na to sami a jsme prostě oddělení. A pro ty ženy je to prostě těžké. Ten manžel tam je, ten manžel se stará, on to samozřejmě zabezpečuje... (...) Ale ona tam potřebuje někoho, kdo přijde s takovou tou jistotou a tím nadhledem: „To zvládneš, jen si tím musíš projít.““ (Lenka)

„(...) Takže myslím, že tohle tady chybí.... Ta možnost, že o ženu bude v šestinedělí pečovat někdo, koho ona zná a komu důvěřuje. Tohle je člověk třeba jako dula, která tohle může zastat. (...) Bylo by užitečné, kdyby ta žena věděla, že se jí život opravdu obrátí o sto osmdesát stupňů. Že se bude chvílemi cítit hodně blbě, že chvílemi může plakat, že to je normální, že to je v pořádku, že se takhle cítí. Že si to nemusí vyčítat, že třeba nerozumí svému miminku. Ale že je dobré mít minimálně opravdu na telefonu někoho, komu důvěřuji.“ (Kateřina)

„Tak jednak jsem zjistila, že období po porodu je tak křehké... Ta žena je tak křehká, že v tom období ještě hledat pomoc, je pro ještě náročnější... A pouštět si k sobě úplně cizího člověka je taky takový lehce protimluv. Že ideál by bylo mít někoho už v období těhotenství, který je s ní u porodu a potom i po porodu. Že je to člověk, který jí provede.“ (Markéta)

„(...) A teď samozřejmě ta žena je fyzicky zraněná. Ten porod, ať probíhal jakkoliv, ji nechá fyzicky zraněnou. Takže ta žena není fyzicky zahojená, emocionálně zahojená... Může tam být klidně nějaké porodní trauma. Teď tady stres z toho, že vlastně nevím, co to miminko chce. (...) A ona má pocit, že musí přijít domů z porodnice a všechno zvládat. Musí mít doma krásně uklizeno, musí mít uvařeno, že nemusí dělat všechno jako před porodem. A vlastně tenhle tlak je to totální nesmysl.“ (Markéta)

### 6.9.7 Tlak na výkon v období šestinedělí

Markéta v poslední citaci zmínila pocíťovaný tlak na výkon, kterého se dotýkají i další participantky:

„(...) Teď jsme tady sami a v šestinedělí už běháme se staršími dětmi do školky... A neumíme odpočívat. A potom se zas kupí ty následky. Pokles ženských orgánů, nízká stabilita pánevního dna, protože ty ženy zvedají věci... Starají se domácnost, jako kdyby se nic nedělo, jako kdyby v tom šestinedělí nebyly... (...) A společnost to bere tak, že se porodí dítě a jede se dál. Nic se neděje... Ale je potřeba o tu ženu pečovat.“ (Kristýna)

„Obecně mateřství je ohromně překvapivé a překvapující pro celou rodinu... A tím, že ta společnost je nastavená... Fakt strašně v té chlapské energii toho výkonu a těch peněz, té práce a toho dělání a soutěžení... (...) Mám pocit, že ženy jsou fakt strašně samy, že tak je to běžné v té společnosti. Takhle se to dělá už desetiletí, ale myslím si, nebo já to tak vnímám, v té mojí nějaké citlivosti, že ty ženy jsou vlastně strašně osamělé v tomhle.“ (Kateřina)

### 6.9.8 Problémy s vazbou a navázání vztahu k dítěti

Zásadní součástí šestinedělí je budování vztahu a vazby s dítětem, které dle výpovědí participantek nemusí být nutně samozřejmé:

„Spousta žen bojuje s tím, že má pocit, že to miminko nemiluje hned bezprostředně po porodu. A bojují s tím, protože to je věc, o které se moc nemluví, kterou se stydí říct a která je děsí. A mají pocit, že se to děje jenom jim, a neví, že je to běžná věc. A že chemicky to funguje na principu předávání oxytocinu v kontaktu kůže na kůži. (...) Že ten vztah se vlastně buduje, od toho je šestinedělí, aby to fungovalo. (...) Pro některou porodnici je to ve smyslu, že vám přinesou miminko kompletně umyté, zabalené a oblečené a dají vám ho na tělo. Ale to není kontakt kůže na kůži, to není to, o čem já mluvím.“ (Markéta)

„O mateřství i o těhotenství se říká, že budou zamilované a jak je to krásné, nejkrásnější období života... A ve chvíli, kdy se ta žena cítí jako psychicky fakt blbě, že se cítí fyzicky šileně,



že vlastně vůbec neví, jestli chce být máma, že si není jistá, jestli to dokáže, se o to dítě postarat... A má pocit, že když jí napadají tyhle věci, tak je nějaká jako rozbitá, protože přece to nejkrásnější období v životě.“ (Kateřina)

„Ona si podvědomě myslí: Tohle dítě mi způsobilo tu bolest, to, jak se cítím... (...) Nebo se ani o to dítě nechce starat... Ty maminky většinou řeknou sestřičkám: ‚Vemte si ho, já si potřebuju odpočinout, protože to dítě mi to způsobilo.‘ Ale ono to nezpůsobilo to dítě... Když to prostě jde přirozenou cestou, tak se potom vyplaví hormony a žena si miminko zamiluje. Kdežto když je tam ta chemie, tak k tomu nedochází. Takže určitě to, jak proběhl porod, potom to navazuje, jak bude vypadat kojení a jak bude vypadat vazba maminky s dítětem.“ (Lenka)

„Říkám: všichni se prostě vysvěčte, vlezte si do jedné postele, mazlete se, pospávejte, odpočívejte... I pro tu maminku fyzicky, že si taky může odpočinout. Protože i ty miminka tak nejlíp spí, v tom kontaktu. Protože to tak ta příroda vymyslela. (...) Miminka se rodí pořád stejně, ony nevědí, že my mezi tím tady máme postýlky, lehátka, skákátka, sto padesát druhů dudlíků. (...) A pro ně je ten fyzický kontakt klíčový, protože potřebují mít jistotu, že nejsou opuštěné.“ (Markéta)

### 6.9.9 Očekávání a realita raného rodičovství

Kateřina v citaci předchozí kapitoly zmínila problém očekávání raného mateřství coby krásného období, během kterého se bezprostředně po porodu zamilujeme do dítěte: jeho komplikované či negativní prožívání proto může být doprovázeno pocity viny, selhání či studu. Téma očekávání a reality raného rodičovství také souvisí s vlivem našeho bezprostředního okolí, nejbližší rodiny, přátel a v konečném důsledku i celospolečenskému narativu, který kolem „automatického“ a přirozeného přijetí a vykonávání rodičovské role panuje.

