

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

Bakalářská práce

2024

Žofia Petrášová

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

(De)Medikalizácia pôrodov v Českej republike a rola dul

Bakalářská práce

Autorka práce: Žofia Petrášová

Studijní program: Sociologie se specializací Sociální antropologie

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

Rok obhajoby: 2024

Prehlásenie

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

V Praze dne ...

Žofia Petrášová

28.4.2024

Bibliografický záznam

PETRÁŠOVÁ, Žofia. „(De)Medikalizácia pôrodov v Českej republike a rola dul. Praha, 2024. 56. Bakalárska práca (Bc.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálnych vied, Institut sociologických štúdií, Katedra sociologie. Vedoucí bakalárskej práce Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D.

Rozsah práce: 56 s.

Abstrakt

Táto bakalárska práca sa zaoberá medikalizáciou pôrodu z pohľadu dul a ich rolu v demedikalizácii. Práca je rozdelená do dvoch častí. Prvá časť predstavuje teoretické východisko o dulách, ich pôsobenie v Českej republike a predošlé uchopenie v oblasti antropológie pôrodu a reprodukcie. Ďalej sa práca zameriava na české pôrodníctvo v kontexte medikalizácie. Pre praktickú časť práce je využitá kvalitatívna metóda v podobe polo štruktúrovaných hĺbkových rozhovorov so siedmymi dulami pracujúcimi v Prahe a jej okolí. Cieľom práce je zistiť, ako sa duly pozerajú na fenomén medikalizácie pôrodu v Českej republike a akú rolu zohrávajú v jeho demedikalizácii. Vytvorené dáta boli kódované a následne analyzované. Práca prináša prehľad o súčasnom stave českého pôrodníctva z pohľadu dul, spôsoby akým sa v ňom pohybujú a vykonávajú svoju prácu a ako môže práca duly pomôcť k jeho demedikalizácii.

Abstract

This bachelor's thesis examines the medicalization of childbirth from the perspective of doula and their role in demedicalization. The thesis is divided into two parts. The first part presents a theoretical background on doula, their presence in the Czech Republic, and previous work in the anthropology of birth and reproduction. Next, the thesis focuses on Czech obstetrics in the context of medicalization. For the practical part of the thesis, a qualitative method is used in the form of semi-structured in-depth interviews with seven doula working in and around Prague. The thesis aims to find out how doula view the phenomenon of medicalization of childbirth in the Czech Republic and what role they play in its demedicalization. The created data were coded and subsequently analyzed. The thesis provides an overview of the current state of Czech midwifery from the point of view of doula, the ways in which they operate and do their work, and how doula work can help to demedicalize it.

Kľúčové slová

de/medikalizace, antropologie porodu a reprodukce, dula, Česká republika, porodnictví

Keywords

de/medicalisation, anthropology of birth and reproduction, doula, Czech Republic, obstetrics

Title/názov práce

The (De)Medicalization of Birth in the Czech Republic and Doulas

Pod'akovanie

Na tomto mieste by som sa chcela pod'akovať svojej vedúcej práce Mgr. Eme Hrešanovej Ph.D. za trpezlivosť a ochotu pri písaní mojej bakalárskej práce a za všetky cenné rady.

Obsah

| | |
|---|----|
| 1. Teoretický rámec | 12 |
| 1.1 Dula | 12 |
| 1.1.1 Kto je to dula?..... | 12 |
| 1.1.2 Rola duly v demedikalizácii pôrodov | 13 |
| 1.1.3 Duly v Českej republike | 15 |
| 1.1.4 Vzdelávanie dul | 15 |
| 1.1.5 História dul | 16 |
| 1.1.6 Duly v sociálno-vednom kontexte | 16 |
| 1.2 České pôrodnictvo | 23 |
| 1.2.1 Čo je to medikalizácia?..... | 23 |
| 1.2.2 Medikalizácia pôrodov | 24 |
| 1.2.3 Cisárske rezy v Českej republike..... | 25 |
| 1.2.4 Faktory ovplyvňujúce počet cisárskych rezov | 26 |
| 1.2.5 Diskontinuita starostlivosti | 26 |
| 2. Metodológia | 27 |
| 2.1 Výber metodológie | 27 |
| 2.2 Cieľ práce | 27 |
| 2.3 Metóda vytvárania dát | 29 |
| 2.4 Charakteristika výskumného súboru | 30 |
| 2.5 Metóda analýzy dát..... | 31 |
| 3. Analytická časť | 32 |
| 3.1 Súčasný stav Českého pôrodnictva..... | 32 |
| 3.1.1 Diverzita prístupov nemocníc | 32 |
| 3.1.2 Medicínske intervencie | 37 |

| | |
|---|----|
| 3.1.3 Diskontinuita starostlivosti | 40 |
| 3.1.4 Cisárske rezy | 43 |
| 3.2 Práca dule v Českom zdravotníckom systéme | 45 |
| 3.3 Rola dule v demedikalizácii pôrodu | 50 |
| Záver | 58 |
| Bibliografia | 60 |

Úvod

V minulosti rodili ženy v domácom prostredí za prítomnosti iných skúsených žien. Avšak, so spoločenským a technologickým vývojom došlo ku rozšíreniu lekárskej profesie, a pôrody sa presunuli do nemocníc a medicínske vzdelanie sa stalo dominantným zdrojom pravdy. Obdobne ako vo väčšine krajín sa v súčasnej Českej republike v prevažnej väčšine rodí v nemocniciach. Napriek tomu, že vďaka presunu pôrodov do inštitucionálnych zariadení sa drasticky znížila materská a novorodenecká úmrtnosť, táto zmena so sebou priniesla mnoho negatívnych aspektov. Z prvotného ponímania pôrodu ako jedného z najdôležitejších transformácií v živote žien sa stal v očiach medicíny nebezpečný proces, do ktorého je potreba zasahovať. S tým súvisí aj vysoké množstvo lekárskeho zásahov, akými sú cisárske rezy, tlmiče bolesti ako napríklad epidurál, umelé vyvolávanie pôrodu či nástrih hrádze, s ktorými sa dnes v pôrodníctve dá stretnúť úplne bežne. Už ako malé dieťa ma celý pôrodný proces veľmi fascinoval, a vždy som rada poslúchala pôrodné príbehy známych a príbuzných. V dospelosti som si vypočula príbeh od veľmi blízkej osoby, ktorej pôrodný proces podliehal veľmi vysokej medikalizácii. Začala som uvažovať, akými spôsobmi by sa nie len jej, ale aj všetkým ženám dal pôrod v nemocniciach zvládnuť. Po dlhšom pátraní som narazila na duly. Jednalo sa o povolanie o ktorom som predtým nikdy nepočula, no čím viac som si o duliach čítala, tým viac ma zaujímali.

Duly sú ženy, ktoré sprevádzajú iné ženy pri pôrode. Fungujú ako pomáhajúce zamestnanie, ktoré sa snaží sprostredkovať rodičkám čo najlepší zážitok, aby mali pocit, že pôrod a popôrodné obdobie dobre zvládli. Poskytujú starostlivosť, informácie a nemedicínske techniky na uľahčenie priebehu pôrodu. Ich starostlivosť je zameraná na ženu a jej vlastné telo a ku každej klientke pristupujú veľmi individuálnym spôsobom.

Ich prístup k pôrodu vo mne evokoval myšlienku akéhosi návratu k minulosti, keď ženy rodili za pomoci a podpory iných žien. Práca dul nezahrňuje žiadne lekárske úkony, a ich snahou je sa čo najviac vyhnúť nadbytočným medicínskym úkonom, aj keď ich užitočnosť pripúšťajú. Duly pracujú prevažne externe, a do pôrodníc vo väčšine prípadov dochádzajú ako sprievod s rodičkou, nie sú tak priamou súčasťou zdravotníckeho systému aj napriek tomu, že v ňom pracujú. Tento fakt mi prišiel veľmi podnetný a začala som sa zaujímať o to, ako sa na súčasný stav českého pôrodníctva pozerajú oni, a akým spôsobom prispievajú k jeho zmene.

Hlavným cieľom mojej bakalárskej práce bude zanalyzovať akú rolu hrajú duly

v demedikalizácii pôrodu v českom kontexte. Pre komplexné pochopenie sa zameriam aj na ich vnímanie súčasného stavu českého pôrodnictva a akým spôsobom sa v ňom pohybujú a vykonávajú svoju prácu. V prvom rade predstavím kto sú to dule a popíšem ich existenciu v Českom ale aj sociálnovednom kontexte. Následne opíšem problematiku medikalizácie skrz teoretické poznatky. V druhej časti sa venujem kvalitatívnemu výskumu, ktorý bol vytvorený skrz polo štrukturované hĺbkové rozhovory s českými dulami. Následne vytvorené dáta interpretujem.

1. Teoretický rámec

Práca duly sa zakladá na fyzickej a emočnej asistencií. Sú to pôrodné spoločníčky, ktoré spolupracujú s rodiacimi ženami a tiež s medicínskym výborom ako sú lekári, zdravotné sestry či pôrodné asistentky, ktorých primárnou povinnosťou na rozdiel od duly, je zaoberať sa medicínskymi úkonmi pri pôrodnej asistencií. Dula pôsobí ako podporný element a sprievodca od začiatku tehotenstva až po samotné šestonedel'né obdobie čerstvej matky. Hoci nemajú odborné zdravotné vzdelanie ako ich obdobné pôrodné asistentky, existuje mnoho štúdií (Alexandria, Taylor, Solomon et al. (2023), Carlson (2021), Kzohimannil et al. (2014), ktoré potvrdzujú ich pozitívny vplyv na priebeh pôrodu a celkový zážitok, ktorý si z neho ženy odnesú. Pôsobia ako spojovník medzi súkromnou sférou pôrodu v podobe intímneho zážitku a verejnou skrz pôrodnictvo (Han, 2021). Stavajú sa tak do pozície mediátora medzi osobným a inštitucionalizovaným.

1.1 Dula

1.1.1 Kto je to dula?

V súčasnosti existujú v Českej republike dva typy dúl. Pôrodná a popôrodná dula. Pôrodná dula je školená certifikovaná osoba na sprevádzanie žien počas tehotenstva no najmä počas pôrodu. Poskytuje žene informácie a emocionálnu podporu, vytvára pre ňu komfortné prostredie a pomáha s úľavou od bolesti pomocou rôznych nemedikačných techník. Spôsob podpory je však veľmi individuálny a flexibilný a jeho podoba odráža prania klientky. Pokiaľ má žena počas pôrodu doprovod ako napríklad partnera prípadne iného príslušníka rodiny, dula je taktiež schopná poskytnúť oporu aj týmto osobám. Napriek tomu, že nedisponuje vzdelaním na vykonávanie medicínskych úkonov, dula rozumie fyziológii pôrodného procesu a zvyčajne má s pôrodom vlastnú osobnú skúsenosť. V českom zdravotníckom systéme figuruje ako doprovod a zdravotnícke inštitúcie sú s jej povolaním oboznámené. Medzi jej hlavné činnosti patrí príprava ženy a partnera na pôrod v podobe individuálnych osobných konzultácií alebo skupinových pred pôrodných kurzov. Počas pôrodu pomáha s nájdením optimálnej pôrodnej polohy, pomáha pri navodzovaní príjemného prostredia pre ženu a slúži

ako mediátor pri komunikácii so zdravotníckym personálom. Práca duly sa však nekončí pôrodom. (Česká asociace dul, 2014)

Po boku pôrodných dúl pracujú aj duly popôrodné. Popôrodná dula sa zameriava na podporu a pomoc počas obdobia po pôrode, zvyčajne v tzv. „šestinedelí“. Popôrodná dula pomáha uľahčiť toto zvyčajne náročné obdobie pre novorodičky a zameriava sa aj na asistenciu počas kojenia. Keďže nie každá žena má k dispozícii asistenciu, môže sa o čerstvú matku postarať aj iným spôsobom, ako sú práce v domácnosti, napríklad upratovanie či varenie jedla. Svojou prácou tak umožňuje matke si odpočinúť a adekvátne sa adaptovať na novú životnú situáciu. Dula taktiež predáva matkám informácie o rôznych prístupoch v starostlivosti o novorodenca ako je napríklad kontaktné rodičovstvo, bezplienková komunikačná metóda či nosenie dieťaťa v šatkách. Dôležitou súčasťou jej práce je aj rozoznanie psychického rozpoloženia ženy a prípadnej identifikácie patologického stavu ako je popôrodná depresia. Rozsah ponúkaných služieb je však rôzny a líši sa od každej duly individuálne. (Česká asociace dul, 2024)

Niektoré duly stoja pri začiatkoch, iné zas pri koncoch. Je dôležité ešte spomenúť, že existuje ešte tretia kategória dúl, tzv. „End of life Doula“ alebo u nás skôr známa ako Dula pre umierajúcich. Jedná sa o spoločníčku a asistentku, ktorá poskytuje nemedicínsku paliatívnu starostlivosť. Svojou prítomnosťou vytvára priestor kde môžu umierajúci alebo ich rodina či blízky hovoriť o svojich pocitoch, strachoch a prianiach a zvoliť si vlastný spôsob odchodu. Okrem iného poskytujú nemedicínsku podporu či už v podobe aromaterapie, holistických prístupov alebo inými alternatívnymi technikami.