„Já se na to snažím na to připravit. Mám takové půlhodinové povídání o tom, co to obnáší... Vždycky říkám, že to si nedovedou představit, jak se jim obrovsky změní život. Snažím se jim to jako připodobnit k tomu, že dvacet čtyři sedm po vás neustále někdo něco chce.“ (Lenka)

„Co my vidíme? Vidíme šťastné rodiče, kteří uloží to miminko do postýlky. Zapnou mu kolotoč, miminko dvakrát zamrká, usne a rodiče si jdou vedle do pokoje vypít skleničku vína. A to si představujeme, že takhle to má vypadat. A pak tam prostě pobíhá maminka, která ve čtyři odpoledne zjistila, že si ještě od rána nevyčistila zuby a je pořád v noční košili a skáče kolem miminka a jenom ho má prostě na sobě... A ona neví, že tohle je normální... Nemám ráda slovo

normální... Že to je běžný šestinedělí. Protože ona to srovnává s tímhle obrázkem. A ona má pocit, že selhala, že to nezvládá.“ (Markéta)

#### 6.9.10 Společenský vliv na rané rodičovství

„Ony jsou nejisté... A pak přijde maminka nebo tchyně, které vyrůstaly v jiné generaci... A začnou říkat věci, které je potřeba odnaučit, které nejsou pravda... Že to miminko rozmazlí, když ho budou nosit... A ono přece jenom, je to jejich matka, tak zase znejistí.... Jo – kolikrát se prostě nechají: ‚Proboha, já to dělám špatně, já jsem hrozná, nic neumím...‘“ (Kristýna)

„(...) Prochází těmi obrovskými změnami, jak fyzickými, tak psychickými. A teď se sžívá s tím děťátkem. Někdy ta podpora, které se jí dostává, není úplně taková, jakou by potřebovala. Málo lidí se ptá ženy, jak se cítí, co by potřebovala, co by si přála.... Ale obvykle jsou to takové rady jako nevyžádané, často zvenčí: ‚Tohle by si měla, tohle děláš blbě, takhle si ho rozmazlíš... A já jsem to dělala takhle...‘ Vnímám obecně jako celospolečensky, že se strašně málo zajímáme o druhého člověka. Nebo to je můj nějaký omezený pohled na tu věc a myslím si, že ty těhotné na to doplácují...“ (Kateřina)

„Takže já se jim to snažím vysvětlovat, jak to vlastně funguje z pohledu toho miminka. A někdy to taky nejde, ale spousta z nich se úplně rozsvítí – někdy jsou u toho i ty tatínci... A to jejich pochopení... (...) I se setkávám s tím, že mají výčitky... (...) Většinou mám pocit, že se trefuji do něčeho, co na nějaké úrovni instinktu vědí, ale prostě ta civilizace, ty tlaky, ty kamarádky, ty rodiče – všichni jim říkají – ‚ne, nemůžete, musíte...‘“ (Markéta)

#### 6.9.11 Kontinuální dulí podpora jako cesta k jistějšímu rodičovství

Významné téma podpory a její funkce se z principu této práce objevuje napříč všemi rozhovory. V tematické analýze této práce se přitom ukazuje až emancipační potenciál dulí podpory: tedy nejde „pouze“ o rozmanité formy poskytované péče, hojivý efekt sdílení, přítomnosti a průvodcovství zkušené dule. Participantky této výzkumné sondy své klienty vedou k jejich vlastní autonomii a ke konkrétním možnostem, jak přizpůsobit porod a postnatální období svým přáním a potřebám.

„Já dané ženě neslibuji hory doly, já jí řeknu: ‚Já tam s tebou budu, já tě budu masírovat. Já ti řeknu, co udělat, aby tě to tolik nebolelo nebo aby se to urychlilo. Ale neumím zázraky a to dítě neporodím za tebe.‘ Což je zajímavé, spousta žen si myslí, že když tam s ní jde dula, tak že snad ta dula to za ní porodí. Nebo že to bude nějaké jiné nebo lepší, nebo že si tou bolestí tolik neprojde...“

Tak to má hodně žen nastavené... Že to s vámi někdo bude sdílet tu bolest, což tak sice je, ale nakonec musí poradit sama žena.“ (Lenka)

„(...) Když jí dám ten čas a navrhnu jí ty možnosti, které má, co může zkusit ještě... Když vidím ten růst, jak ta žena sama vyrostle potom tím procesem... Tak takový každý drobný úspěch je pro mě radost.“ (Kateřina)

„Mně se často děje, že při první návštěvě může být maminka úplně vystresovaná, ptá se na všechno sto padesátkrát, desetkrát se rozbrečí... A pak později tam sedí a vidím sebevědomou ženu, která mi to miminko ani nechce půjčit.“ (Markéta)

### 6.9.12 Systémové poškozování kojení

Bohatým tématem je problematika kojení, které tvoří jednu z nejvýznamnějších složek duševní práce a podpory. Duševní edukace, příprava nebo náprava procesu kojení je neoddelitelně spojená s podporou vztahu mezi dítětem a rodičem a prožíváním postnatálního období. Téma kojení a jeho poškozování systémem českého porodnictví zaznívalo ve všech výpovědích tohoto výzkumného šetření:

„V oblasti porodnictví nebo v gynekologii je spousta věcí, který se předávají těm ženám... (...) Třeba oddělení šestinedělí, co se říká na odděleních šestinedělí... Tím se páchá takové zlo, že to je úplně neuvěřitelné. Jakým způsobem instruují ženy, aby kojily nebo nekojily. To je prostě čisté zlo... Z toho jsou pak tak strašné problémy, že já vůbec nechápu, jak je možné, že se tohle pořád děje. (...) Jak je možné, že se tady předávají informace, které jsou prostě zcela nepravdivé a které úplně podřívají to všechno, na čem ty ženy můžou stavět. Protože kojení je úplný základ vztahu s tím dítětem. A ty jdeš k té autoritě a ona ti řekne něco, co prostě vůbec nefunguje.“ (Johana)

„(...) Skrze moje vlastní potíže, které jsem měla po svém prvním porodu s kojením, tak jsem si udělala vzdělání od slovenské Mamily, abych to pochopila. Protože mi nestačily argumenty: ‚Máte prostě divný prsa a vaše miminko má divnou pusinku.‘ A já tomu potřebovala přijít na kloub. Takže jsem to hledala, udělala jsem si to vzdělání o kojení, zjistila jsem, co bylo špatně. A v jednu chvíli se to překlápilo do toho, že jsem měla pocit, že by tohle měly vědět i další ženy, že to je vlastně ve své podstatě hodně jednoduché, ten princip toho kojení. A kojit dobře, anebo kojit s potížemi.“ (Kateřina)

„Tak ty ženy se dostanou na oddělení šestinedělí, kde to pořád funguje, jako to fungovalo před třiceti lety. Akorát místo toho, že jim ty děti vozí na to kojení co tři hodiny, tak jim to jenom

řeknou, že mají kojít tři hodiny. A dostávají rady, které poškozují kojení jako takové, jako proces. Takže velká spousta žen přichází z těch porodnic úplně rozhozených, že nejsou schopné se o svoje dítě postarat, protože ho nedokážou nakrmit. Protože nějakým způsobem to kojení nefunguje. A tohle je pro tu jejich psychiku ohromný balvan.“ (Markéta)

### 6.9.13 Komunikace s porodním týmem

Dalším významným aspektem dultí podpory je její role a fungování v rámci porodnického systému, konkrétně pak vně porodního zdravotnického týmu. Již bylo zmíněno, že dula za své klienty nerozhoduje či nepřebírá odpovědnost. Na porodním sále nicméně může fungovat jako zprostředkovatel komunikace mezi zdravotníky a rodící osobou. V kapitole č. 6.9.1. zmiňují duly porodní trauma v přímé souvislosti s pocíťovanou bezbranností vůči rozhodnutí zdravotníků a nepochopením situace. Usnadnění komunikace pak také přispívá k fungování rodiče coby aktivního činitele vlastního porodu:

„(...) Když ta žena úplně neví, co jí říkají, tak jí to přeložím do té normální řeči... (...) Nechávám na té ženě vždycky výběr, vždycky jí řeknu: ‚Máš tuhle možnost, máš tuhle možnost... A musíš se rozhodnout sama.‘ Tohle jí ti doktoři úplně neřeknou, ty pro a proti. A ona má pocit, že když tam má někoho, kdo jí to vysvětlí, kdo to s ní myslí dobře, což jsem vlastně já... Takže to spíš ode mě vezme, takže občas i pomáhám tomu personálu. Aby se ta informace k té klientce dostala.“ (Lenka)

„(...) Tak ony nechají zdravotníky odejít a ptají se mě, co to jako říkali. Tak tohle je taky něco, co třeba dopředu říkám: Ptejte se. Když nerozumíte, zeptejte se jich, já vám to nevysvětlím tak dobře, jako oni. Já vám můžu říct, jaký na to mám názor já, ale když nerozumíte, zeptejte se jich. Protože oni jsou ti, kdo tomu rozumí a kdo vám to může vysvětlit. A to můžu dělat i během toho porodu a nabádat je... (...) Protože často jsou ty ženy, nebo i ti muži jako paralyzovaní, protože ta situace je extrémní. A vidím jim třeba na očích, že vůbec nic nepochopili.“ (Johana)

„Pro personál je to často – neříkám, že je to špatně – prostě rutina. Mají třeba tři čtyři porody za směnu. A další den zase. Kdežto pro tu rodinu, začínající, pro ty rodiče nastávající a rodící se je to vlastně jeden z nejdůležitějších okamžiků života. A v tomhle je ten rozdíl. Že ten personál to takhle nevnímá.“

„Což já chápu, že pro ně to je jako: ‚Je to hezký, že se vám narodí miminko, ale my jich tady vidíme za rok tři sta.‘ Takže apriori je nepodezřívám z toho, že ten personál chce někoho poškodit nebo prostě být ignorantský z principu, ale prostě je to pro ně práce. Chtějí to udělat, aby

to taky pro ně bylo co nejjednodušší, co si budeme povídat. Já to spíš beru tak, že moje role je obušovat ty hrany, aby tam nedocházelo ke zbytečným konfliktům. A vysvětluji to i těm rodičům dopředu, že se nebudu někde za ně bít, protože to moje role není.“ (Markéta)

## 6.10 Zodpovězení výzkumných otázek

- VO1: Jaká je profesní zkušenost duly s porodem?

V průběhu této práce jsme se několikrát dotkli hluboce zakořeněného problému vedení a řízení porodu. Stojí tak vedle sebe dva silné přístupy: porod vedený lékařsky a porod přirozený, který primárně duly podporují a na jehož průběh také své klienty připravují.<sup>2</sup>

Je to právě pozvolný průběh přirozeného porodu, který je ze zkušenosti participantek často v přímém rozporu s porodem lékařským. Duly přitom mohou fungovat jako významné pojítka mezi dvěma zdánlivě zcela vzdálenými světy. Na jedné straně je to přístup přirozeného porodu, který vychází z principu porodu jako jiného zdravotního stavu, nikoliv nemoci. Na druhé straně je to svět pokrokové medicíny, jejímž primárním cílem je ochrana a prevence ohrožení lidského života. Jejich vzájemná spolupráce je dle výsledků této výzkumné sondy a dalších výzkumných závěrů žádoucí (Kozhimannil et al., 2013, Gruber et al., 2013; Thurston et al., 2019; Sobczak et al., 2023). Zároveň se nabízí předpoklad, že tato spolupráce může podpořit postupný vývoj porodnictví k takovému systému, mezi jehož priority patří i ochrana duševního zdraví a psychického stavu dítěte i rodiče.

Ve všeobecném měřítku duly tohoto výzkumného šetření nepovažují přirozený porod za alfu a omegu „správného“ přístupu k porodu. Za dobrý porod považují takový porod, o jehož průběhu mohou rodiče svobodně a informovaně rozhodovat: tedy že nejsou jeho pasivními a bezbrannými účastníky.

„Protože když si žena prožije ten přirozený porod; on může být delší, ale tak jako postupně jemně graduje, a to tělo si na tu bolest zvyká. A ty hormony potlačují tu bolest a vlastně celý ten proces je takový pozvolný... Kdežto když se do porodu začne zasahovat, tak je to úplně srážka, fyzicky ohromná bolest. Ale je to za vámi rychle.“ (Lenka)

„Ideální porod probíhá tak, že všechny kaskády těch hormonálních procesů na sebe navazují, a to může probíhat jenom vlastně bez vyrušování z toho bezpečného prostředí. Protože pokud ty hormony jdou po sobě tak, jak mají, tak to všechno plyne a řídí to to miminko.“ (Markéta)

---

<sup>2</sup> (Pokud klientská zakázka nestojí jinak, například doprovod k císařskému řezu, doprovod k potratu dítěte, či podpora po smrti novorozence.)

„Takové to propichování plodových vaků je taky fyziologické, ten porod to možná uspíší, ale o to je bolestivější a pak může dojít ke komplikacím... Až k tomu císařskému řezu. Jenže tohle porodníci nepřiznají... A proč je vlastně tolik mužů porodníků? Protože to je chirurgický obor. Takže tam chtějí fungovat nějak asi mechanicky a ten porod prostě řídit.“ (Kristýna)

„Ale pořád – to, že v porodnicích jsou tabulky na to, jak rychle ten porod musí postupovat. To je něco, co ta porodní asistentka nemůže ovlivnit. Ale to je porodnické násilí, protože ten systém nemůže zkrotit porod.“ (Johana)

## VO2: Jaká je profesní zkušenost duly s šestinedělím?

Z výpovědí participantek je zjevné, že systémová zdravotní péče v období šestinedělí je významně opomíjená. To také poměrně dobře ilustruje primární lékařský fokus na živé a zdravé dítě společně s rodičem: adekvátní podpora a péče za branami porodnice je tak zcela na iniciativě a informovanosti rodiče (samostatným tématem je pak problematika kojení, detailněji představená v podkapitole č. 6.9.12.) Zároveň nám tento problém nastavuje zajímavé zrcadlo moderní společnosti, resp. společenskému narativu a očekávání okolo raného rodičovství.

Duly své klienty podporují především v odpočinku, fyzickém i psychickém hojení a primárním zaměření na budování vztahu s dítětem. To je z jejich zkušenosti u klientů narušováno pocíťovaným vnitřním i vnějším (společenským) tlakem na výkon, snahou o naplňování veškerých každodenních povinností a úkolů na úkor vlastních psychických a fyzických potřeb.