1.1.2 Rola duly v demedikalizácii pôrodov

Hlavným zameraním duly je sprostredkovať žene emocionálnu ako aj fyzickú podporu počas pôrodu. Napriek tomu, že patrí medzi nezdravotnícke pomáhajúce povolanie, v inštitucionálnom prostredí môže efektívne dopĺňovať prácu lekárov, zdravotníckeho personálu a pôrodných asistentiek, ktorý na tak rozsiahlu starostlivosť nemajú dostatočný priestor, pretože sa v prvom rade zaujímajú o zdravotnú stránku ženy a dieťaťa a väčšinou majú v starostlivosti viacero pacientok. Na rozdiel od nich, je dula prítomná pri celom pôrodnom procese od začiatku až po koniec. Jej jediným zameraním je rodička, ktorej poskytuje kontinuálnu podporu a stará sa o jej psychickú a fyzickú pohodu. Nepretržitá

sociálna podpora počas pôrodu je navyše efektívna pre zníženie rizika komplikácii, podávaní liekov ako je napríklad oxytocín a zníženie množstva vykonaných cisárskych rezov. (Klaus, Kennel, 1986)

Dôležitým, no často prehliadaným aspektom pôrodu je aj celková skúsenosť z neho. Ako som už naznačila, v modernom pôrodníctve sú ženy komodifikované a spadajú pod autoritatívnu moc zdravotníckeho personálu. Ženy, ktoré sa rozhodnú využiť pomoc duly opisujú proces pôrodu ako osobne transformujúci. Duly totiž napomáhajú rozmýšľať o celom procese iným spôsobom, no nezasahujú do ich vlastných rozhodnutí. Naopak sa snažia naviesť ženu na správne rozhodnutia, s ktorými sú komfortné a pociťujú, že sú správne pre ne samotné. Sprostredkovávajú tak stelesnený proces pôrodu, kedy sú ženy ponorené do daného diania a nechávajú svoje vlastné telo diktovať jeho priebeh. (Hunter, Hurst, 2016) Duly sa týmto spôsobom snažia rodičkám ponúknuť pôrod „na mieru“ a bojovať tak proti zakotveným postupom v zdravotníctve, ktoré im túto skúsenosť nie sú schopné sprostredkovať. (Everson, Cheyney, Bovbjerg, 2018)

Neodmysliteľnou súčasťou ich práce je aj sprostredkovanie informácii klientke a komunikácia so zdravotníckym personálom. Dula za ženu nerozhoduje, no vie jej ponúknuť prostriedky na jej vlastné autonómne rozhodnutie. Po celý čas rodičku informuje čo sa ide diať, aké pozitívne a negatívne následky majú jednotlivé možnosti a podľa potreby žene pripomína jej stanovené hodnoty, vyplývajúce z pôrodného plánu, ktorý spoločne v pôrodnej príprave zostavujú. (Meadow, 2015) Ak sú rodičky dostatočne informované, vedia sa efektívnejšie brániť voči zaužívaným postupom a stávajú sa tak angažované vo vlastnom pôrodnom procese. (Ain-Davis, 2019)

Duly taktiež sprostredkovávajú fyzickú starostlivosť v podobe blízkeho telesného kontaktu ako je napríklad masáž, obklady, či polohovanie. Svoju prácu obohacujú aj o alternatívne metódy, ktoré nie sú súčasťou technokratického modelu pôrodu ako napríklad vaginálna napárka, aromaterapia či hydroterapia. Tieto metódy sa ukázali byť efektívne pre zníženie potreby medicínskych intervencií a operatívneho pôrodu. (Kheirkhah, Luckas, Masoomah, et al., 2014) (Aird, Lucas, Buckett, Bousfield, 1997) (Erogan, Unalmis, Yanikherem, Goker, 2017)

1.1.3 Duly v Českej republike

Do povedomia sa dostali vďaka založeniu Českej asociácie dul (ČAD) v roku 2001, ktoré túto profesiu priniesli ako prvé do tohto prostredia. Zo začiatkov mali sťažené podmienky, keďže v Českých a Slovenských končinách o tomto povolání neexistovalo všeobecné povedomie a ich služby neboli zaužívané ani v nemocničnom prostredí. Okrem ČAD v Česku funguje ešte jedna oficiálna organizácia, České duly, ktoré sa na zoznam pridali v roku 2009. V rámci asociácii sú duly pomerne aktívne. Okrem všeobecného šírenia vzdelania ohľadom pôrodov a materstva duly taktiež organizujú rôzne kurzy pre duly či budúce rodičky a matky. Asociácie taktiež spolupracujú s odbornými a dobrovoľnými organizáciami a publikujú materiály. Ojedinelá nie je ani ich prítomnosť či organizácia rôznych konferencií. Okrem toho sú jednotlivé duly a aj samotné organizácie aktívne na sociálnych platformách ako sú Facebook či Instagram, kde zdieľajú nadchádzajúce udalosti, prinášajú informácie či útržky zo života duly a ich skúseností. Mimo oficiálnej organizácie operujú duly aj samostatne. Znamená to teda, že nedržia žiaden certifikát a taktiež nespádajú pod medzinárodný etický kódex organizácii.

1.1.4 Vzdelávanie dul

Duly, ktoré spadajú pod organizácie získavajú svoje vzdelanie v rámci kurzov, ktoré spomínané asociácie ponúkajú. Na záver štúdia obdržia certifikát, ktorý je podmienkou pre vykonávanie profesie v rámci asociácie. Ako uvádza ČAD, najčastejšie majú záujem o absolvovanie kurzu ženy, ktoré už majú za sebou svoj vlastný pôrod, nie je to však podmienkou. Na prijatie do kurzu je nutné absolvovať vstupné výberové konanie, ktoré sa skladá z motivačného listu a osobného pohovoru. Nasleduje dvojročný kurz, ktorý pozostáva z troch hlavných častí. Ako prvé absolvuje žena prezenčnú časť, ktorá prebieha jedenkrát za mesiac. Pre pôrodné duly to teda pozostáva z ôsmich víkendov, pre popôrodné len zo šiestich. Medzi jednotlivými stretnutiami prebieha samoštúdium relevantnej literatúry a edukačných videí. Nasleduje praktická časť, kde študentky úzko komunikujú s osobnou konzultantkou, dulou s dlhoročnou praxou, na ktorú sa môžu obracať a konzultovať s ňou svoju prax v odbore. (ČAD, 2024)

Na úspešné absolvovanie kurzu je nutné byť súčasťou minimálne šiestich tehotenstiev a to

vrátane pôrodu a šestonedelí. Neodmysliteľným elementom kurzu je aj supervízia, ktorá slúži ako psychohygiena pre duly. V rámci ČAD fungujú pravidelné supervízne stretnutia. Dve z nich absolvujú už počas štúdia. Ako je vyššie spomínané, po ukončení všetkých predošlých častí nastáva záverečná skúška pred certifikačnou komisiou. Výstupom je obdržanie certifikátu, ktorý ich oprávňuje následne vykonávať prácu duly. Dôležité je taktiež spomenúť, že sa všetky duly riadia spoločným etickým kódexom, ktorý vymedzuje jej povinnosti a právomoci.

1.1.5 História dul

Výraz dula pochádza zo starogréckeho slova, ktoré predstavuje ženu, ktorá navštevuje domácnosti pri pôrodoch, stará sa o staršie deti, varí večeru a celkovo vypomáha čerstvej matke počas popôrodného obdobia. V modernej histórii ju prvýkrát použila a kodifikovala antropologička Dana Raphael (1976), ktorá poskytla príručku pre interakciu medzi matkou a doulou, a akými spôsobmi môže tento vzťah fungovať, keďže doposiaľ v západnej kultúre tento precedens neexistoval. (Raphael, 1976 podľa Raphael, 1981)

Začiatkom 80. rokov sa postupne začalo zvyšovať povedomie o vysokom náraste cisárskych rezov naprieč celou Amerikou. Z tejto obavy neskôr vzniklo hnutie za prevenciu proti cisárskym rezom, v rámci ktorého sa do popredia dostal akýsi advokát pôrodu, ktorého úlohou bolo zabrániť rutinným postupom, ktoré by mohli viesť ku cisárskemu rezu. (Gilliland, 2002) K popularizácii veľmi významne taktiež prispel spomínaný výskum neonatológa Dr. Klaua a pediatra Dr. Kenela, ktorý spoločne založili prvú organizáciu s názvom Doulas of North America (DONA). Postupne sa prax duly presunula aj do Európy, kde začali vznikať individuálne spolky. V roku 2011 bola založená medzinárodná organizácia EDN (European Doula Network) v rámci ktorej sa každoročne konajú stretnutia predstaviteľov asociácii. Účelom EDN je výmena informácií a lepšie pochopenie výziev, ktorým musia pôrodné organizácie v jednotlivých krajinách čeliť. (Pasian, 2022)

1.1.6 Duly v sociálno-vednom kontexte

V posledných rokoch vzniká v rámci antropológie pôrodu a reprodukcie široké spektrum výskumov zaoberajúcich sa od moderných pôrodných praktík až po umelé oplodnenie či otázku queer rodičovstva. Medzi častými témami, ktoré sa v rámci vedeckého rozhovoru

objavujú, je súčasná podoba pôrodov a aké sociálne, ekonomické či politické kontexty formujú ich priebeh. Napriek tomu, že reprodukcia sa už dlhšie považuje za ústredný problém kultúrneho a spoločenského života, študovať sa začala až v posledných 30 rokoch. Priekopníci v antropológii sa prevažne zameriavajú na rituály a praktiky, ktoré so sebou tehotenstvo či pôrod prinášal. Antropológia reprodukcie tak vznikla na záujme feministickej vedy, ktorá chcela upriamiť pozornosť na reprodukčný život žien a z medicínskej antropológie, ktorá sa zameriava na vplyv medicíny a nových technológií na reprodukčný život. (Han, 2021)

V rámci antropológického diskurzu bola po prvýkrát zakomponovaná práca duly v roku 1973. Dana Raphael, medicínska antropológička, ju v tomto kontexte zmienila vo svojej knihe „*The Tender Gift*“ (1976). Raphael zdôraznila, ako je prítomnosť duly potrebná v prvom šestonedelnom období pre čerstvé matky, ktoré sa učia ako svoje dieťa správne koiť. V knihe popisuje svoj autorský program pre matky a duly, ktorý má poskytnúť príručku ako by takýto vzťah mal fungovať, vzhľadom na to, že v modernej spoločnosti v tom čase podobné usmernenia neboli jasne definované. Neskôr v roku 1981 publikuje Raphael „*The midwife as a Doula: Guide to Mothering the Mother*“ v ktorej autorka analyzuje 278 antropológických výskumov a stovky rozhovorov s americkými matkami. Antropológička Raphael nachádza naprieč kultúrnymi kontextami spoločný vzorec, ktorým je potreba prítomnosti niekoho, kto sa o ženu v jej novej úlohe matky postará. Vyzdvihuje najmä potrebnú asistenciu pri kojení, ktorá sa v západne orientovaných moderných spoločnostiach ženám nedostáva. Táto problematika je spôsobená zmenou rodinnej inštitúcie, kedy sa nukleárne rodiny odšťahovali od zvyšku príbuzných a ženy tak prestali mať prístup ku asistencii skúsených žien v rodine. Hoci sa čerstvé matky môžu obrátiť na lekára či pôrodnú asistentku, títo však pre svoju pracovnú vyťaženosť nemajú možnosť poskytovať adekvátnu starostlivosť. Raphael definuje koncept „doulaship“, ktorý zahŕňa typ personálnej starostlivosti o konkrétnu novorodičku, ktorý okrem duly môže poskytnúť partner, člen rodiny alebo žena ktorá pôrod už sama absolvovala. (Raphael, 1981)

Pred 30 rokmi sa v Spojených štátoch na základe ženského hnutia za zdravie, po prvýkrát upriamila kritická pozornosť na vysoko medikalizované pôrody. (Han, 2021) Kritici medikalizácie pôrodu sú toho názoru, že normálny pôrod bez medicínskeho zásahu je dnes už vo vyspelých krajinách málo pravdepodobný. V tomto kontexte sa objavila potreba opatrovateľky rodiacich žien, ktorá je v protiklade k medicínskemu pohľadu na pôrod. Identita tejto osoby bola identifikovaná ako pôrodná dula (Hunter, 2012) Duly v dnešnej dobe vo forme

ako ich poznáme vznikli v USA v 70. rokoch minulého storočia. Koncept ženského doprovodu pri pôrode však nie je žiadnou novinkou. Ako Han uvádza, ženy sa odjakživa navzájom podporovali pri pôrode naprieč časovým a kultúrnym spektrom. Vo vyspelých krajinách nastala zásadná zmena až v minulom storočí, ako výsledok postupného rozvoja medicíny a pôrodníctva. Pôrodné asistentky boli pod vplyvom medikalizácie vytlačené zo svojho pôsobenia, a nahradené lekárskou a sesterskou starostlivosťou

Do verejnej sféry sa duly podarilo dostať až po prelomovom výskume neonatológa Dr. Klausa a pediatra Dr. Kennela. Doktorí publikovali v roku 1986 výskum „*Effects Of Social Support During Parturition On Maternal And Infant Morbidity*“. Na základe porovnania dát z pôrodov od 465 žien v Guatemale prišli na to, že sociálna podpora počas pôrodu môže byť kľúčová nie len pre pozitívny zážitok zo samotného procesu, ale dokonca uľahčiť jeho priebeh a minimalizovať lekársku intervenciu v podobe cisárskych rezov a medikácie. Tieto zistenia boli kľúčové pre upriamenie pozornosti na túto problematiku. (Klaus, Marshall, 1986) Dr Kennel na základe svojho výskumu založil v roku 1992 americkú neziskovú organizáciu DONA, ktorá ako prvá na svete umožnila ženám získať oficiálny certifikát a stať sa profesionálnymi dulamí.

V medicínskom odbore existuje relatívne široké spektrum prác, ktoré sa zaoberajú dulamí a ich pozitívnym efektom na zdravie rodičky a celkovému priebehu pôrodu a popôrodnému obdobiu. V sociálno-vednom dialógu ich však existuje len veľmi limitované množstvo. V posledných rokoch sa vďaka kultúrnej premene začalo o dulách hovoriť viac, väčšinou však v mainstreamových médiách. Doposiaľ však neboli dostatočne preskúmané napäté vzťahy v rámci ktorých sa musia duly pohybovať na to, aby sa asimilovali do medicínskeho prostredia, no zároveň sprostredkovali požiadavky rodiacich žien. Túto problematiku analyzuje až kniha Angley Casaneda a Julie Johnson (2015). Publikácia dvoch dúl prináša potrebný príspevok pre lepšie porozumenie dúl a ich implementáciu v zdravotníctve. Autorky skúmajú pozíciu duly v inštitucionalizovanom systéme a to ako sú duly schopné operovať medzi dvoma vzdialenými svetmi perinatálnej a pôrodnickej starostlivosti a samotných potrebách individuálnych a unikátnych osôb. (Casaneda, Johnson, 2015)

V posledných 10 rokoch vzniklo viacero štúdií o dulách na poli antropológie pôrodu a reprodukcie. Cheryl Hunter (2012) sa zaujíma vo svojom výskume o priestor, ktorý dula počas pôrodu vytvára. Hunter nepojednáva o fyzickom priestore, ale naopak o atmosfére, ktorú dula vytvára svojimi znalosťami a zručnosťami. Je schopná ponúknuť tak ženám priestor

a pocit intimity medzi formálnymi stenami verejných inštitúcií. Hunter však varuje, že ak by došlo k snahe implementovať duly do pôrodného systému, zničilo by to intimitu, ktorú si rodičky u starostlivosti dúl tak cenia. Došlo by tak ku akejsi komercializácii ich odboru, a stratil by svoju prvotnú účelovú úlohu. (Hunter, 2012)

Americká medicínska antropologička a dula Cynthia Gabriel (2017) sa vo viacerých publikáciach venovala tematike pôrodnictva a prirodzeného pôrodu. V rámci výskumu pôrodnictva napísala knihu „*Natural Hospital Birth. The best of Both Worlds*“ (2017), ktorá slúži ako príručka pre ženy, ktoré sa rozhodli absolvovať pôrod prirodzenou cestou v inštitucionalizovanom prostredí. Ako dula bola Gabriel na základe vlastných skúseností schopná popísať, čo funguje a nefunguje v nemocničných priestoroch a poskytnúť tak rady ako tento spôsob pôrodu zvládnuť. V knihe vyzdvihuje profesiu duly a jej pozíciu vo vzťahu ku klientke. Na rozdiel od lekárov, ktorý pacientky nepoznajú osobne, nepoznajú ich predošlé skúsenosti a traumy ani obavy, ktoré majú z pôrodu, sú duly schopné poskytnúť starostlivosť priamo na mieru ženy. „Takže aj keď je pravda, že pôrodníci vedia o pôrode veľa, čo duly nevedia, je tiež pravda, že duly vedia o pôrode veľa, čo pôrodníci nevedia,“ opisuje pozíciu duly. (Gabriel, 2017, p.14)

Iný pohľad na pozitívny pôrod za prítomnosti duly prináša Dana Ain-Davis (2019), ktorá skúmala prácu duly a pôrodnej asistentky a jej rezistenciu voči rasizmu v americkom pôrodníckom systéme. Na základe jej rozhovorov s dulami, pôrodnými asistentkami a samotnými ženami, bola schopná identifikovať prítomnosť rasovej diskriminácie v pôrodných inštitúciách a kultúre. Ako možné riešenie tejto problematiky nachádza Ain-Davis v informačnej obrnenosti pacientok. Ak majú rodičky dostatok informácií, sú schopné sa lepšie brániť voči excesívnym medicínskym intervenciám a ich sprostredkovateľom. Zdravotníctvo má svoje vlastné ustálené techniky a postupy, ktoré považujú za štandard a ktoré vo väčšine prípadov aplikujú. (Ain-Davis, 2019) Dula alebo pôrodná asistentka tak môže slúžiť ako informátorka, ktorá ženám poskytuje prehľad o všetkých možnostiach priebehu ich pôrodu, a následne tak majú lepší prehľad o tom čo od svojho pôrodu očakávajú a taktiež schopnosť brániť sa voči nespravodlivému zaobchádzaniu zo strany medicínskeho personálu.