Pozornost bezprostředního okolí je také zpravidla věnována primárně dítěti, a ne rodiči:

„(...) No, podle mě je to jednoznačně to šestinedělí, které je opravdu zanedbávané. Takže všichni... Dobře, pokud je žena těhotná, chodí na ty prohlídky... Pak je porod, narodí se to miminko a ta žena jde trošku do pozadí. A přijde rodina: ‚Jé, miminko‘ a nikdo se té ženy nezeptá, co by potřebovala... Nebo možná jo, ale spíš je to šestinedělí o tom miminku ... A ta žena jde hodně do pozadí a je to škoda.“ (Kristýna)

Na problematiku šestinedělí se z dulí perspektivy můžeme dívat ve dvou rovinách: v první je to apel na iniciativu a informovanost rodiče o možných podobách šestinedělí a jeho potenciálních úskalí. V druhé nám výpovědi dul představují obraz samoty a nepodpory šestinedělí, stojící naproti společenskému obrazu šťastného

a naplněného období života. Dulí perspektiva tak popisuje autentický obraz křehkého raného rodičovství a zároveň normalizuje široké spektrum jeho prožívání.

„No, takže to si myslím, že autentičnost toho, co ta žena prožívá, aby si to mohla dovolit připustit – že: ‚Jo, takhle se cítím, tohle prožívám, tohle prostě jsem já.‘ A aby měla blízké lidi kolem sebe, kteří by jí řekli: ‚Ale to je v pořádku, to se můžeš takhle cítit, to je důležitý, že to máš, že si to přiznáš... A pojď prostě – co potřebuješ? Máš na něco chuť? (...)‘ (Kateřina)

„A ono to zase přejde... Ona ta vlna – zase se to zvedne a zase jí bude lépe... Ale to neustálé potlačování pocitů a potřeb je prostě jako hrob.“ (Kateřina)

„Jsou tam ty hormonální výkyvy, ty ženy jsou citlivé. A někdy je to těžké i pro ty partnery, kteří mají představu, že ví, že ta žena je přecitlivělá, a myslí si, že až porodí – takové to: ‚Teď už budeš normální.‘ A ono je to ještě mnohem větší jízda (smích).“ (Markéta)

#### 4. VO3: Jaký význam nese dulí podpora u porodu a v období šestinedělí?

Ve snaze o porozumění významu kontinuální dulí podpory můžeme dle výpovědí participantek vycházet ze dvou základních východisek. V prvním je to primárně podpůrný vztah klienta s doulou, ve kterém je o rodiče pečováno dle jeho individuálních potřeb a přání. Zároveň se stále jedná o profesionální vztah, který je na rozdíl od náhodně přiřazené směny porodního týmu unikátní pro svou kontinuitu a důvěrnost:

„(...) V tu chvíli mi najednou přišlo, že tam můžu být jenom – v uvozovkách – ta dula... Je neskutečný luxus, protože já tam můžu být jenom pro tu ženu a vlastně neřešit případnou patologii nebo papírování. Protože ono to je strašně náročné dělat zdravotníka v porodnictví. Prostě je.“ (Johana)

Spolupráce s doulou je tak specificky jednoduchá v tom, že ze své podstaty neplní jinou než primárně podporující funkci (na rozdíl od podpory partnerské či limitované podpory zdravotníka vně systému porodnice.):

„Takže to vidím z té své pozice, jak je to samozřejmě užitečné, když si ta žena přizve někoho, kdo těch porodů viděl už třeba nemálo... Nebo sice začíná, ale má ty informace, je to nestranný člověk. Není emočně namočený v příběhu té rodiny. Jako doprovod tam je partner, což už je běžná věc, že tam chodí... Ale zároveň je to často jeho první nebo druhá zkušenost, je tam

nějaká nervozita, je tam i strach do nějaké míry, o tu ženu, o to miminko... Je to prostě neznámé prostředí.“

Vztah duly a klienta je v neposlední řadě postavený na hojivé funkci sdílení – nejen ve smyslu sdílení prožívání klienta, ale také například společné reflexe proběhlého porodu. Duly ve výpovědích často zmiňují, že základním stavebním kamenem jejich práce je prosté spolubytí s klientem, ve kterém pak svou péčí přizpůsobují aktuálním potřebám a přáním klienta.

Druhým východiskem duli podpory je její vzdělávací funkce: dula není „pouze“ vztyčným bodem péče a porozumění. Svým klientům poskytují konkrétní a transparentní informace o možném průběhu porodu a šestinedělí. V přípravě na porod a postnatální období jsou schopny předat základy principů kojení a péče o miminko, spolupracují i s partnerem těhotné či rodičí osoby.

V konečném důsledku tak jejich podpora může plnit primárně preventivní funkci. Tato prevence může mít například podobu zprostředkování komunikace kolem porodu, podpory autonomie a rozhodovacích práv rodičí osoby či přímo prevence císařského řezu, poporodní deprese a úzkosti, což je opět v souladu s výzkumnými zjištěními (Hans et al., 2018; Falconi et al., 2022).

## **6.11 Diskuse**

Cílem výzkumného šetření byla deskripce profesionální žité zkušenosti duly s obdobími těhotenství, porodu a šestinedělí. Výsledky tohoto výzkumného šetření popisují nevyzpytatelnost porodu, úskalí prožívání a systémového zanedbávání šestinedělí, dále srovnávají společenský obraz raného rodičovství s jeho žitou realitou a v neposlední řadě představují emancipační význam duli podpory.

Necitlivé zacházení zdravotníků, nejistota v rodičovské roli, prožívaná samota a problémy s kojením jsou označovány za hlavní stresory v postnatálním období i dalšími studii (Negron, Martin, Almog, Balbierz & Howell 2012; Ayers, Crawley, Webb, Button & Thornton, 2019).

Ve shodě s dalšími studii je také deskripce participantek porodního traumatu, spojována především s pocitem bezmoci a neporozuměním, dysfunkční a hostilní interakcí se zdravotníky (Beck, 2004; Watson, White, Hall & Hewitt, 2021).

Participantky tohoto výzkumného šetření popisují systém porodní péče ve dvou rovinách: v první jej charakterizují jako pozvolna vyvíjející, společně s pestřejší



rodičovskou poptávkou. V druhé kriticky popisují mnohdy poškozující dopad zavedených zdravotnických rutin. Zároveň poukazují na problematiku nastavení systému, který omezuje samotné zdravotníky, významně ohrožené profesním vyhořením. Zajímavým námětem pro další výzkumné zkoumání by byla perspektiva pohledu zdravotnického personálu na perinatální a postnatální období.

Přednosti tohoto výzkumného šetření spočívají v autentické a tematicky velmi bohaté deskripci prožívání období těhotenství, porodu a šestinedělí. Tato bohatost je přitom jednoznačně podpořena zaujetím a smyslem, který duly ve výkonu svého povolání spatřují. Perspektiva porodní duly nabízí unikátní vhled do významně transformativního životního období a fungování porodnického systému.

V rámci tohoto výzkumného šetření se tak podařilo popsat určitá specifika prožívání porodu a problematiky jeho vedení. Zároveň výsledky přibližují obraz šestinedělí a konkrétních podob péče, které jsou v tomto období žádoucí.