Nie všetci antropológovia sa však zhodujú na nenahraditeľnosti duly ako pôrodného sprievodu. Jasmine Krapf (2020) vysvetľuje ako sú duly zväzované pôrodníckym systémom. Medzi inštitucionálnym hierarchickým rebríčkom sa nachádzajú takmer na najnižšej priečke. Napriek

tomu, že ich práca je nepochybne prínosná v úlohe demedikalizovať pôrod a umožniť reprodukčnú spravodlivosť v ustálenom systéme, jej ruky sú pevne zviazané poslušnosťou voči inštitucionálnym pravidlám. Krapf uznáva benefity práce duly, avšak napriek tomu považuje pôrodné asistentky za lepšiu možnosť a to z toho dôvodu, že disponujú dominantnejším postavením v pôrodníckom systéme. Na základe tejto inštitucionálnej hierarchie môžu lepšie zabrániť systémovému zneužívaniu žien. (Krapf, 2020)

Povolanie duly má najdlhšiu históriu v severoamerickom kontexte. To naznačuje aj množstvo výskumov a publikácií, ktoré od amerických antropológov vznikli. Hoci pôrodník Michel Odent dokazuje, že dula je globálny fenomén, popularizácia tohto zamestnania sa primárne udržuje v západnom kontexte. (Odent, 2018) Okrem úzkeho množstva štúdií zo Švajčiarska (Perrenoud, Chautems, Kaech, 2022), Číny (Dai, 2022) a Taiwanu (Chen, Lee 2014) sa debata o dulách v disciplíne antropológie pôrodu do našich končín dostala len veľmi limitovane.

V oblasti môjho záujmu, respektíve v Českom kontexte, sa na poli antropológie pôrodu objavuje práca Petri Bartákové, ktorá publikovala viacero výskumov na tému českého pôrodníctva. V empirickej štúdií „*Proměna intimacy: Příklad doprovázejících osob.*“ (2015) popisuje Bartáková dula ako skúsený doprovod. Čo sa týka jej práce, definuje ju ako obdobie, v ktorom sa dula o ženu pravidelne stará a dochádza tak na istý čas k intímnemu vzťahu napriek neexistujúcim pôvodným väzbám. Keďže sa jedná o povolanie, za tento vzťah si žena platí. Bartáková v rámci výskumu viedla rozhovor s desiatimi dulami z Českej asociácie Dul (ČAD) a s Českými dulami (ČD). Taktiež dotazovala rodičky, ktoré využili služby dúl priamo pri svojom pôrode. Ako jeden z aspektov práce duly popisuje osobné vzťahy s klientmi. Niektoré duly považujú intímne vzťahy mimo pôrodnú rovinu ako neprofesionálne. Z toho dôvodu sú často väzby medzi dulou a klientkou dočasné, do doby kedy jej služby už žena viac nepotrebuje. Dôveru tak nepovažuje Bartáková za niečo zosobnené a vopred dané. V tomto prípade sa jedná o proces, ktorý je nepostrádateľný pre ich korektné vykonanie práce. Koniec koncov sú duly prítomné pri jednom z najintímnejších zážitkov v živote ženy. Duly tak prinášajú sféru intimacy do verejnej sféry zdravotníctva. (Bartáková, 2016)

Antropológii pôrodu a reprodukcie sa v Českom kontexte venuje najmä Ema Hrešanová. V rámci tejto disciplíny publikovala obsiahle množstvo článkov zaoberajúcich sa českým pôrodníctvom z antropologickej naratívy. V etnografickej štúdií „*Midwives, women and the professionalization of midwifery: An Ethnographic study of two maternity hospitals in the*

Czech republic“(2007) sa zamerala na pôrodnú starostlivosť v Českom zdravotníckom systéme. Predmetom jej záujmu boli pôrodné asistentky, a ich vnímanie vlastnej profesie, spolupráce so zdravotným personálom a klientkami. Hrešanová v týchto troch doménach skúmala kultúru pôrodnickej asistencie a ako sa rozlišujú záležiac od kultúry daného ústavu. Podľa jej výsledkov nátura pôrodnej asistencie je zakotvená v medicínskom modeli pôrodnej starostlivosti. Toto tvrdenie sa nemusí na prvý dojem zdať očividné, pretože niektoré pôrodné asistentky podporujú alternatívne postupy a praktiky počas pôrodu. (Hrešanová, 2007)

Na tento etnografický výskum naviazala druhou štúdiou „*Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie*“ (2011), ktorá sa zamerala na perspektívu vysokoškolsky vzdelaných žien a ich skúsenosti s českou pôrodnickou starostlivosťou. Jej analýza osobných skúseností 40 žien preukázala, že mnohé z týchto rodičiek mali zo svojho pôrodu negatívne pocity, a to konkrétne v tom, akým spôsobom bola táto starostlivosť poskytnutá. Jedným z hlavných zistení bolo, že často dochádza ku stretu očakávaní a reality, ktoré sa navzájom vylučovali. Od žien bolo očakávané submisívne a disciplinované správanie. Problémy videli ženy v prístupe zdravotníckeho personálu. Neochota a nedostatočné sprostredkovávanie informácii spôsobilo, že si ženy samé nedobrovoľne zvolili pasívny prístup ku pôrodu. Veľmi dôležitým poznatkom, ktorý Hrešanová uvádza, sú nedostatky v poskytovanej starostlivosti pôrodných asistentiek. Tie sú totiž zvyčajne vyťažené, a nemajú dostatok času, aby každej pacientke sprostredkovali individuálny prístup. Veľmi negatívne hodnotili dotazované ženy aj nedostatočnú oporu zdravotníckeho systému v šestonedelí, kedy si nikto nedal záležať aby im pomohol s kojením. Ženy tak mali pocit, že ide o niečo samozrejmé, napriek tomu, že sa pri ňom veľmi často stretávajú s komplikáciami. (Hrešanová, 2011)

Svojou prácou by som chcela nadviazať na koncept intimity v Bartákovej štúdiu (2016), ktorú daly ženám v inštitucionalizovanom pôrodníctve sprostredkovávajú, a zistiť, či sa jedná o kľúčový prostriedok na jeho demedikalizáciu. Čo Bartákovej práca postrádala pre moju bakalársku prácu, a čím by som chcela disciplínu antropológie pôrodu a reprodukcie obohatiť je spôsob, akým duly operujú medzi týmito dvoma rozdielnymi sférami spoločnosti, ktoré sa zdanlivo navzájom vylučujú. Dula slúži ako mediátor medzi osobnými požiadavkami ženy, ktorá sa ich snaží presadiť v inštitucionalizovanom priestore naplnenom excesívnymi medicínskymi praktikami. Ten býva v mnohých prípadoch dominantnejší ako postoj samotnej rodičky. Taktiež postráda víziu demedikalizácie a akú rolu v nej môžu zohrať duly svojou prácou a prístupom ku daným inštitúciám. V práci Hrešanovej (2011) ma zaujala debata o

chýbajúcom individuálnom prístupe zdravotníkov. Keďže na tento druh starostlivosti nemajú zdravotníci ani pôrodné asistentky kapacitu a prostriedky, daly by mohli byť práve v tomto kontexte podstatným aktérom. Vďaka tomu, že celá náplň ich práce sa sústreďuje len na jednu klientku, môžu efektívne prácu zdravotníkov dopĺňať.

1.2 České pôrodnictvo

1.2.1 Čo je to medikalizácia?

„Medikalizácia opisuje proces, pri ktorom sa nemedicínske problémy definujú a liečia ako medicínske, zvyčajne v zmysle chorôb alebo porúch.“ (Conrad, 1992, s.209) Napriek tomu, že na koncept medikalizácie existuje veľké množstvo vedeckej literatúry, jej definícia nie je jasne vytýčená. Panuje však jednotný názor na to, že medikalizácia sa týka procesu, v ktorom dochádza k vstupu ľudských problémov do posudku lekárskej profesie. (Conrad, 1992)

Koncept medikalizácie prešiel od svojho pôvodného vzniku v 70. rokoch mnohými transformáciami. V minulosti sa vzťahoval na konkrétny spoločenský proces, kedy došlo ku rozšíreniu lekárskej profesie a jej právomoci, odrážajúc sa od redefinície foriem deviácie a životných problémov či chorôb, ktoré si vyžadovali lekárske zásahy. (Davis, 2006) O medikalizácii ako inštitúcii sociálnej kontroly pojednával v sociálnej sfére po prvýkrát Irvin Zola (1972). Vo svojej eseji argumentoval, že medicína sa stáva novým zdrojom pravdy, na čele s morálne neutrálnymi a objektívnymi odborníkmi v podobe lekárov. (Zola, 1972). Na pojem medikalizácia neskôr naviazali v kritickej eseji sociológovia Peter Conrad a Joseph W. Schneider (1980). Svojou prácou rozobrali kritickou optikou esej P.M. Stronga o lekárskom imperializme. Strong tvrdil, že medikalizácia sa primárne prejavuje na interakčnej úrovni medzi lekárom a pacientom. Conrad a Schneider však silno oponovali. Autori argumentujú, že medikalizácia je komplexný jav, a v žiadnom prípade sa nedá redukovať len na úroveň tejto interakcie. Naopak, medikalizácia sa prejavuje diverznými spôsobmi a minimálne na troch úrovniach, ktorými sú koncepcná a inštitucionálna úroveň a interakcia lekár-pacient. (Conrad, Schneider, 1980) Veľká časť prvých sociologických štúdií sa pri skúmaní medikalizácie uberala sociálno-konstruktivistickým diskurzom, kde sa sústreďovali na vytváranie nových medicínskych kategórií a rozširovaním lekárskej jurisdikcie. Podobne ako sociológovia, aj antropológovia sa počas 70. a 80. rokov minulého storočia pozerali na fenomén medikalizácie ako inštitúcii sociálnej kontroly. Pomocou veľkého množstva štúdií pomohli odkryť poznatky

o aspektoch života, na ktoré sa koncept medikalizácie začal vzťahovať. Často sa jednalo o medikalizáciu mentálneho zdravia, ženského tela či sociálne následky medikalizácie. (Wolfmeyer, 2020)

Za posledné dekády však medicínske vzdelanie a organizácia prešla dramatickým vývojom a spoločne s expanziou farmaceutických spoločností formovali aj nový diskurz o medikalizácii. Peter Conrad (2005) túto evolúciu pripisuje trom hybným silám, a to biotechnológiám, spotrebiteľom a riadenej starostlivosti. V oblasti biotechnológie eviduje nástup dvoch dôležitých hráčov v podobe farmaceutických spoločností a biotechnologického priemyslu, ktorý sa čoraz agresívnejšie snažia propagovať svoje výrobky spotrebiteľom a lekárom. Keďže sa zdravotná starostlivosť stáva čoraz viac komodifikovaná a citlivejšia na trhovú silu, čoraz viac sa začína približovať službám či produktom. Pacienti, v podobe spotrebiteľov sa dostávajú na čelo, a nemocnice o nich musia súťažiť. (Conrad, 2005)

1.2.2 Medikalizácia pôrodov

Kritika medikalizácie pôrodu pramení z mnohých disciplín od medicíny a verejného zdravotníctva až po antropológiu či psychológiu. Hlavným argumentom hnutia je, že zdravotnícky profesionáli pristupujú k pôrodu ako k nebezpečnému procesu, a zasahujú tak do niečoho, čo je pre ľudské telo prirodzené. (Fox, 1999) „V dôsledku medikalizácie pôrodov sa ženy odcudzili od jedinej skúsenosti, ktorá je čisto feminína, a tým sa odcudzili od vlastnej telesnej skúsenosti.“ (Hunter, Hurst 2016 p. 54) Autorky argumentujú, že ženské telo a telesné poznanie je pri moderných pôrodných praktikách odovzdané vonkajším objektom a zariadeniam, ktorým je počas pôrodu venovaná väčšia pozornosť zo strany zdravotníckeho personálu, ako samotnej žene. Jej telo sa tak stáva komodifikované. Z toho dôvodu už pôrod nie je transformačným zážitkom, ale procesom externalizovaným, ktorý spadá pod autoritu moderného zdravotníctva a zdravotníckeho personálu. Moc medicínskeho modelu pôrodu demonštrujú na údajoch o vysokých počtoch cisárskych rezov u amerických žien. Vplyv tejto moci je prominentný najmä v prípadoch, keď si zdravé rodiace ženy samé zvolia chirurgický zákrok, bez žiadnych pôvodných indikácií. (Hunter, Hurst, 2016). O tomto type moci hovorí aj Pešťanská (2016), ktorá sa inšpirovala Foucaultom a označuje ju za „normalizujúcu“. Táto moc sa manifestuje na úkonoch zdravotníckeho personálu a ich prístupu ku ženám. Ich snahou je to, aby pôrod a tehotenstvo spadalo pod biomedicínske normy. Všetky tieto úkony však silne dopadajú na celkový zážitok ženy. (Pešťanská, 2016).

Dôležitú kritiku medikalizácie pôrodov v oblasti antropológie prináša aj Robbie Davis-Floyd (2010), ktorá argumentuje, že sa dnes nachádzame v novej ére pôrodnictva, ktorá je založená na technokratickom modele pôrodu. Davis-Floyd vysvetľuje, že tento model vznikol na podnet karteziánskeho dualizmu, ktorý separuje telo a myseľ. Na tomto filozofickom oddelení sa zakladá metafora, ktorá klasifikuje telo ako stroj. Táto myšlienka určovala, že vyššia kultúrna časť človeka predstavujúca našu myseľ ako aj duchovná podstata, môžu zostať nedotknuté, zatiaľ čo tá fyzická, ktorá je súčasťou mechanickej prírody, sa dá rozoberať a opravovať. Davis-Floyd uznáva, že táto myšlienka mohla byť rovnostárska, avšak pod patriarchálnou industrializáciou spoločnosti bol za prototyp tohto stroja určené mužské telo. To ženské bolo naopak svojou rozdielnosťou od mužského štandardu považované ako chybné či dokonca nebezpečné a vyžadujúce si manipuláciu. Táto metafora nakoniec vytvorila základ moderného pôrodnictva. (Davis-Floyd, 2010)

1.2.3 Cisárske rezy v Českej republike

Odrážajúc sa od aktuálnych zozbieraných dát je evidentné, že za posledných dvadsať rokov sa počet vykonaných cisárskych rezov v Českej republike drasticky zvýšil. Národný registr reprodukčného zdravia uvádza, že v roku 2000 bolo vykonaných viac ako 11 tisíc cisárskych rezov. Od tohto roku sa ich počet kontinuálne zvyšoval. Najaktuálnejšie štatistiky ukazujú, že v roku 2023 sa touto cestou narodilo až 25,5 tisíc detí. Napriek tomu, že tento spôsob pôrodu znamená pre matku dieťaťa a náročnú operáciu, pre novorodenca je to v mnohých aspektoch šetrný príchod na svet. Obzvlášť ak sa jedná o predčasne narodených novorodencov, novorodencov s abnormálnou polohou v maternici, novorodencov s vrodenými vadami alebo rôznymi inými komplikáciami. Napriek tomu, že pre nich cisársky rez znamená najmenšie riziko, na druhú stranu sa rodia do sterilného prostredia a nie sú vystavené kolonizácii slizníc z pošvovej flóry matky. (Gregora, 2013) MUDr. Gregora ďalej pokračuje porovnaním doposiaľ vykonaných štúdií, ktoré potvrdzujú, že deti narodené cisárskym rezom majú väčšiu šancu náchylnosti na alergie a astmu. Taktiež bojujú častejšie s obezitou a celiakiou.

1.2.4 Faktory ovplyvňujúce počet cisárskych rezov

Príčin pre narastajúce množstvo cisárskych rezov je mnoho. Jedným z dôvodov rastúceho trendu pôrodov cisárskym rezom je asociovaný s reprodukčným starnutím, ktoré sa taktiež stalo novodobým fenoménom v Českej spoločnosti. Wauldaufová a Šťastná (2022) svojou demografickou analýzou potvrdili, že od roku 1994 sa s narastajúcim vekom rodičky zvýšil aj výskyt pôrodov cisárskym rezom. Dôležité je však spomenúť, že napriek tomu, že k najviac rizikovej skupine patrili v rámci výskumu ženy nad 35 rokov, autorky zaznamenali najväčší nárast u rodičiek mladších ako 25 rokov. Výsledky výskumu taktiež ukázali, že frekvencia pôrodov cisárskym rezom sa zvýšila u všetkých rodičiek. Najzásadnejšiu zmenu zaznamenali v prípade prvorodičiek vrátane akútnych cisárskych rezov. (Wauldaufová, Šťastná 2022)

1.2.5 Diskontinuita starostlivosti

Medzi ďalšie problematiky asociované so súčasným pôrodníctvom je diskontinuita starostlivosti. Ženy po ukončení povinnej hospitalizácie opúšťajú nemocnice, a sú odkázané samé na seba. Často tak musia samé čeliť nemalým problémom. Medzi jedným z nich rozhodne patrí kojenie, ktoré vyžaduje omnoho viac vzdelania, ako sa na prvý pohľad môže zdať. Dojčiace ženy sú posielané domov skôr, ako sa im vytvorí zásoba mlieka a sú ochudobnené o dôležité informácie a podporu, ktoré sú stavebnými kameňmi pre úspech v dojčení. Napriek tomu, že sa žena môže obrátiť na svojho lekára či pôrodnú asistentku. Napriek tomu je však tento typ starostlivosti pre lekárov či pôrodné asistentky mimo ich časové schopnosti, a tak sú ženy ponechané samé na seba. (Raphael, 1981) Ako však Davis uvádza, na rozmedzí nového milénia došlo k oddeleniu medikalizácie od inštitúcie medicíny v snahe poskytnúť tomuto pojmu väčšiu schopnosť zovšeobecnenia.

2. Metodológia

2.1 Výber metodológie

V rámci metodológie som si zvolila kvalitatívnu metodológiu s princípmi zakotvenej teórie. Túto metódu som si zvolila s ohľadom na vytýčené ciele práce, vybranú metódu zberu dáta a relevantnosť výzkumu na poli antropológie. V neposlední rade považuje túto metódu za optimálnu aj kvôli nedostatečnému množstvu datových informácií o dulách, ktoré by na iný druh analýzy boli nedostačujúce.

2.2 Cieľ práce

Ústredným cieľom mojej práce je zistiť ako sa české duly pozerajú na problematiku medikalizácie pôrodov a Českého pôrodnictva, a akú úlohu by mohli zohrávať pri jeho demedikalizácii. Navrhujem, že dula ako pomáhajúca profesia môže byť kľúčovým prostriedkom pre porozumenie tejto komplexnej problematiky, pretože napriek tomu, že sa v zdravotníckej sfére pohybuje, nie je jeho priamou súčasťou. Hlavným zameraním ich práce je sociálna podpora žien počas tehotenstva a pôrodu. Jedná sa o praktiku, na ktorú je v inštitucionalizovanom zdravotníckom systéme kladený len veľmi limitovaný dôraz, napriek tomu, že jej pozitívny dopad bol viacerými výskumami preukázateľný. Za ústredný aspekt považujem tiež fakt, že práca duly je považovaná v kontexte zdravotníctva za alternatívnu, a môže tak slúžiť ako rezistencia voči zaužívaným spôsobom a vnieť tak nové pohľady na medikalizovaný model pôrodu. V neposlednom rade považujem za dôležitých ich blízky vzťah s rodičkami, ktorú svojou kontinuálnou starostlivosťou sprevádzajú už počas tehotenstva a v mnohých prípadoch aj v popôrodnom období. Tento druh starostlivosti nie je v českom pôrodnom kontexte normou, a preto považujem ich pohľad na súčasný pôrodnický systém obzvlášť prínosný, pretože sú tak schopné podať komplexnejší obraz celého priebehu a vďaka ich blízkeho kontaktu s rodičkami tak získať podrobnejšie informácie, ktoré môžu byť kľúčové pre porozumenie riešenej problematiky.

V prvom rade chcem zistiť, či zvýšené štatistiky poukazujúce na lekárske intervencie

a cisárske rezy považujú za problematické, a akým spôsobom by sa táto skutočnosť mohla riešiť. Moja práca by mala načrtnúť portrét súčasného stavu Českého pôrodnictva vrátane jeho vývinu za posledné dve dekády. Chcem sa zamerať na možné dôvody pre jeho momentálnu situáciu a spôsoby riešenia negatívnych aspektov inštitucionalizácie pôrodu cez optiku dúl. Okrem iného ma zaujímajú aj ich skúsenosti s prácou vo verejnom štátnom zdravotníctve a možné komplikácie s ktorými sa počas svojej kariéry stretli. Pokiaľ ide o asistenciu počas tehotenstva a pôrodu, možnou alternatívou dostupnou v Českej republike sú aj pôrodné asistentky. Napriek tomu, že sa obdobne jedná o pomáhajúcu profesiu, rozdiel medzi nimi a dulami je veľmi zásadný. V rámci kvalitatívneho výskumu chcem porozumieť dôvodom, prečo by si rodičky zvolili práve dula, a aké benefity či prípadné nedostatky z tejto možnosti plynú. Odrážajúc sa od cieľov, ktoré som vytýčila som formulovala svoju výskumnú otázku nasledovne:

1. Ako vnímajú duly súčasný stav Českého pôrodnictva v kontexte medikalizácie pôrodu?

Touto otázkou som sa pokúsila na základe osobných skúseností dúl zistiť, ako v súčasnosti funguje české pôrodnictvo. Predmetom môjho záujmu bola starostlivosť zdravotníckeho personálu o pacientky a ich prístup k pôrodnému procesu. V rámci analýzy som zbierala informácie aj o celkovom vývine tejto inštitúcie cez posledné dekády. Ak došlo ku zmene v prístupe či praktikám pôrodnictva, zaujímala som sa aj o možné príčiny, ktoré túto alternáciu iniciovali.

2. Ako duly pracujú v inštitucionalizovanom systéme pôrodnictva?

Napriek tomu, že duly podporujú aj pôrody v domácom prostredí, v prevažnej miere pracujú v nemocniciach po boku zdravotníkov. Na rozdiel od pôrodnej asistentky však dula nedisponuje zdravotným vzdelaním a v nemocničných priestoroch zastáva želania svojej klientky. Predmetom mojej analýzy bude zistiť ako sa dulám podarilo asimilovať do prostredia nasledujúceho technokratický model pôrodu, no zároveň si udržať svoju vlastnú integritu.

3. Ako môže pomáhajúca profesia duly pomôcť k demedikalizácii pôrodov?

Všetky moje rozhovory smerovali k riešeniu problematiky medikalizácie pôrodu. Zisťovala

som spôsoby akými operujú, aby sa počas procesu vyhli lekárskeým intervenciám, cisárskym rezom bez indikácie a v neposlednom rade sprostredkovali žene lepšiu skúsenosť s pôrodom. Chcela som vedieť, či ich kontinuálna starostlivosť pomáha ženy angažovať do pôrodného procesu a nezvoliť si pasívny prístup, ktorý by viedol ku strate ich autonómie nad vlastným telom.

2.3 Metóda vytvárania dát

Za metódu vytvárania dát som si zvolila pološtrukturované hĺbkové rozhovory s dulamí. Väčšina rozhovorov prebehla osobne v rôznych priestoroch vrátane dvoch pracovísk, a tri rozhovory prebehli v online priestore. Dokopy som uskutočnila deväť rozhovor, no na analýzu som použila len sedem z nich. V prvom prípade sa jednalo o rozhovor s duloú študentkou, ktorý nebol nahrávaný a slúžil len na diskusiu, počas ktorej som sa snažila zistiť relevantnosť riešenej problematiky a objasniť si témy, ktoré by mali byť predmetom mojej práce. Druhý rozhovor kvôli technickým komplikáciám nebolo možné použiť. Priemerná dĺžka použitých rozhovorov sa pohybovala okolo jednej hodiny, z toho najdlhší z nich trval 95 minút. Rozhovory som nahrávala na mobilný diktafón a následne ich prepísala. Od všetkých respondentiek som pred ich uskutočnením obdržala písomný aj verbálny súhlas s nahrávaním s možnosťou kedykoľvek odstúpiť. Všetci moji informátori boli anonymizovaní pre ochranu ich súkromia a zlepšenie autenticity počas rozhovoru. Svoje informátorky som si vyhľadala cez dve české asociácie dúl - Česká asociace dul (ČAD) a České duly. Kritériá na selekciu som mala dve. V prvom rade sa muselo jednať o pôrodné duly, pretože ako som už uviedla, existujú aj duly popôrodné. Informátorky museli taktiež pôsobiť buď na pražskom alebo stredočeskom území, aby bolo jednoduchšie sa s nimi spojiť a prípadne osobne stretnúť. Ešte pred začatím rozhovoru som ženám objasnila cieľ mojej bakalárskej práce a okruhy tém, ktorými sa počas nášho rozhovoru budem zaoberať. Výber polo štrukturovaného rozhovoru mi umožnil viesť plynulý rozhovor a možnosť flexibilne meniť otázky odvíjajúc sa od výpovede informátoriek. Ak sa počas neho objavili témy alebo informácie s ktorými som predbežne nepočítala, mala som možnosť sa ich na to viac dopýtať a umožniť im tému viac rozviesť.

2.4 Charakteristika výskumného súboru

Dokopy som nazbierala sedem informátoriek rozličných vekových kategórii od 30 rokov veku až po 50 rokov. Každá z nich bola matkou aspoň dvoch detí a aktívne vykonávala prácu pôrodnej duly počas doby uskutočnenia rozhovorov. Ich mená boli pozmenené pre zachovanie anonymity.

Barbora

Barbora vyštudovala biológiu na prírodovedeckej fakulte a sprevádza ženy ku pôrodom už šesť rokov. Za sebou má asistenciu počas 67 pôrodov a pôsobí výhradne v Prahe. Rozhovor prebiehal osobne v kaviarni. Barbora má dve deti.

Jana

Jana má vyštudovanú vysokú školu ekonomickú a v odbore pracovala rok. Ako dula pôsobí od roku 2010 a za sebou má viac ako 300 pôrodných doprovodov. Pôsobí v Prahe a Stredočeskom kraji. Jana je matkou troch detí. S Janou sme sa stretli osobne na jej pracovisku, kde prebieha predpôrodná príprava a konzultácie.

Iveta

Iveta sa na dráhu duly vydala rok po doštudovaní vysokej školy v 2010. V tejto profesii tak pôsobí už viac ako 14 rokov. Primárne pôsobí v Prahe a okolí. Iveta je matkou troch detí. Rozhovor prebiehal v online priestore cez platformu Google meet.

Michaela

Michaela pochádza z Ruska kde študovala na vysokej škole. Dulou sa stala 10 rokov dozadu po pôrode prvého dieťaťa. Momentálne vykonáva doprovody v Prahe a Stredočeskom kraji. Pri pôrodoch sprevádza prevažne rusky hovoriace klientky. Michaela má dve deti. Rozhovor prebiehal v online priestore Google meet.

Veronika

Veronika bola priamo pri zakladaní Českej asociácie dul (ČAD). Ako dula pracuje od roku 2002. Svoju prácu vykonáva prevažne v Prahe a Stredočeskom kraji. Je matkou dvoch synov. Rozhovor bol uskutočnený osobne v jej pracovných priestoroch v obci za Prahou.

Magdaléna

Magdaléna má vyštudovaného Magistra. Prácu duly vykonáva posledného pol roka v Prahe a Stredočeskom kraji. Pôrodné skúsenosti nazbierala okrem Českého kontextu aj na Novom Zélande. Magdaléna má tri deti. Rozhovor sme viedli osobne v priestoroch kaviarne v Prahe.

Karolína

Karolína vyštudovala politológiu a venovala sa pôvodne rôznym humanitárnym činnostiam. Prácu duly vykonáva od roku 2014 v rámci asociácie České duly. Doprevádza ku pôrodom v Prahe a okolí a je matkou troch detí. Rozhovor kvôli časovej tiesni prebiehal v online priestore Google meet.