V limitech tohoto výzkumného šetření narážíme na problém empiricky rovněž limitovaného kritického pohledu na profesi porodní duly. Citované studie v drtivé většině přiznávají pozitivní vliv duly na prožívání a průběh těhotenství, porodu a šestinedělí. Můžeme přitom předpokládat, že jakákoliv forma podpory je v těchto obdobích žádoucí. Dulí podpora nicméně nese výhodu nezdravotnické profese a klientského vztahu s nastávajícím rodičem. Dále je důležité brát v úvahu specifickou povahu spolupráce s doulou: duličích služeb využívají zpravidla prvorodiče a rodiče, kteří se snaží předejít předchozí negativní zkušenosti. Služby duly jsou tak často žádány tam, kde něco nefunguje, což ovlivňuje a také limituje výsledky tohoto šetření.

## 7 Závěr

Smyslem této práce je deskripce prožívání a událostí doprovázející vstup člověka na svět. Každý porod, byť zcela zanedbatelný v měřítku světové populace, znamená osudovou životní změnu. Každý další člověk se stává součástí našeho světa, sdíleného v důvěrné blízkosti i anonymitě, a podle svého v něm také bude existovat.

V tomto smyslu tak můžeme na porod nahlížet jako na celospolečenskou událost: týká se každého z nás. Stručný historický rámec řízení porodu a současné otázky vedení moderního porodu nám připomínají, že některé problémy jsou stále citelně aktuální, navzdory vysoce pokrokové medicíně a kontinuální humanizaci porodnictví.

Gloria Steinem, novinářka a feministka, ve své práci neúnavně připomíná, že „Kontrola reprodukce a ženského těla je prvním krokem v každé hierarchii. Rovnost mezi muži a ženami, schopnost ovládat naše vlastní těla, je počátkem demokracie“ (Steinem, n.d.). Zdravotní systém přitom nemůže zkrotit porod, jak zaznívá ve výpovědích participantek této práce. Pokud se o to pokouší nebo tak přímo učiní, důsledky toho jednání se neomezují pouze na rodiče s dítětem; jak naznačují empirické studie či výpovědi této práce, mají mnohem širší následky. Vracíme se tak k chápání porodu jako k události, která zasahuje celou naši společnost.

Na svět přicházíme sami a sami z něj odcházíme. Během těhotenství, porodu a postnatálního období se intenzivně setkáváme s naším lidstvím: s jeho samotným počátkem i zánikem. To ze své podstaty nemůžeme řídit ani kontrolovat. Naše lidství je přitom universálně sdílené, identicky naprogramované, zároveň ovšem specificky a unikátně subjektivní. Pohled do historie nám přitom poskytuje vypovídající obraz důsledků násilného řízení člověka; ať už podmínek jeho zrození, nebo existence. Dulí podpora a svědectví tak naznačuje, že skutečně smysluplné je svobodné, důvěrné přibližování se k tomu, co je pro nás v naší subjektivní jedinečnosti přirozené. Zároveň nám připomíná esenciální význam podpory tam, kde je samota doslova bolestně nevyhnutelná.

## Seznam použité literatury

Acquaye, S. N. & Spatz, D. L. (2021). „An Integrative Review: The Role of the Doula in Breastfeeding Initiation and Duration“. *Journal of Perinatal Education*, 30(1), 29–47.

<https://doi.org/10.1891/j-pe-d-20-00037>

Assmann, B. (2021). *Traces of the Invisible World of Becoming – Epigenetics as a Molecular Correlate of Prenatal Psychology*. In K. Evertz, R. Linder & L. Janus (eds.). *Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology*. Springer.

Auhagen-Stephanos, U. (2021). „Mother-Embryo-Dialogue (M-E-D)“. In K. Evertz, R. Linder & L. Janus (eds.). *Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology*. Springer.

Ayers, S., Crawley, R., Webb, R., Button, S. & Thornton, A. (2019). „What Are Women Stressed about After Birth?“. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 46(4), 678–685.

<https://doi.org/10.1111/birt.12455>

Beck, C. T. (2004). „Birth Trauma“. *Nursing Research*, 53(1), 28–35.

<https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>

Beck, C. T. (2009). „Birth Trauma and Its Sequelae“. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(2), 189–203. <https://doi.org/10.1080/15299730802624528>

Berne, E. (1970). *Jak si lidé hrají*. Svoboda.

Bittner, P. & Khazalová, G. (2020). „Emancipace rodinné jednotky“. In kolektiv autorů. *Budoucnost*. IDEA.

Braun, V. & Clarke, V. (2006a). „Using Thematic Analysis in Psychology“. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Darvill, R., Skirton, H. & Farrand, P. (2010b). „Psychological Factors That Impact on Women’s Experiences of First-Time Motherhood: a Qualitative Study of the Transition.“ *Midwifery*, 26(3), 357–366. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.006>

*Desatero PPP – Přirozený porod v porodnici*. (n.d.). Přirozený porod v porodnici. <http://www.prirozenyporodvporodnici.cz/desatero-ppp-prirozeny-porod-v-porodnici/#.ZAd0xuzMIch>

- Dias, B. & Ressler, K. J. (2013). „Parental Olfactory Experience Influences Behavior and Neural Structure in Subsequent Generations.“ *Nature Neuroscience*, 17(1), 89–96.  
<https://doi.org/10.1038/nn.3594>
- Doležal, A. (2001). *Od babictví k porodnictví*. Karolinum.
- Erikson, E. (1963<sup>2</sup>). *Youth: Change & Challenge*. Basic Books.
- FAQ — Gloria Steinem. (n.d.). Gloria Steinem. <http://www.gloriasteinem.com/faqpage-2>
- Falconi, A., Bromfield, S. G., Tang, T., Malloy, D., Blanco, D., Disciglio, R. S. & Winnie, R. (2022). „Doula Care Across the Maternity Care Continuum and Impact on Maternal Health: Evaluation of Doula Programs Across Three States Using Propensity Score Matching.“ *EClinicalMedicine*, 50, 101531. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101531>
- Fedor-Freybergh, P. G. (2015). „Předmluva“. In L. Takács, D. Sobotková & L. Šulová (eds.). *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Grada.
- Fedor-Freybergh, P. G. (2021). „Continuity and Dialogue“. In K. Evertz, R. Linder & L. Janus (eds.). *Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology*. Springer.
- Gilliland, A. L. (2011). „After Praise and Encouragement: Emotional Support Strategies Used by Birth Doulas in the USA and Canada.“ *Midwifery*, 27(4), 525–531.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.04.006>
- Goffman, E. (1983). *The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address*. *American Sociological Review*, 48(1), 1.  
<https://doi.org/10.2307/2095141>
- Green, J. & Hotelling, B. A. (2014). „Healthy Birth Practice #3: Bring a Loved One, Friend, or Doula for Continuous Support“. *Journal of Perinatal Education*, 23(4), 194–197. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.194>
- Gruber, K. J., Cupito, S. & Dobson, C. F. (2013). „Impact of Doulas on Healthy Birth Outcomes“. *Journal of Perinatal Education*, 22(1), 49–58. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.1.49>
- Hans, S. L., Edwards, R. C. & Zhang, Y. (2018). „Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health“. *Maternal and Child Health Journal*, 22(S1), 105–113. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2537-7>