2.5 Metóda analýzy dát

Nahrané audio záznamy rozhovorov boli prepísané do osobitných dokumentov a následne pridané do počítačového analytického softwaru Atlas. V Atlas programe som rozhovory analyzovala a roztriedovala jednotlivé úryvky do kódov na základe obsiahnutých tém. Pomenovanie a obsah kódov som si vopred vytýčila na základe mojich výskumných otázok. Ak si to analýza vyžadovala, v priebehu procesu som postupne kódy pridávala. Po roztriedení dát som ich následne vyhodnocovala a rámcovala do teoretických podkladov.

3. Analytická část

3.1 Súčasný stav Českého pôrodnictva

3.1.1 Diverzita prístupov nemocníc

Medzi hlavné predmety záujmu môjho výskumu bolo zmapovať súčasný stav českého pôrodnictva z pohľadu dúl, ktoré sa v ňom pohybujú. Medzi najzásadnejšie zistenia, ktoré z výskumu vyplynuli, patril veľmi diverzný prístup k pôrodom odvíjajúci sa od konkrétnych pôrodníc. Napriek tomu, že pôrodnice majú svoje štandardné postupy, ktoré nasledujú, ich miera používania či intenzita veľmi záležali od konkrétnych pôrodníc. Medzi mojimi informátorkami, ktoré sa prevažne pohybovali v Prahe a okolí, panovali veľmi obdobné skúsenosti s konkrétnymi pôrodnicami. Medzi najviac prívetivé a kooperujúce s dulami patrila jednoznačne Fakultní nemocnice Bulovka. Od duly Jany som sa dozvedela, že dokonca samotná nemocnica momentálne spolupracuje s deviatimi dulami, ktoré majú priamo s nemocnicou kontrakt. Jana opisovala, že z počiatku tam duly vítané neboli, no počas vírusu Covid-19 nastali problémy s nedostatočnými počtami personálu a zúženými možnosťami práce, ktoré inšpirovali nemenovanú pôrodnú asistentku spoločne s dulou kolegyňou na naviazanie tejto spolupráce. Jana sa v porovnaní s inými pôrodnicami cíti na Bulovce rešpektovaná a má dobrý vzťah so zdravotníckym personálom.

„Protože je to prostě fakt jako stejnej druh práce jako duly jakejkoliv jiné, akorát vlastně v přátelském prostředí, kde já fakt nemusím schovávat rebozu a dělat, že ho nemám. Nemusím prostě dělat nějaký náročnější, manipulující jako pozice pro úpravu, třeba polohy miminka ve chvíli, kdy zapadnou za lékařem dveře protože já mám obavu, že prostě bude mít tady o tom mým nápadu nějaké pochybnosti. Že to můžu ze všema úplně otevřeně, tam jakoby komunikovat, a je to pro mě jako mnohem snazší.“ (Jana)

V Janinej výpovedi je evidentný komfort a dôvera, ktorú jej Bulovka pri výkone jej práce poskytuje. Táto inštitúcia tak zastáva rozdielny postoj oproti iným pôrodniciam, kde figuruje

medicína ako jediný zdroj objektívnej pravdy. (Zola, 1972) Jana v rozhovore reflektuje na predošlé skúsenosti z iných pôrodníc kde sa snažila používať rebozo, šatku ktorá môže neinvazívnym spôsobom vypomôcť pri nepostupujúcom pôrode polohovať dieťa do cielenej pozície. Z jej výpovede vyplýva, že sa môže v danom prostredí angažovať bez strachu a využiť tak naplno alternatívne metódy, ktorými disponuje. Obdobnú skúsenosť má s Bulovkou aj Michaela, ktorá momentálne robí doprovody prevažne na Bulovke či nemocnici v Rakovníku. Ako hlavné pozitívne atribúty práce na Bulovke zmienila dobré vzťahy s personálom a lepšie podmienky pre rodiace ženy.

„V Česku záleží prostě na konkrétní porodnici a na těch postupech, které mají třeba v některých porodnicích dosud mají to, že dávají ženě při příjmu preventivní kanylu. Nebo všem ženám dělají dirupci na těch já nevím 3/4cm nebo dávají všem oxytocin ve druhé době porodní a záleží na tom, no na těch postupech v konkrétní porodnici. A jak jsem zmínila, většinou doprovázím že Bulovka a Rakovník a tam to nedělají.“ (Michaela)

Dula Michaela vysvetľuje veľmi rozdielne postupy jednotlivých nemocníc. Vo svojej výpovedi opisuje zaužívané medicínske intervencie počas pôrodu, ktoré sa v nemocniciach stali štandardizovaným postupom. To čo Michaela opisuje je typický príklad technokratického modelu pôrodu, o ktorom pojednáva Robie Davis-Floyd (Davis-Floyd, 2010). Technokratický model sa zakladá na argumente, že ľudské telo je vnímané ako stroj. To ženské je však na rozdiel od mužského nepredvídateľné, narušené. Antropologička argumentuje, že si pôrodnická veda osvojila vo svojej praxi metaforu montážnej linky ako model nemocničného pôrodu. V súlade s touto metaforou a s ekonomickými vplyvmi sa v nemocničnom prostredí zaobchádza s ženským telom ako s pôrodným strojom. (Davis-Floyd, 2010) Nemocnica je tak prirovnávaná k technokratickej továrni, ktorá sa podriaďuje pravidlám inštitucionálnym, skôr než tým osobným. Moju argumentáciu potvrdila výpoveď Ivety, ktorá metaforu továrne sama použila, keď reflektovala na svoje skúsenosti s nemocnicou v Podolí.

„Podolí, že to je prostě ta továrna, která to tam jako chrlí a musí fungovat jako ten dobře promazanej stroj, nesmí se nikde nic zadrhnout. Takhle přesně vlastně na mě působí Podolí podle mě. Ale dobrý, tohle se rozhodně zlepšuje, protože třeba před těmi deseti lety, když jste přišla do porodnice, řekla jste, že jste dula, tak na vás koukali, co tam děláte, proč tam jste, co jste vůbec, a tak. Tak to se rozhodně změnilo.“ (Iveta)

Napriek tomu, že svoju pracovnú skúsenosť s Podolím hodnotila prevažne negatívne, za 14 rokov pôsobenia v profesii zaznamenala istú transformáciu či zmenu čo sa prístupu ku dulám týka. Jej odpoveď potvrdzuje vzrastajúce povedomie o dulách a ich náplni práci, čo môže svedčiť o ich asimilácii do inštitucionalizovaného prostredia.

Zmena v prístupe zdravotníkov a pôrodníc k prítomnosti dully v ich priestoroch a ku svojim klientkam bol jeden z prominentných výsledkov, ktoré som cez môj výskum obdržala. Vďaka rozhovoru s Veronikou, ktorá udržiava úzky kontakt s kolegyňami z iných krajov, som sa dozvedela, že stredočeský kraj vrátane Prahy boli podľa nej oproti iným regiónom Česka oneskorené v progresívnych praktikách. Vo svojej výpovedi vyzdvihovala najmä Vysočinu, Vrchlabí či Krnov, kde už zhruba 20 rokov dozadu zažila bonding matky a dieťaťa po cisárskom reze. Veronika však zdôraznila, že v súčasnej českej spoločnosti koluje mienka, že transformácia pôrodnictva je niečo, čo sa dalo do pohybu len v posledných zhruba desiatich rokoch.

„Akorát teda, jak říkám teď, jako pro mě je trochu úsměvný to, jak to vypadá, že ty změny se dějou jenom teď kon že teď jako všichni procitli a děje se to. Vůbec to tak není. Je tady spousta jako fakt supr lidí jako zdravotníků, který ty změny dělaly. Jo o tech jsem dneska vlastně skoro nemluví, ale jsou tady jako oni to budovali.“ (Veronika)

Veronika v rozhovore vyzdvihovala najmä prístup primára v Rakovníku a primárky v Nemocnici Havlíčkův Brod, ktorí sa tieto zmeny snažili implementovať do svojej lekárskej praxe. Jej odpoveď tak naznačuje, že na to aby nastali systémové zmeny smerujúce k pôrodnej starostlivosti mimo technokratický model, je nutné aby tieto zmeny podnietili jedinci disponujúci odbornou autoritou. Potenciál na zmenu v systémovej starostlivosti vidí aj v sociálnych sieťach, ktoré sú podľa nej efektívne v šírení informácii pre cieľovú skupinu, v tomto prípade má na mysli ženy.

O niečo odlišný názor na tempo akým sa české pôrodnictvo vyvíja mi poskytla Iveta. Síce priznáva, že sa táto oblasť zdravotníctva mení, podľa nej však tieto zmeny prebiehajú pomaly. Na začiatkoch svojej praxe v roku 2010 totiž predpokladala, že dnešný stav pôrodnictva bude na inej úrovni. Zároveň sa však na budúcnosť pozerá pozitívne. Dôvodom jej výhľadov je čoraz viac znižujúca sa pôrodnosť, ktorá má potenciál vytvoriť medzi pôrodnicami konkurenciu.

„Myslím si, že teď nám hodně, hodně nahrává toho, že se snižuje porodnost. Hodně se snižuje porodnost. A tudíž ty porodnice se budou hodně snažit, aby ty ženy chodily k nim. A v tom vidím vlastně obrovskou příležitost pro pozitivní změnu v tom českém porodnictví. Protože pro ty porodnice to opravdu bude značné, jako nějaké porodnice, podle mě, se budou zavírat. Protože prostě to množství těch rodičích žen nebude takový, aby bylo potřeba, teď máme 90 porodnic, jo, a to prostě nevytížíme, když se ta porodnost po třetím až o polovinu sníží, což je ten předpoklad..“ (Iveta)

Iveta naznačuje, že pôrodnice sa s ubúdajúcou klientelou budú pokúšať o strategické systémové zmeny aby ku sebe prilákali rodičky. Obdobný názor zastávala aj Jana, Michaela a Veronika. Jana mi rozprávala o možných adaptáciách nemocníc na znižujúcu sa demografickú krivku pôrodnosti. Od pôrodníc očakáva transformáciu poskytovanej starostlivosti, kedy budú zdravotníci viac počúvať prania svojich klientok. Vo svojej výpovedi spomenula aj možnú implementáciu alternatívnych praktík ako je vaginálna napárka či šicie byliny. Vyššiu konkurenciu medzi pôrodnicami zaznamenala aj Michaela, obzvlášť medzi menšími pôrodnicami. Ako príklad uviedla pôrodnicu v Slaném, ktorá začala mať problémy s nedostatkom klientely. Narastajúci problém sa nemocnica rozhodla konzultovať s dŕami z ČAD, ktoré podľa nej vnímajú ako ovplyvňujúci element na ženy pri výbere pôrodnice. Zmeny, ktoré sa rozhodla nemocnica v Slaném zahrnúť bol pôrodný bazén a rozkladací gauč. Výpovede dŕ tak potvrdzujú výsledky etnografického výskumu Hrešanovej a Marhánkovej, ktoré opísali komercializáciu pôrodnej starostlivosti pod vplyvom zmeny systému financovania, kedy sa rodičky stávajú konzumentmi ich služieb. Je teda evidentné, že nemocnice sú pod tlakom klesajúcej klientely nútené zmeniť nie len vybavenie či interiér ale aj prístup zdravotníkov. Do spektra záujmu sa dostáva dopyt po alternatívnych formách pôrodu v inštitucionalizovanej pôrodnej starostlivosti. (Hrešanová, Hasmanková Marhánkova, 2008) Spomínaný výskum bol však publikovaný 16 rokov dozadu, ako je teda možné, že relevancia tohto argumentu je opätovne prítomná?

Napriek tomu, že odpoveď na túto problematiku si vyžaduje komplexnejší výskum, aktuálne neoficiálne dáta zozbierané od veľkých českých pôrodníc Hospodárskym denníkom (môžu naznačovať, že príčinou je ešte výraznejšie klesajúca pôrodnosť, ktorá prekonala aj najviac pesimistické prognózy populačnej projekcie Českého statistického úradu. Ten predpokladal, že sa za prvé tri mesiace roku 2024 narodí v priemere 91-tisíc detí a najmenej 85-tisíc detí. (Český

statistický úrad, 2023) Najnovšie štatistiky však ukázali, že sa v najväčších pôrodniciach narodilo len 82-tisíc novorodencov. (Hospodárske noviny, 2024) V súvislosti s nedostatočnou klientelou musela väčšina pôrodníc zrušiť predregistráciu, čo potvrdila aj výpoveď Jany. Pôrodniciam tak už nestačí zmeniť len interiér či modernizovať vybavenie, tieto požiadavky sú totiž vo väčšine veľkých nemocníc štandardom. Zmeny musia preniknúť do iných oblastí aby nemocnice opätovne zaujali rodičky. V súvislosti s akútnou situáciou sa spomínaná nemocnica v Slaném rozhodla obrátiť na doly, pretože disponujú vybudovanou klientelou ktorá rešpektuje ich odporúčania a tým prispieva k narastajúcej autorite.

„Jakože ta porodnost prostě jde dolů, a když to nebudou dělat dobře, tak tam lidi nebudou chodit. Už teďka v Praze vlastní většina porodnic nevyžaduje tu registraci to třeba pár let ještě zpátky bylo nemyslitelný 14:00 prostě všichni seděli u počítače a snažili se ulovit místo v tý svojí porodnici. Ted'ka už je to jenom ta Bulovka, která je opravdu tady v tu chvíli jako plná...ale všechny ostatní pražský porodnice jsou prostě už normálně volný a to je jako něco, co ještě před pár lety bylo úplně nemyslitelné. Třeba do Podolí se vůbec nešlo dostat, dřív měla jako takovou tu pověst tady.“ (Jana)

Podľa výpovede informátorky, ktorá pracuje v nemocnici na Bulovke v rámci programu „Doly na Bulovce“ patrí práve táto pôrodnica medzi jedinú v okolí Prahy, ktorá nemusí o svoju klientelu bojovať. Bulovka sa prezentuje ako prostredie, ktoré kladie dôraz na individuálny a ľudský prístup k ženám. V rámci svojej praxe podporujú prirodzený priebeh pôrodu, bodning a koncept minimálnej separácie medzi matkou a dieťaťom. (Fakultní nemocnice Bulovka, 2024). Prístup k pôrodu ktorý Bulovka praktizuje aj za pomoci dúl sa ukazuje byť efektívnym spôsobom, vďaka ktorému má oproti iným nemocniciam aj naďalej stálu klientelu.