- Harris, R. & Ayers, S. (2012). „What Makes Labour and Birth Traumatic? A Survey of Intrapartum ‘Hotspots’“. *Psychology & Health*, 27(10), 1166–1177.  
<https://doi.org/10.1080/08870446.2011.649755>
- Hodnett, R. E. D. & Osborn, R. (1989). „A Randomized Trial of the Effects of Monitrice Support during Labor: Mothers’ Views Two to Four Weeks Postpartum“. *Birth-issues in Perinatal Care*. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1989.tb00893.x>
- Hypnoporod. (n.d.) *Jemné zrození*. <https://jemnezrozeni.cz/hypnoporod/>
- Jedličková, V. (2019). „Jsou domácí porody legální?“ Věra Jedličková: Advokátka.  
<https://verajedlickova.cz/2019/05/05/jsou-domaci-porody-legalni/>
- Klaus, M. & Kennell, J. (1997). „The Doula: An Essential Ingredient of Childbirth Rediscovered“. *Acta Paediatrica*, 86(10), 1034–1036. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1997.tb14800.x>
- Knight, Bunch, Patel, Shakespeare, Kotnis, Kenyon & Kurinczuk. (2022, November). *Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018-20*. NPEU SHEER. <https://www.npeu.ox.ac.uk/mbrace-uk/reports>
- Kodyšová, E. (2014). „Proč jsou některé ženy nespokojené: psychologické a biologické koreláty percepce sociální opory při porodu“. *Psychosom*, 13(1), 25–34.
- Kozhimannil, K. B., Hardeman, R. R., Attanasio, L. B., Blauer-Peterson, C. & O’Brien, M. (2013). „Doula Care, Birth Outcomes, and Costs Among Medicaid Beneficiaries“. *American Journal of Public Health*, 103(4), e113–e121.  
<https://doi.org/10.2105/ajph.2012.301201>
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2011). *Vývojová psychologie*. 2006.
- Loscalzo, J. & Handy, D. E. (2014). „Epigenetic Modifications: Basic Mechanisms and Role in Cardiovascular Disease (2013 Grover Conference Series)“. *Pulmonary Circulation*, 4(2), 169–174. <https://doi.org/10.1086/675979>
- MacDorman, M. F., Thoma, M. E., Declercq, E. & Howell, E. A. (2021). „Racial and Ethnic Disparities in Maternal Mortality in the United States Using Enhanced Vital Records, 2016–2017“. *American Journal of Public Health*, 111(9), 1673–1681.  
<https://doi.org/10.2105/ajph.2021.306375>

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A. & Howell, E. A. (2012). „Social Support During the Postpartum Period: Mothers’ Views on Needs, Expectations, and Mobilization of Support.“ *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 616–623.

<https://doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4>

Navrátilová, A. (2004). *Narození a smrt v české lidové kultuře*. Vyšehrad.

Neel, K., Goldman, R. E., Marte, D., Bello, G. & Nothnagle, M. (2019). „Hospital-based Maternity Care Practitioners’ Perceptions of Doulas.“ *Birth-issues in Perinatal Care*, 46(2), 355–361. <https://doi.org/10.1111/birt.12420>

*O centru porodní asistence*. (n.d.). Fakultní Nemocnice Bulovka.

<https://bulovka.cz/kliniky-a-oddeleni/centrum-porodni-asistence>

*Přirozený porod*. (n.d.). Porodní Dům U Čápa.

<https://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html>

Příručka pro těhotné ženy. (n.d.). *Liga lidských práv*.

<https://llp.cz/blog/category/publikace/prirucka-pro-tehotne-zeny>

Rolls, E. T. (2019b). „The Orbitofrontal Cortex and Emotion in Health and Disease, Including Depression.“ *Neuropsychologia*, 128, 14–43.

<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.09.021>

Roztočil, A. (2017<sup>2</sup>). *Moderní porodnictví*. Grada Publishing.

Rutová, K. (2005). *Antropologie porodu* [Diplomová práce]. Masarykova univerzita.

Sobczak, A., Taylor, L., Solomon, S., Ho, J., Kemper, S., Phillips, B., Jacobson, K., Castellano, C., Ring, A., Castellano, B. & Jacobs, R. J. (2023). „The Effect of Doulas on Maternal and Birth Outcomes: A Scoping Review.“ *Cureus*.

<https://doi.org/10.7759/cureus.39451>

Švaříček, R. & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.

Takács, L., Sobotková, D. & Šulová, L. (eds.). (2015). *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Grada.

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

Thurston, L., Abrams, D., Dreher, A., Ostrowski, S. R. & Wright, J. C. (2019b).

„Improving Birth and Breastfeeding Outcomes Among Low Resource Women in Alabama

by Including Doulas in the Interprofessional Birth Care Team.“ *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 17, 100278.

<https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100278>

Válová, I. (2021). „Analýza: Porodit dítě doma s asistencí je stále nelegální, některé matky proto raději rodí samy“. Česká justice. <https://www.ceska-justice.cz/2021/12/analyza-porodit-dite-doma-s-asistenci-je-stale-nelegalni-nektere-matky-proto-radeji-rodí-samy>

Verdult, R. (2021). „Prenatal Roots of Attachment“. In K. Evertz, R. Linder & L. Janus (eds.). *Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology*. Springer.

Watson, K., White, C., Hall, H. & Hewitt, A. (2021). „Women’s Experiences of Birth Trauma: A Scoping Review.“ *Women and Birth*, 34(5), 417–424.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>

# **Příloha 1**

## **Informovaný souhlas**

Byla jste požádána o rozhovor k realizaci kvalitativního výzkumu řešitelkou Magdalenou Antonovou. Výzkumné šetření probíhá v rámci bakalářského studia psychologie na Pražské vysoké škole psychosociálních studií.

Jeho cílem je zmapování subjektivního vnímání prenatálního, perinatálního a postnatálního období porodními dulami.

Průběh rozhovoru bude nahráván na digitální diktafon, následně přepsán a výstupná data použita výhradně pro účely výzkumného šetření. Délka rozhovoru je odhadovaná zhruba na jednu hodinu.

Vaše účast a spolupráce na tomto rozhovoru je dobrovolná a nenesete žádná rizika. Veškeré osobní údaje jsou po dohodě řešitelky s participantem anonymizovány. Spolupráci můžete kdykoliv ukončit a odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku. Vaše vystoupení z výzkumného šetření pro vás neponese žádné negativní následky.

Bakalářská práce bude po dokončení veřejně dostupná v knihovně Pražské vysoké školy psychosociálních studií a na jejích internetových stránkách. Řešitelka se zároveň zavazuje k zaslání hotové bakalářské práce v digitální podobě všem participantům.

Svým podpisem zde souhlasíte se svou účastí na tomto projektu. Jedna kopie tohoto formuláře náleží Vám.

Jméno participanta:

Podpis:

Magdalena Antonová (řešitelka výzkumného projektu):

Podpis:



## Příloha 2

### Ukázka kódování (Pracovní témata jednotlivých rozhovorů)

#### Témata: Rozhovor č. 1., Markéta

##### 1. Přecitlivělost a nejistota matky v období šestinedělí („Co miminko chce?“)

A teď samozřejmě ta žena je fyzicky zraněná. Ten porod, ať probíhal jakkoliv, ji nechá fyzicky zraněnou. Takže ta žena není fyzicky zahojená, emocionálně zahojená... Často tam klidně může být nějaké porodní trauma. Teď je tady navíc stres z toho, že vlastně nevím, co to miminko chce.

##### 2. Sociální vliv na prenatální, perinatální a postnatální období („Ty naděláš!“)

Většinou mám pocit, že se trefuju do něčeho, co na nějaké úrovni instinktu vědí, ale prostě civilizace, ty tlaky, ty kamarádky, ty rodiče – všichni jim říkají – „Ne, nemůžete, musíte...“ A vlastně s tím trochu bojují...

##### 3. Konkrétní mechanismy podpory doly (Nebýt na to sama.)

Protože když jsou v porodnici, tak se personál neustále střídá. A ony si s sebou berou někoho, koho už dopředu znají a kdo s nimi bude celou dobu. Tak pro mě asi to slovo je kontinuita.

##### 4. Přirozený porod v kontrastu s lékařsky vedeným porodem

Ideální porod probíhá tak, že všechny ty kaskády těch procesů hormonálních na sebe navazují; a to může probíhat jenom bez vyrušování z toho bezpečného prostředí. Protože pokud ty hormony jdou po sobě tak, jak mají, tak to všechno plyne a řídí to to miminko.

#### Témata: Rozhovor č. 2., Lenka

##### 1. Šestinedělí jako temná noc duše

Myslím si, že v šestinedělí si člověk prochází velmi temným obdobím. Říká se tomu temná noc duše... (...) A ta žena si tímhle prochází, má tam tu deprivaci spánku... A má tam ten strach o to dítě, aby ho nakojila, aby všechno dělala dobře...

##### 2. Představy o porodu a prožívání jeho reality („Já už to budu mít krásný.“)

A ten porod je takový živočišný a člověk tohle vůbec neví. Je tam strašně – s prominutím – bordel, je tam krev, plodová voda, kaká se tam, křičí... Ony si tam jdou pro ten pro ten krásný zážitek, takové ženy se teď objevují, hodně mladých, dvacetiletých maminek si tam

jde pro ten krásný zážitek. A potom jsou vlastně v šoku tady z té živočišnosti, té animálnosti... Takže o tom se myslím nemluví.

### **3. Přirozený porod**

Protože když si žena prožije ten přirozený porod; on může být delší, ale tak jako postupně jemně graduje, a to tělo si na tu bolest zvyká. A hormony potlačují bolest a vlastně celý ten proces je takový pozvolný... Kdežto když se do porodu začne zasahovat, tak je to naprostá srážka, fyzicky ohromná bolest... Ale je to za vámi rychle.

### **4. Vlastní vnímání profese porodní duly**

A já mám pocit, že jsem v tom našla svoje poslání. A že mi to i dávalo zpětně to, že to dělám jak pro ten svět, tak zároveň i pro sebe.

### **5. Konkrétní mechanismy podpory duly („Nastavování pole“)**

Jde o nastavování pole. My máme pocit, že u dulení musíme mít tenhle kurz a tenhle kurz, abychom věděli, co je co... Ale nakonec jsem zjistila, že jde jenom o to tam být s tou ženou. Zahlazovat případná nedorozumění s personálem... A vlastně být neustále optimistická, milá, usměvavá...

## **Témata: Rozhovor č. 3., Johana**

### **1. Mechanismy přirozeného porodu**

Ideálem je fyziologický porod; když to běží a nemusí do toho nikdo zasahovat.

### **2. Porodnické násilí**

Nebo v porodnici strašně často, když se to miminko rodí, začnou strkat ruce do vagíny ženy. A začnou tomu miminku jakoby vytvářet víc prostoru. A xkrát se mi stalo, že ta žena říkala: „Já to dítě porodím, ale nesmíte mi tam šahat.“ A ten doktor se na chvílku stáhne a vzápětí tam sáhne znovu. A ona říká: „Nešahejte mi tam, mně to je nepříjemný“ a on tam stejně sahá dál a dál. Kdyby na vás takhle sahal chlap v tramvaji, tak jdete na policii.

### **3. Konkrétní mechanismy podpory duly („Dula jako prodloužená ruka ženy“)**

Já tam přijdu, pozoruju a snažím se navnímat, jaká je atmosféra, co se tam děje, jak se ta žena cítí, jestli třeba po něčem pošilhává. Snažím se být taková její prodloužená ruka. Ani bych se jí neměla na nic ptát, měla bych prostě jenom pozorovat nebo nějak nacítit, co v danou chvíli potřebuje, a to jí pak dát. A tyhle věci se samozřejmě mohou opakovat. Zároveň každá žena je úplně jiná, takže někdo chce teplý obklad na záda, někdo studený na čelo... Někomu jenom pomůže, že tam prostě přijdu a že tam jsem – a jenom sedím v rohu a nic nedělám.

## **Témata: Rozhovor č. 4., Kateřina**

### **1. „Ženy jsou strašně samy“: Prožívání šestinedělí**

No, je strašně sama. Mám pocit, že ty ženy jsou fakt strašně samy, že tak je to ve společnosti běžné, nebo to tak alespoň vnímám.

### **2. Mít porod ve vlastních rukou**

Myslím si, že dobrý porod je takový, který má žena nějakým způsobem pod kontrolou. Ví, co se děje, ví, co se děje s jejím tělem, ví, co se děje s miminkem.

### **3. Konkrétní mechanismy dulí podpory (Podpora dle individuálních potřeb ženy)**

Podpora spočívá v tom opečovat ženu v podmínkách a situaci, v nichž se zrovna nachází; aby jimi prostě prošla bez velké ztráty. Primárně tam jsem samozřejmě pro tu ženu, takže mě zajímá, jak se cítí, jaké má potřeby, co jí vadí, co by si přála nebo nepřála. To jsou věci, na kterých stavíme.

### **4. Společenský tlak na výkon a jeho vliv na mateřství**

Obecně mateřství je ohromně jako překvapivé a překvapující pro celou rodinu. A tím, že společnost je strašně nastavená v té chlapské energii výkonu a peněz, práce, soutěžení a tak podobně.

## **Témata: Rozhovor č. 5., Kristýna**

### **1. Odpočinek a péče jako základní stavební kameny šestinedělí**

Je potřeba tu ženu opečovávat, aby ona mohla pečovat o miminko. Ona musí být v klidu, nabitá, odpočatá, aby mohla pečovat dál.

### **2. Konkrétní mechanismy dulí podpory**

Když někdy jako dula přijdu za rodinou, tak pokud si to daná žena přeje, můžu jí pomoci i s domácností. Poklidit, uvařit. Je super, když přijdeme na návštěvu a doneseme něco na zub, polívku. To hrozně potěší, protože maminky nemají ani čas se najíst. Takže třeba ve dvě odpoledne kolikrát zjistí, že jsou pořád v pyžamu nebo neumyté a že vlastně ještě ani nejedly. Takže životospráva jim prostě chybí. Ten svět se úplně změní. A proto je třeba mít někoho, o koho se můžete v šestinedělí opřít. Může to být manžel, ale většinou tuhle práci nestane a ženu úplně nepodpoří.

### **3. Moderní rodičovství a jeho podoby**

Myslím, že existuje víc vln. Řekněme moderní a alternativní. Jsou maminky, které si koupí super výbavičku a super pokojíček, super kočárek a super dudlíky... A to miminko má krásný pokojíček, ale je tam samo. Na druhé straně jsou ty alternativní maminky, co maminko od narození nosí a spí spolu v posteli. A těžko říct, co z toho je dobře.