3.1.2 Medicínske intervencie

Lekársky a technologický pokrok v oblasti pôrodnej starostlivosti drasticky znížil pôrodnú úmrtnosť matiek a ich detí. Avšak, medicínske intervencie sa stali bežnou súčasťou pôrodnej praxe, ba priam až rutinnou záležitosťou. Ak sú využívané vo vhodných situáciách, vedú zachraňovať životy. Ak sú ale využívané bez legitímnych indikácií, môžu transformovať pôrod z normálneho fyziologického a transformačného procesu na lekárske a chirurgický zákrok. Každý excesívny zákrok so sebou nesie nežiadúce účinky a riziká, ktoré si môžu vyžadovať ďalšie zásahy. (Jansen, Bowles, Leach, 2013)

Vo všetkých rozhovoroch s mojimi informátorkami sa veľmi frekventovane objavovala problematika medicínskych intervencií ako jeden z prominentných príznakov medikalizácie inštitúcie pôrodnictva. Intervencie sa prejavovali v rôznych lekárskejších úkonoch ako využívanie analgézie v podobe oxytocínu na vyvolanie pôrodu, epidurálnej anestézie či nástrihu hrádze (epiziotomie). Často k daným úkonom dochádza bez zvolenia rodičky či bez jej informovanosti. V rozhovore s Michaelou sme pojednávali o hierarchickej moci zdravotníkov, ktorému musia doly často vzdorovať. Michaela spomenula prípad, kedy bola skritizovaná od lekára, pretože sa rozhodla zasiahnuť do rutínnej intervencie nástrihu hrádze v 2. dobe pôrodnej.

Michaela: Jestli třeba já nevím, doktor nebere nůžky a nechce udělat nástřih a bez toho, aby se té ženy zeptal.

Ž: A to se deje se, stává sa to?!

Michaela: Jo, to se děje bohužel. No ale zažila jsem to už jako no několikrát v pražských porodnicích, že se ani neptají, že prostě, když lékař musí, že to je potřeba, tak to udělá. A i když jsem laktiční poradkyně a chodím k těm ženám, a občas na ti kolektivní poradenství a občas ty ženy jako neví, že třeba byl nástřih nebo nebyl nástřih až prostě po porodu v tí propouštěcí zprávě, že měly nástřih třeba, nebo prostě že jako špatně se jim sedí jako po porodu a pak jim někdo řekne, no tak jste měla nástřih a oni to ani nevěděli. (Michaela)

S výpovede Michaeli je evidentné, že k danému lekárskejšmu úkonu by bez jej prerušenia došlo bez zvolenia a čo i len informovanosti samotnej ženy. Ženské telo sa tak pod vplyvom

moderných pôrodnických praktík stáva komodifikované a je mu venovaná väčšia pozornosť zo strany zdravotného personálu ako samotnej žene, ktorej patrí. (Hunter, Hurst, 2016) Keďže počas pôrodu dochádza v ženskom tele k mimovoľným telesným procesom, ktoré nie sú schopné ovládať, v očiach inštitucionalizovaného pôrodnictva sú vnímané ako pasívnymi participantmi, a teda je požadované nebrániť sa intervenciám či klásť otázky. (Floyd, 2010)

Zlé zaobchádzanie si zažila na vlastnej koži aj Magdaléna, ktorá rodila koncom panvovým. Jej pôrod bol odlúčený od vlastnej telesnej skúsenosti, kedy jej nebola poskytnutá možnosť riadiť sa vlastnými telesnými procesmi, ale túto expertízu pod tlakom odovzdala do rúk niekomu inému. (Hunter, Hurst, 2016)

Ale stejně jsem byla vlastně... nebyl to rozhodně přirozený porod. Řekli mi dopředu, že mi udělaj nástřih, protože je to konec pánevní, preventivně řekli mi v jaké poloze budu rodit. Nebylo to vůbec, že já bych poslouchala svoje tělo, a oni mě v tom podporovali. Takže bych si troufla říct, že jsem zažila porodnický násilí sama taky v tom českém systému na vlastním porodu. A možná to, co jsem si nedokázala představit, je, že to budu zažívat více méně u každého porodu. Že tady to porodnické násilí je fakt institucionalizované, že to tady prostě je. Jako více méně všude. (Magdaléna)

Z výpovede Magdalény vyplýva, že jej pohľad na prístup zdravotníkov odrážal inštitucionalizovaný patriarchálny pohľad na ženské telo, ako chybný stroj, ktorý je lepšie kontrolovať a manipulovať pomocou lekárskeho intervencii. Zdravotníci tak podľa nej pristupujú k pôrodu ako k niečomu nebezpečnému a zasahujú bez indikácie do procesu, ktorý je pre ženské telo prirodzený. (Fox, 1999). Magdaléna použila výraz *pôrodnické násilí*, ktorý je v tomto prípade emickým termínom, ktorý nie je v českej legislatíve právne ukotvený. Pojem pôrodnické násilie sa ako právny termín objavil vo Venezuele a neskôr aj v Argentíne a Mexiku. (Chadwick, 2017) Je však dôležité upozorniť, že Svetová zdravotnícka organizácia s týmto termínom nepracuje, a namiesto toho používa výraz „zlé zaobchádzanie“. (WHO, 2019) Kampaň Už dost, ktoré sa problematike pôrodnického násillia zaoberá v českom kontexte definuje pôrodnické násilie ako fyzické a psychické násilie, ktoré zasahuje do tela ženy a dieťaťa. Podľa kampane pôrodnické násilie zahŕňa manipuláciu a zastráňovanie, zneužívanie liekov, zmenu prirodzených procesov na patologické a stratu autonómie a možnosti rozhodovať o vlastnom tele. (Už dost, 2024) Kampaň pozostáva z viacerých neziskových organizácií, medzi ktorými je aj Ammadula a Únie porodných asistentek, a je teda

pochopteľné, že sa tento termín používa v rámci dulej komunity.

Antropologička Emily Martin naznačila, že táto dehumanizujúca perspektíva zdravotníkov na ženské telá je reprodukováaná biomedicínskymi poznatkami a pojmovými rámcami používanými v medicínskom vzdelaní. (Martin, 2001) Podobného názoru bola aj Barbora, ktorá si myslí, že ak má dôjsť ku zmenám v pôrodnictve, je nutné začať už od vzdelávania.

„Je to řemeslo a je tam obrovská, tradiční setrvačnost toho, co by co říká ten, kdo se to dělá, na kterém pracovišti. Takže nějaké kritické myšlení, když se prostě porovnává něco ve výzkumu funguje jinak. Ve zdravotnictví to má obrovitánskou takovou jako setrvačnost, protože tam do toho hrozně vstupuje ten kulturní aspekt toho, jak se předává takové nějaké navíc a navíc. Čili rozhodně už do vzdělávání by měli vstupovat.“ Následne pokračovala komparáciou práce duly, ktorá nespadá pod žiadnu inštitúciu a tým pádom na seba neprenáša zaužívané postupové vzorce a dominantné paradigmy. *„Když máte jednotlivou dudu, porodní asistentku, co funguje, co pracujou jakoby privátně nebo komunitně, tak jede sama za sebe, vkládá tam sebe a pracuje v tom mikro týmu. Ale jak je to zdravotnické zařízení, tak tam prostě jsou to takové výšeče toho celého, které od administrativy přes nějaké tyhle postupy, co se kdy dělá prostě táhne za sebou zbytek té budovy.“* (Barbora)

Považujem však za dôležité spomenúť, že všetky duly, s ktorými som viedla rozhovor nepovažovali medicínsky model pôrodu vo svojej podstate za zlý. Opakovane mi bolo prízvukované, že si uvedomujú aké benefity priniesli nové biomedicínske poznatky, a že sú prípady, kedy je lekársky zásah jednoducho nutný, no je podstatné siahat' po týchto možnostiach až keď je to naozaj potrebné.

“Jo, že to tak může bejt, jako není to o tom, že každej porod musí bejt přirozenej, normální bez intervencí. Jo, prostě někde nějaká intervence prostě zapotřebí je a díky bohu za ně jo.“ (Veronika)

3.1.3 Diskontinuita starostlivosti

Počas vytvárania mojich dát o súčasnom stave Českého pôrodnictva sa mi opakovane objavoval jeden zásadný problém v rámci systémovej starostlivosti. Častým predmetom kritiky zo strany dúl bola diskontinuita starostlivosti zdravotného systému. Najčastejšie tým duly mysleli nedostatočnú popôrodnú starostlivosť v takzvanom šestonedelí a takmer neexistujúca asistencia s počiatkami v kojení, čo potvrdila aj kvalitatívna štúdia Hrešanovej. (Hrešanová, 2011) Rovnakú problematiku popisuje aj Dana Raphael (1986), kde v moderných industrializovaných spoločnostiach sa čerstvým matkám nedostáva dostatok informácií o kojení a po veľmi krátkej dobe po pôrode sú posielané domov skôr, ako sa im stihne vytvoriť zásoba mlieka. (Raphael, 1986). V českom zdravotnom systéme doposiaľ nie je ošetrová pravidelná dochádzková starostlivosť o ženu v šestonedelí. Ak sa vyskytnú nejaké problémy, môže sa obrátiť na pediatra. Druhou možnosťou je laktačná poradkyňa, ktorá si však za výjazdy a osobné stretnutia účtuje poplatok. Napriek tomu, že od roku 2021 by malo byť laktačné poradenstvo hrazené poisťovňou, len určitý výber z poisťovní to naozaj tak robí. (NZIP, 2024)

Tieto informácie mi potvrdila aj dula Barbora, ktorá zdôraznila, že v Českom systéme je dochádzková starostlivosť neexistujúca. Napriek tomu, že si žena môže zažiadať o pôrodnú asistentku, no musí to indikovať lekár, ktorí to však podľa nej nerobia.

„Nevýhoda je v tom zase těch asistentech není úplně úplně mnoho, takže nejsou vždycky dostupné a je potřeba si tohle uhradit, takže je možné třeba se pak poptat pojišťovny, jestli v rámci nějakého porodního kreditu části tech služeb uhradit. Ale apriori tohle pojištění hrazené není proto, že porodní asistentky mají poměrně, jak bych řekla poměrně pracovní cestu k tomu, aby s nimi pojišťovny smlouvy uzavíraly. Není jich moc těch pojišťoven. Bude těch pojišťoven jsou sdílené i takové příběhy, jak prostě snažila obcházet jich víc, aby to ty klientky měly na pojištění a pojišťovny nemají o to zájem. To znamená, že je to dost složité. Je to často to prostě po x krocích skončí, že teda jakoby nebude. Je to poměrně nevýhodné. A v české legislativě v současnosti platí, že po návštěvy porodní asistentky v šestinedelí můžou být hrazené z pojištění, pokud to indikuje lékař. Což jako indikuje lékař. Ale lékaři tohleto nedělají.“ (Barbora)

Lekári podľa informátorky neregistrujú potrebu pôrodnej asistentky z dvoch hlavných dôvodov. Za prvé podľa nej nemajú dostatočné povedomie o pôrodných asistentkách a ich

popôrodnej starostlivosti. Za druhé je podľa nej otázka o akého lekára sa jedná. Ak by sa totiž jednalo o gynekológa, tak z vlastnej skúsenosti hovorí, že ženy jeho služby prvých 6 mesiacov po pôrode nevyužívajú. Ak by sa predsa len na neho obrátili, myslí si, že jeho postoj by bol takmer určite odmietavý. Barbora teda konštatuje, že popôrodná starostlivosť je takmer nedostupná. Nedostačujúci počet pôrodných asistentiek a excesívnu byrokratizáciu prístupu k nim mi potvrdila aj Karolína.

„Takže tam je jako obrovská díra. A právě to jse snaží UNIPA řešit, že dokonce na to jako kolonku v tom pojišťovnictví máme. Ale je to tak, že to musí podepsat lékař, že jako objednáva péči porodní asistentky. Za první je to málo, a za druhé je to závislí na tom, jestli ten lékař se rozhodne, že ta žena potřebuje nebo ne. Což je úplně absurdní. A jinak ta péče je velmi nedostatečná, a to se jako zobrazuje v tom, kolik žen vzdává kojení, třeba podpora nějaký jako i psychiky té ženy, že je obrovský počet žen, že má nějak jako stíženou psychickou situaci. A tam je toho tolik, co ta porodní asistentka nebo dula můžou udělat.“ (Karolína)

Kritike kojenia v pôrodnickom systéme sa venovala aj antropologička Dana Raphael. Podľa nej je inštitucionálna rutina natoľko neefektívna, že podporuje „antidojčiaci“ efekt. (Raphael, 1986) Táto problematika súvisí aj s množstvom zdravotníkov, ktorý sa počas hospitalizácie či starostlivosti v rámci zdravotných inštitúcií o ženu starajú. Fluktuácia zdravotníkov zabraňuje uniformnému zdroju informácii pre tehotné či dojčiace ženy a negatívne tak ovplyvňuje celkovú popôrodnú starostlivosť. Tieto informácie mi poskytla aj Michaela.

„V porodnici často dostávají ženy takový různé rady od různých porodních asistentek a hodně tím bývají zmatené. Prostě ženy mi často říkají, že přijde sestra a říká, že ne tak tohleto nedělejte to musíte dělat takhle. Pak já nevím za 12 hodin přijde jiná a řekne, no kdo vám to řekl? A tak musíte to dělat to opačně, a že musí být zmatené. A s tím jse stýkám spíš, že jako prostě....mmmm no spíš nemají podporu toho kojení.“ (Michaela)

Informátorka ďalej pokračovala, že zdravotnícky personál sa skôr zaujíma o váhu novorodenca, a či sa jeho číslo zvyšuje, akým spôsobom, to už pre nich nie je natoľko podstatné. Zúfale matky sa tak obracajú na zaužívaný spôsob, a to dokrmovaním umelou výživou. Negatívny postoj zaujala Michaela aj voči informáciám dostupným na internete. Aj tie sú podľa nej zmätočné a nejednotné. Odpoveďou na túto problematiku môžu byť práve dule. Analýza medzikultúrnych antropologických štúdií Dany Raphael (1986) identifikovala

základný element pre úspešné dojčenie. Bola to prítomnosť niekoho, kto sa o čerstvú matku postará, túto osobu nazvala dula. V rámci asociácii existujú špecializované duly práve na toto obdobie- popôrodné duly. Okrem nich však základné laktačné poradenstvo či podporu počas šestonedelia ponúkajú aj duly svojim klientkam u ktorých pôrodoch asistovali.

V rámci výskumu som mala možnosť viesť rozhovory len s dulamí v rámci združení *ČAD* a *České duly*. Za dôležité však považujem spomenúť ešte ženy, ktoré pracujú ako duly mimo akéhokoľvek združenia a profesiu sa rozhodli vykonávať na základe vlastného vnútorného cítenia. Na základe rozhovoru s Janou som vycítila istú negatívnu konotáciu medzi nimi a certifikovanými dulamí.

“Ale jsou ženy, které prostě se dula jako nazvali jenom, protože se tak jako vnitřně cítí být na základě třeba své právě rodičovské zkušenosti, nebo nevím... a žádný organizaci se jako neřadí. K žádnému kodexu se nehlásí. A někdy jako docela řáděj“ (Jana).

Jana tu naznačila problém komunikácie takýchto dúl so zdravotníkmi, kde často dochádza ku nedostatočnej miere rešpektu, čo môže mať negatívny dopad aj na povest' certifikovaných dúl. Čo sa týka jednotlivých asociácii, z rozhovoru s Janou som sa dozvedela, že zakladateľky *Českých dul* sa odštiepili od *ČAD* pretože mali iné požiadavky a vytvorili si vlastné združenie. Jana ako zásadné rozdiely identifikovala prísnejšie pravidlá a dlhší priebeh výcviku dúl s povinnou psychoterapiou. Karolína, ktorá samotná patrila ku *Českým dulam*, mi zas v rozhovore o medicínskych intervenciách prezradila, že *České duly* zastávajú najmenej dogmatický postoj voči prirodzený pôrodom. Je dôležité si uvedomiť, že práca duly nemá striktné vyznačené hranice, a spôsob akými duly pracujú sa môže líšiť. Zo sociologického hľadiska neexistuje jednotná definícia profesie, no existuje niekoľko základných vlastností, ktoré môžu profesiu merať. Medzi ne patrí založenie na súbore vedomostí, špecializované zručnosti a kompetencie a v neposlednom rade etický kódex. (Abott, 1998) Ak sa na prácu duly v rámci asociácii pozrieme touto optikou, všetky kritéria pre zaradenie do profesiu spĺňajú. Ako však spomínala Veronika, duly ktoré nepracujú v rámci asociácii, nemajú povinnosť riadiť sa etickým kódexom, a ich znalosti a zručnosti nie sú jednotné. Z tohto hľadiska je tak definícia dulej práce ako profesia problematická a vyžadovala by si právne a byrokratické ošetrenie.

Napriek tomu, že sa jednotlivé názory a postoje dúl voči svojej práci do istej miery líšia, služby

a praktiky ktoré poskytujú fungujú na veľmi podobných princípoch. Ich cieľom je dbať o pohodlie ženy počas pôrodu a zaistiť, aby všetko prebiehalo hladko. Ešte pred samotným pôrodom zostavia s rodičkou pôrodný plán s požiadavkami a s predstavami o tom, ako chcú aby ich pôrod prebiehal. Pri všetkých rozhovoroch mi bolo viackrát prízvukované, že duly za rodičku rozhodne nerozhodujú, ani jej nevravia čo má robiť.

„Duly za ženu nerozhodnou vôbec nic, ani ji neřeknou, co by bylo lepší, neřeknou jí, kdy má jet do porodnice. Neřeknou jí, co si má vybrat, neřeknou jí v podstatě jakkoliv nic. Pozdraví, a jsou připravené dodávat úhly pohledu informace k tomu, aby si ta žena rozhodovala podle všeho, co v sobě nese sama, respektive může se rozhodovat s partnerem, nebo si hodit kostkou. (Barbora)

Tu Barbora opisuje profesný ideál v rámci asociácii kde by podľa pravidiel mali duly slúžiť primárne ako informátorky, aby následne žena mohla vykonať vedomé informované rozhodnutie sama za seba a podľa vlastného uváženia. Podobne sa vyjadrila aj Magdaléna, ktorá opisovala postup, keď nastane situácia, ktorá v pôvodnom pôrodnom pláne nebola.

„Bavíme se o tom, jaké jsou třeba jiné možnosti. Pobízím je k tomu aby se ptali, co se stane, když to udělám, jaké jsou rizika toho, když to udělám, jaké jsou rizika toho, když to neudělám? Aby se doptávali, aby získali všechny informace, které potřebují od toho zdravotníka, protože já zdravotník nejsem a oni mají povinnost informovat o tom, co má nasledovat, co může nasledovat a co dělají s jejím tělem.“ (Magdaléna)

3.1.4 Cisárske rezy

Dôležitou problematikou v debate o medikalizácii boli cisárske rezy a ich frekventovanosť v pôrodnictve. Za posledné dve dekády mala ich štatistika kontinuálnu rastúcu tendenciu. Od roku 2008 sa ich počet pohybuje na hladine 25-tisíc. V roku 2022 bol ich počet určený na 25 504, (NZIP, 2023) čo v prepočte činí 25,6% z celkového množstva pôrodov. Svetová zdravotnícka organizácia pritom považuje za ideálnu mieru cisárskych rezov medzi 10-15%. S touto súvislosťou ma preto zaujímal názor dúl na súčasné štatistiky v Českej republike, ako aj možné príčiny. Od troch informátoriek som sa dozvedela, že vo väčšine prípadov je na vykonanie cisárskych rezov indikáciou nepostupujúci pôrod. Napriek tomu, že štatistiky

ukazujú, že najčastejšou príčinou cisárskych rezov je abnormálny stav plodu (27,5%), nepostupujúci pôrod (dystokia) patrí rozhodne k jedným z najčastejších indikácii a to v 22,5% prípadov. (WHO, 2019) Všetky dule zaujali voči nepostupujúcim pôrodom ako indikácii pre operatívny pôrod negatívne stanovisko.

„Takzvaný nepostupujúci porod. A to je vlastne jako z hloubi věci úplně nesmysl. To žádná diagnóza není, když porod nepostupuje. Ale k tomu existují, jaké důvody my k tomu máme hledat ta příčina se má řešit. Ale pořád ještě ve strašně moc českých porodnicích je to tak, že v momentě, kdy porod nepostupuje, tak se dá automaticky na císařský řez bez ty indikace, bez toho, že by to dítě mělo vykazovalo nějaký závažný problém na monitoru. Sama jsem to zažila, s některými klientkami. Strašně jsem byla naštvaná, že moji klientku zmanipulovali do toho. Že důvod je k tomu, že máme dělat císař, že už to trvá moc dlouho, a to je opravdu strašně blbý, protože ty ženy potom mají většina z nich, který znám tak trpí obrovskými výčitkami, že to jako ještě nevydrželi, jako že ještě nezkusili dál. A ten personál jim vůbec nepomohl v tom to zkusit, a právě najít tu příčinu toho, proč to miminko, proč ten porodní proces se nějakým způsobem zastavuje nebo prodlužuje, nebo protahuje, a jde se rovnou na to, protože to je nějaká pro něj jistá volba.“ (Magdaléna)

Magdaléna vo svojej výpovedi opisuje prípad nepostupujúceho pôrodu, ktorý nespadá pod zdravotnícke normy „normálneho“ pôrodu a je v rámci biomedicínskeho modelu označovaný za patologický. (Newnham et al., 2018) Magdaléna ako za hlavnú príčinu relatívne vysokej miery cisárskych rezov identifikovala nedostatočnú trpezlivosť a podporu ženy od zdravotníckeho personálu, ktorí si radšej zvolia zaužívanú alternatívu, ktorá im zaberie menej času a pôrod tak spadá pod ich kontrolu. Ako ďalší dôvod identifikovala monetárny zisk, pretože nemocnice za vaginálne pôrody nedostávajú od poisťovni tak výraznú sumu ako pri pôrode s cisárskym rezom, ktorý je spojený aj s dlhšou hospitalizáciou. Za posledné dve dekády vzrástli pôrody ukončené cisárskym rezom v Českej republike až o 231%, tvrdenie, že by za týmito štatistikami stál finančný zisk nie je z dostupných údajov overiteľný a žiadal by si samostatný výskum. Ďalšou príčinou je podľa nej komfort, ktorý v kontraste s vaginálnym pôrodom prináša pre zdravotníkov. Cisársky rez totiž trvá kratšie, a je možné ho naplánovať a navyše je pre zdravotníkov jednoduchšie asistovať pri cisárskom reze, pretože majú ženské telo pod väčšou kontrolou.

„Ďalší věc je to, že třeba může mít žena dítě koncem pánevním, a oni vlastně v naprosté většině

případů, třeba ty konce pánevní, prostě řeknou ženě, no, to bude tak rovnou třeba co slyším i u klientek, přijdou na kontrolu, dítě je konce pánevní, a ten doktor rovnou prostě ani nic nevysvětlí a rovnou říká : „Takže kdybyste na tu sekci mohla přijít, tak třeba ve středu?“ A on co, co se děje? Jo, a prostě jo takže u oni ztratili schopnost, nebo nepředává se to nedokážou, neznají fyziologii porodu koncem pánevním. To znamená, nechťejí u toho asistovat, takže ženy posílají automaticky na císaře.“ (Karolína)

Informátorka hovorí o prípade, kedy sa dieťa narodí najprv zadnou časťou tela na miesto hlavy. Táto poloha je častou indikáciou na cisársky rez, čo potvrdzujú aj aktuálne štatistiky, kde sa ženám s takto polohovaným dieťaťom podarilo porodiť len v 6.8% prípadov. (Aperio, 2022) Karolína tvrdí, že príčinou pre tak dramatickú mieru operatívneho pôrodu riešenia týchto prípadov je nedostatočná prax zdravotníckeho personálu, ktorý je tak systémovo vedený a nie je dostatočne vyškolený v nemedicínskych riešeniach tohoto problému. Obdobné stanovisko zaujala aj Magdaléna.

3.2 Práca duly v Českom zdravotníckom systéme

Dôležitou súčasťou mojej analýzy dulej práce je aj spôsob akým sa pohybujú v inštitucionalizovanom pôrodníctve. Opätovne je potrebné zdôrazniť, že duly fungujú len ako pomáhajúca profesia a nedisponujú medicínskym vzdelaním a nie sú tak oprávnené vykonávať žiadne lekárske úkony. Primárne slúžia ako emočná a fyzická podpora pre ženu a jej partnera a ako spojovací most medzi zdravotníkmi a rodičkou cez ich znalosť pôrodného procesu a jednotlivých lekárskeho úkonov. To aké mali duly skúsenosti s vykonávaním svojho povolania v pôrodniciach sa veľmi odvíjali od konkrétnych nemocníc a zdravotníkov.

„Někdy se jako chovaly tak jako různorodě. Bylo to takový našlapování v tom terénu hledání, že jo i jako vlastně jsme se učili, jakoby. Dneska holky když začínají, že jo, s tím dulením tak vlastně mají konzultantku jo, s kterou můžou cokoliv probrat, která jim dá i třeba nějaké fígle do té nebo prostě praktické rady do konkrétní porodnice. Když prostě ví, že třeba do té porodnice, ta její studentka jde doprovázet, tak jí prostě může říct: „Hele tam si dej pozor na tohle, nebo tam se děje tohleto,“ a takhle a jede to i tímhle způsobem jo?“ (Veronika)

Informátorka vo svojej výpovedi referovala ku vykonávaniu svojej práce ako k „duleniu“. S týmto emickým termínom som sa počas môjho výskumu stretávala veľmi často nie len v rozhovoroch ale aj na sociálnych sieťach dŭl, či ako ustálený výraz používaný v rámci komunity. Z výpovede Veroniky vyplýva, že už pred vstupom na pracovisko sú v dnešnej dobe duly oboznámené s predošlými skúsenosťami iných kolegýň v danej inštitúcii. Pracujú tak s už vopred zozbieranými informáciami, na základe ktorých sa vedia efektívnejšie na daný priebeh pôrodu pripraviť. V rámci ČAD kurzov ich dokonca pripravujú aj na realitu v teréne, ktorá podľa jej slov nie vždy býva *ružový obláčik*, poukazujúc na osnovy v rámci kurzu, ktoré ich učia ako porodiť bez excesívnych intervencií a s duševným napojením na celkový priebeh.

“Jo už, protože jak už víme, jak se dá prostě krásně porodit a hodně jim to vlastně jak dáváme, tak je o tom s nima mluvíme, ať se ženama že jo, nebo nebo s těma studentama, tak ony tam chodívali třeba v nějakým takovým tom nadšení, jakože takhle to bude a pak se setkali s klasickejma intervencemi. Jo a takže na to to sme, že jsme jako pak velmi jako do upravili jako kurz v 1. období, aby právě na to byli takhle jako nachystaný tady začínající duly, takže tam si to uvědomuju, že tam byly tyhle ty střety pro mě.“ (Veronika)

Podobnú taktiku prípravy na prácu v pôrodnictve opísala aj Karolína, ktorá kurz absolvovala v rámci asociácie Českých dŭl. Predmetom jej kritiky nebola štruktúra kurzu ani jeho obsah, ale práve fungovanie pôrodnictva, ktoré svojim prístupom a nastavením núti duly venovať podstatnú časť svojej prípravy na spôsoby, akým svoju prácu v pôrodnici zvládnuť. Pre charakteristiku svojej práce použila výrazy ako poškodená či zmanipulovaná vo vzťahu k systému, kvôli ktorému sa nemôžu kompletne venovať hlavnej náplni svojich služieb.

“Obrovská jako část výcviku byla...jak bych to řekla...jako psychologická, ve smyslu přípravy právě na ty těžké situace v porodnicích. Je to trochu smutný...ně je to hodně smutný, protože ta práce důležitosti v nějakém ideálním prostředí nebo blízcím se ideálním, třeba v nějakých zemích typu Dánsko, Švédsko, možná i Británie si představuju, že by tenhle ten dvouletý kurz mohl vypadat ještě trochu jinak a že by se ideálně právě dalo v něm soustředit víceméně nejvíc na tu péči o tu ženu. Že by si třeba představuju, že tam, kde by člověk nemusel prostě dlouho a soustavně probírat, jak se vlastně jako bránit různým prostě násilným, manipulativním a tím jako zásahům ze strany personálu.“ (Karolína)

V ponímaní antropológie reprodukcie opísala Castañeda postavenie dúl v rámci technokratického modelu pôrodnictva. Podľa jej analýzy sú duly v rámci pôrodnickej hierarchie často marginalizované. Napriek tomu, že si svojou snahou nachádzajú prieniky s pôrodným a holistickým modelom starostlivosti, nemajú priestor úplne odmietat' technokratický model pôrodu, pretože efektívne dulenie je zakotvené na dobrých vzťahoch so zdravotníckym personálom. Tí totiž môžu mať pocit, že sa snažia zasahovať do ich autoritatívnych vedomostí, pretože duly skrz ich intímny vzťah so ženou disponujú mocou podkopať autoritu technokratického medicínskeho diskurzu. Z týchto možných dôvodov ich zdravotníci môžu vnímať ako agitátor viac ako samotného člena tímu. (Castañeda, 2015) O situáciách kedy dula počas pôrodu spochybňuje rozhodnutie lekárov mi rozprávala aj Magdaléna.