#### **4. Systémové řízení porodu**

A proč je vlastně tolik mužů porodníků? Protože to je chirurgický obor. Takže tam chtějí fungovat asi nějak mechanicky fungovat a ten porod prostě řídit.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Magdalena Antonová

**Studijní program:** Psychologie

**Název práce:** Prenatální, perinatální a postnatální období v žité profesní zkušenosti porodních dul

**Vedoucí práce:** PhDr. Magdalena Kot'ová, PhD.

**Rok dokončení práce:** 2023

**Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)**

**Přímé citace:** 37 613

**Ostatní text:** 97 489

**Celkový počet znaků:** 126 489

**Počet pramenů a literatury:** 52

**Názvy souborů**

**Text práce ve formátu PDF:** BP\_antonova\_magdalena.pdf

**Text práce ve formátu DOC nebo DOCX:** BP\_antonova\_magdalena.docx

**Další soubory:** BP\_antonova\_magdalena\_rozhovory\_anonymnirezim.pdf

**Posudek vedoucí bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Mgr. Magdalena Antonová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Prenatální, perinatální a postnatální období v žité profesní zkušenosti porodních dul

Vedoucí práce: PhDr. Magdalena Koťová, PhD.

**Technické parametry práce:**

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 37 613

Ostatní text: 97 489

Celkový počet znaků: 126 489

Počet pramenů a literatury: 52

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

*Soutěž<sup>1</sup> ano?*

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

*Soutěž<sup>1</sup> ano?*

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

*Soutěž<sup>1</sup> ano?*

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

<sup>1</sup> Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvality v dané oblasti hodnocení.

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

X				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak by autorka téma dále rozvíjela, například v rámci výzkumu?

Celkové hodnocení práce (*klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi*):

Téma bakalářské práce považuji za velice zajímavé, oceňuji i jeho zpracování autorkou. Spolupráce s magistrou Antonovou byla vynikající, pečlivě konzultovala a zdá se mi, že práci skutečně věnovala hodně energie a úsilí, hodně času jsme strávily i diskusemi nad detaily, používáním jazyka atp. Domnívám se, že autorka se snažila pojednávaná témata promýšlet skutečně do hloubky a do důsledků a být takto důsledná i v jazyce. Oceňuji, že má autorka na téma vlastní názor, ale je schopná jej i kriticky nahlédnout.

Jazyk textu považuji za velmi kultivovaný, pouze výjimečně se vyskytne překlep či nepřesnost.

K textu mám dvě důležitější výhrady a několik marginálních.

První důležitější: delší pasáže textu jsou citovány z jednoho zdroje (např. str. 7 a jiné)

Druhá důležitější: některé zdroje jsou uváděny v rámci druhotné citace, tomu je lepší se vyhnout

Další, spíše marginální námitky či spíše doporučení:

U tématu nechtěných dětí lze uvádět i jiné zdroje, hodilo by se neopomenout Matějčka...

U některých témat v rámci empirické části by bylo fajn je vlastními slovy shrnout a okomentovat, uvést interpretaci – např. u subkapitoly 6.9.10 (i když ji autorka uvádí potom v závěrech práce).

V diskusi by bylo dobré popsat i další limity práce – malý vzorek participantek a z něho plynoucí limity zobecnitelnosti či například skutečnost, že participantek možná některé věci mohou nechávat nevyšlovené, zamlčené atp..

Co oceňuji:

Autorce se dle mého názoru daří poukázat na zajímavé proměny diskursu týkajícího se porodu a na jeho duchovní rozměr - text má na mnoha místech hloubku a je to úleva, číst pro změnu práci, v níž se autorka nad pojednávanými fenomény pokouší zamýšlet do hloubky významu a ne jen citovat učebnice (například u sociálních aspektů porodu a na mnoha jiných místech).

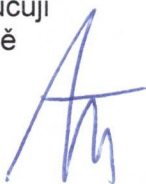
Roztomilá je aplikace Goffmanova interakčního řádu na téma porodu, potěšila mne.

V empirické části práce jsou dle mého názoru dobře stanoveny cíle empirické sondy, metody jsou adekvátní, a diskuse je velmi kvalitní. Výsledky empirické sondy považuji za zajímavé využitelné pro praxi (zejména oceňuji pohled na porod jako na proces otevírající dveře k transformaci).

S radostí práci doporučuji k obhajobě, autorce přeji mnoho zdaru a předem se omlouvám za svou nepřítomnost v komisi.

Doporučení k obhajobě: doporučuji  
Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 8.9. 2023

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized capital letter 'A' followed by a smaller capital letter 'M'.



**Posudek oponenta bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Mgr. Magdalena Antonová  
 Obor studia: Psychologie  
 Název práce: Prenatální, perinatální a postnatální období v žité profesní zkušenosti porodních dul  
 Oponent práce: Mgr. Barbara Kostelacová

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 62  
 Počet stránek příloh: 6  
 Počet titulů v seznamu literatury: 52

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

x				
---	--	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty apod.)

x				
---	--	--	--	--

1. Jaký přínos pro praxi má vaše práce?
2. Jakým způsobem byste postupovala v možném příštím výzkumu dané problematiky pro získání komplexnějších výsledků?

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka si pro svou bakalářskou práci zvolila společensky i odborně zajímavé téma, které je v souladu se studovaným oborem.

Teoretická část představuje myšlenkově provázaný celek, jednotlivé kapitoly na sebe logicky navazují a vytvářejí tak přehledný vstupní rámec pro praktickou část práce. Autorka teoretická východiska zpracovává z přiměřeného počtu zdrojů v odborné domácí i zahraniční literatuře, dokládá svou schopnost orientace v odborných pramenech a rovněž schopnost správného užití citací. Drobná výtka se vztahuje k užití pouze jednoho zdroje při výkladu jedné z klíčových teorií předkládané problematiky (kapitola 2.3).

Empirická část přináší pečlivě zpracovanou metodologii výzkumu kvalitativního designu. Autorka stanovila cíl výzkumu a formulovala výzkumné otázky, pro sběr dat zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů s pěti respondentkami a získaná data následně zpracovala pomocí tematické analýzy. Výsledky výzkumného šetření jsou přehledným způsobem představeny v tematických subkapitolách. Kapitola Diskuze přináší zamyšlení nad způsobem provedení výzkumu a dotýká se jeho možných limitů, tento její aspekt by si zasloužil větší pozornost a hloubku. Nabízí se například otázka absence kritických momentů v profesních zkušenostech respondentek apd.

Další výtka, spíše kosmetického charakteru, se vztahuje k menším nedostatkům formální stránky práce: úvod a závěr se nečíslicí, chybí označení kapitoly teoretické části a zcela chybí přepisy rozhovorů, které jsou relevantní součástí závěrečné práce.

Bakalářská práce je i přes uvedené drobné nedostatky po obsahové stránce mimořádně zdařilá a zprostředkovává čtenáři poutavý vhled do předkládané tematiky. Ke čtenářskému zážitku přispívá i kultivovanost autorčina písemného projevu a ochota hledat v tématu hloubky duchovních rozměrů.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: Mgr. Barbara Kostelacová