“Jedna z těch věcí, co jim říkám, je, že já ten porodní plán jako budu znát, já ho tam se sebou budu, i na papíře mít a ve chvíli, kdyby třeba ty zdravotníci navrhovaly nebo chtěli dělat něco jiného, než co vlastně ta žena původně plánovala, tak já ji na to upozorním, já ji to připomenou, co původně chtěla, protože ono se i může stát, že ona sama změní názor, že v tu chvíli to bude chtít jinak, a že je potom na ní, aby řekla buď ne, nebo vezmeme si čas na rozmyšlenou. Nebo i já můžu navrhnout pojďme si teď vzít čas chvíli o samotě, Pane doktore, za pět minut přijďte, a my vám ale říkám jim, že to ne je vždycky na nich. Upozorním na to, co se děje, nebo prostě na to, co nabízejí a na to, co doporučuju.“ (Magdaléna)

Magdaléna opisuje profesný ideál dúl, kedy ako som už vyššie uviedla, rozhodnutie nechávajú na žene, no poskytujú jej potrebné informácie, aby toto rozhodnutie bolo vedomé a informované. Počas pôrodu v nemocnici pracujú duly s pôrodným plánom, ktorý bol spoločne zostavený so ženou počas predpôrodnej prípravy. Pôrodný plán je esenciálna zložka prípravy na pôrod, s ktorým rodička a dula vstupujú do pôrodných inštitúcií. Reflektuje prania rodičky, ktoré sú pre ňu dôležité počas pôrodu ako aj plánovaný postup či podmienky počas pôrodu. Nejedná sa však o fixný postup, ale zoznam priorít, ktorých naplnenie sa odvíja od priebežného monitorovania priebehu pôrodu. Ženy v inštitučnom prostredí spadajú pod Foucaultovu disciplinárnu moc, ktorá sa manifestuje skrz viacero oblastí. V prvom rade spadajú pod hierarchický dohľad zdravotníkov, a v priebehu ich pobytu v nemocnici sú pod neustálym lekárske dohľadom, ktoré by sa dalo prirovnať ku panoptiku. Ďalším spôsobom ako sa zdravotnícka moc preukazuje sú disciplinárne vedomosti, ktoré môžu marginalizovať osobné preferencie žien. (Hoffman, 2013). Duly svojimi službami tak spadajú v tomto systéme pod

koncept rezistencie, pretože narúšajú disciplinárnu náтуру zdravotníctva cez informované rozhodnutia a alternatívne pôrodné praktiky. Element rezistencie sa tak zobrazuje aj na spôsobe, akým sa zdravotníci k dulám správajú.

„Takže dřív jsem si jako nepřipadala vítaná, připadala jsem si často jako ten, kdo vlastně nějak přináší jako nějaký obtíže, protože jako jasný, že když má klientka sebou dulu, tak, že to bude nějaká jakoby náročnější klientka, nebo pacientka, že nebude přijímat tu jejich rutinní péči tak jak je, jak jsou zvyklí poskytovat. Že to bude prostě vyžadovat jako náročnější komunikaci, nějaké vybočení z těch zajištěných zajetých kolejí.., (Jana)

Jana opisuje svoje predošlé skúsenosti s dulením v pôrodniciach, kde si pripadala ako narušiteľ a správanie personálu jej jasne naznačovalo, že tam nie je vítaná. Až po nejakom čase si bola schopná vybudovať istú mieru rešpektu a v rámci možností priateľského zachádzania. Aj napriek tomu uvádza, že sa aj naďalej často stretáva s odmeraným a nepriateľským prístupom. Do kontrastu opätovne uviedla pôrodnicu v Bulovce, ktorá s dulami spolupracuje, a v jej prostredí sa cíti veľmi dobre.

Distinkcia Castañedy medzi agitátorom a členom tímu je ústredná v rozlišovaní toho, ako k dulám a ich práci bude daná nemocnica pristupovať, pretože ako som už vyššie uviedla, existuje množstvo inštitúcií, ktoré s dulami radi spolupracujú a ich služby si vážia. Túto skutočnosť mi potvrdila aj Magdaléna a Jana, ktoré mi ozrejmili, že dôležitým elementom v úspešnej spolupráci dúl a zdravotníkov je to, že ich vnímajú ako členov tímu a ich spoločným cieľom je pomôcť rodičke pôrod zvládnuť čo najlepšie.

“Tak kdy a jak s kým. Je to hodně vo lidech. Jako jsem šťastná, když se stane, že jdu do nemocnice a tam mi porodní asistentka podá ruku, představí se. Jednou už mi nabýdla i kafe (smiech) říkám wow. A když vidím, že fakt jako kopeme za stejný tým, že jsme tam opravdu obě dvě, prostě pro tu ženu, a obě dvě děláme jako to nejlíp co můžeme pro podporu té ženy v tom, aby sama porodila. To je asi to, co se hlavně já snažím dělat. Myslím si, že je obecně dully, že je tehotenství fyziologický a všechno se děje tak jak má, tak že podporujeme tu ženu v tom, aby mohla sama porodit. (Magdaléna)

Spolupráca duly a pôrodnej asistentky vie byť veľmi efektívnou v pomoci rodičke, pretože pôrodné asistentky majú vďaka medicínskemu vzdelaniu dominantnejšie postavenie v

pôrodnickom hierarchickom systéme, a vedia tak lepšie zabrániť excesívnym intervenciám. (Krapf, 2020)

“No to tak ted’ se to změnilo v posledních letech a že myslím, že kvůli většinou kvůli Bulovce. A to jak...uhm.... když toko ví, tak ten naše Česká asociace dul měla s Bulovkou a dosud ho má projekt ten duly na Bulovce a že ten personál začal vnímat duly, jinak. Že není to prostě nějaká, jak tam ten primář, asi říkál na schůzce, že když je pracoval v jiné porodnici, a když přijde žena s dulous, tak ty prostě vnímali jako takový...já nevím takový, jak jsem tomu řík...červenou vlajku. Že prostě to jako to bude problematické rodička nějak a co bude všechno odmítat a tak. No a ted’ myslím, že je to zlepšilo, že duly většinou jsou vítané kvůli tomu, že jako pečou o ženu. Že ti porodní asistentky nemají tolik času a možnosti pečovat o konkrétní ženu. A že s tou ženou je někdo, kdo bude s nimi spolupracovat a vím, že jsou občas stávají nějaký konfliktní situace a že jsou jako i jiné duly, které třeba jdou ne jako do konfliktu nebo zasahují do kompetence zdravotního personálu a myslím, že tam je taky rozdíl mezi různými důvody od různých organizací... “ (Jana)

Jana poukázala na veľmi dôležitú skutočnosť, a to je fakt, že pôrodné asistentky v rámci danej pôrodnice nemajú dostatok času sa venovať každej žene osobitne. Vyťaženosť pôrodných asistentiek bola jedna z prominentných problematík, ktoré som s dulasmi rozoberala. Ako som sa dozvedela, počet pôrodných asistentiek v rámci nemocnice je obmedzený, a väčšinou má na starosti viacero žien, nemôže sa teda každej venovať na sto percent. Navyše, ako Jana poznamenala, pôrodné asistentky dohliadajú aj na zdravotný stav ženy a musia sa kvôli tomu udržiavať v dobrej kondícii. Nedisponujú tak kapacitou na praktikovanie úkonov, ktorými sa zaoberajú duly ako je napríklad masáž pri kontrakciách, starostlivosť o partnerov či chodenie so ženou do vane. Dulenie tak vnáša do inštitucionalizovaného verejného priestoru esenciálnu zložku intimity a spájajú hranice medzi sférou verejnou a súkromnou. (Bartáková, 2016) Ak sa teda duly nachádzajú v zdravotníckom kolektíve, ktorý je otvorený spolupráci, vie byť dôležitou súčasťou pôrodného procesu a predísť tak excesívnym medicínskym intervenciám, ako aj zlepšiť celkový zážitok žien z pôrodu. O takomto prípade mi rozprávala Karolína.

„A jsou i prostě porody, u kterých ta důvěra je už tak jako vytvořená a je tam takový pole příjemný komunikace. Že se dokonce spolu kolegiálně a že se třeba i spolu radíme o tom, co si myslí kdo, co by se mohlo ted’ka udělat. Třeba z poslední doby takovou příjemnou zkušenost, kdy jedna moje klientka dlouho po porodu nemohla porodit placentu, nešlo to, a už se to chýlilo

k možnosti, že pôjde pod celkovou narkozu a že se budeme se ta placenta vybaviti manuálne. A ten personál, bylo to v Podolí, kdy jsme normálně jako i s lékařem, já přímo s lékařem, což je fakt vzácný, jsme se bavili o tom, co by šlo, jako ještě vymyslet. Já sem nabýdla nějaký aromaterapeutický a masážní postupy, který jsme zkusili a zabralo to. Všichni měli radost a byla tam taková dobrá atmosféra, že jsme společně vymysleli, co by se s tím dalo ještě dělat. A jsou porodnice, kde by se s vámi vůbec nikdo nebavil a prostě vůbec už by ta moje klientka byla jako půl hodiny v narkóze. Takže je tam velká škála možností, a strašně záleží na tom, jak ten personál je nastavený vůči tí práci ty duly.“ (Karolína)

Uvedený prípad demonštruje efektívnosť práce duly, ak sa nachádza v prostredí, ktoré ju považuje za člena tímu, a môže tak implementovať jej holistické metódy a sociálnu podporu pre uľahčenie pôrodného procesu a riešenie prípadných problémov a komplikácií, ktoré sa v ňom môžu vyskytnúť. Príbeh Karolíny je len jedným z mnohých prípadov, ktoré som nazbierala, poukazujúce na možnosť eliminácie lekárskeho intervencii v pôrodnom systéme. V nasledujúcej kapitole sa preto budem zaoberať analýzou mojej výskumnej otázky, či sú duly schopné svojou prácou demedikalizovať české pôrodnictvo.

3.3 Rola dule v demedikalizácii pôrodu

Priekopná metaanalýza kontrolných štúdií Dr. Klausa a Kennela (1996) preukázala, že podpora zo strany dule, ktorá poskytuje rodičke nepretržitú podporu pozostávajúcu z pochvaly, povzbudení, uistenia, komfortných opatrení a fyzického kontaktu ovplyvňuje pôrodné a novorodenecké výsledky. Vďaka ich práci boli schopné skrátiť trvanie pôrodu, predísť užitiu liekov na tlmenie bolesti a operatívnych vaginálnych pôrodov a v niektorých prípadoch dokonca znížiť počet cisárskych rezov. (Klaus, Kennel, 1996). Tento výsledok potvrdili aj dáta, ktoré som počas môjho výskumu vytvorila. Praktiky, ktorými duly disponujú, a ktoré sa preukázali byť účinné nie len v eliminácii lekárskeho intervencii, ale aj sprostredkovaniu lepšej pôrodnej skúsenosti som rozdelila do troch základných kategórií- sociálna podpora, informovanosť a alternatívne metódy. Pojem alternatívne metódy zahrňuje všetky praktiky od fyzického kontaktu ako je napríklad masáž či teplá sprcha, gynekologickú fyzioterapiu až po tradičné praktiky využívané v iných kultúrach, ktoré nie sú súčasťou bežnej pôrodnej praxe v skúmanom sociálnom kontexte.

“Přípravou třeba ty ženy před porodem. Protože ta dula ženu provází už vlastně v těhotenství. Nějakým způsobem ji připravuje, to zas máme každá třeba různě, ale prostě nějaká příprava tam rozhodně jako probíhá. Od ty duly informace pod podpora že jo takový nějaký to naladění. Podpora do toho mateřství jo a pak ještě když si jí jako doprovodíte tu ženu, takže ještě se to může jako opečovat u toho porodu.” (Veronika)

Informátorka opisuje priebeh svojej práce, ktorá sa začína už v tehotenstve. Počas pravidelných stretnutí so svojou klientkou prebieha predpôrodná príprava v podobe zostavovania pôrodného plánu, informácie o prístupe nemocníc pre optimálny výber, doporučovanie literatúry a riešenie konkrétnych otázok rodičky. Tým, že sú spoločne dula a žena v kontakte už pred pôrodom, a spoločne sa na neho pripravujú, je dula schopná sprostredkovať žene „pôrod na mieru“, a byť pre ňu oporou založenou na dôvere, ktorú spoločne počas predpôrodnej prípravy budujú.

“Duly pomáhají i s tím třeba lépe rozumět situaci, to co personál řekl. Protože někdy to řekne hodně rychle, nebo to podá takovou formou, že se musí, protože nebo okamžitě něco. A třeba to tak ani nemusí být, nebo rozhodněte si tohle informačního zajištění jak pro ženu, tak případně třeba pro toho partnera se taky může hodit, když je tam dula kolem. Protože buď některé pojmy může vysvětlit sama a nebo pomůže prostě říct, ale opravdu to řekli moc rychle a opravdu si je můžeme zavolat a nechat si to říct znovu. „ (Barbora)

Informátorka mi opisovala rolu dule, ktorá môže pre ženu zaistiť potrebné informácie, takým spôsobom, aby došlo k pochopeniu situácie na základe ktorého je následne rodička schopná urobiť plne informované a vedomé rozhodnutie, s ktorým je stotožnená a adekvátne tak zvažíť všetky riziká a benefity, ktoré v sebe jednotlivé alternatívy nesú. Z narastajúcim množstvom informácií sa pacientky stávajú obranyschopnejšími, voči rutinným postupom v pôrodníctve, ktoré často zahrňujú medicínske intervencie. Ženy tak nie sú len pasívnym objektom kontroly, ale sú aktívne zapojené do vlastného pôrodného procesu. Kontrola nad vlastným telom, ktorý žena za pomoci duly získa, by sa dala nazvať aj vzťahovou autonómiou, ktorú rodičky rozvíjajú v kontexte vzájomnej podpory. Podporná úloha dúl tak ženám pomáha rozpoznať zručnosti a schopnosti potrebné na autonómne konanie. Ako navrhla Meadow, konajú tak v piatich konkrétnych oblastiach akými sú objasnenie hodnôt, identifikácia možností, komunikácia, rozhodovanie a následná reflexia. Tieto interakcie sa odohrávajú v opakujúcom cykle počas

celej interakcie medzi klientkou a dulo. (Meadow, 2015) Objasnenie hodnôt, identifikácia možností a komunikácia sa objavili aj vo výpovedi Magdalény.

“Jedna z těch věcí, co jim říkám, je, že já ten porodní plán jako budu znát, já ho tam se sebou budu, i na papíře mít a ve chvíli, kdyby třeba ty zdravotníci navrhovaly nebo chtěli dělat něco jiného, než co vlastně ta žena původně plánovala, tak já ji na to upozorním. Já ji to připomenu, co původně chtěla, protože ono se i může stát, že ona sama změní názor, že v tu chvíli to bude chtít jinak, a že je potom na ní, aby řekla buď ne, nebo vezmeme si čas na rozmyšlenou. Nebo i já můžu navrhnout pojďme si teď vzít čas chvíli o samotě, pane doktore, za pět minut přijďte. Ale říkám jim, že to ne je vždycky na nich, upozorním na to, co se děje, nebo prostě na to, co nabízejí, na to, co doporučuju. Bavíme se o tom, jaké jsou třeba jiné možnosti pobízím, je k tomu aby se ptali, co se stane, když to udělám, jaké jsou rizika toho, když to udělám, jaké jsou rizika toho, když to neudělám?” (Magdaléna)

Magdaléna rozpráva o svojej úlohe mediátorky medzi zdravotníckym personálom a rodičkou. Skrz pôrodný plán, ktorý reflektuje hodnoty ktoré si rodička stanovila ešte pred pôrodom, napomáha k autonómne rozhodnutiu ženy keď sa nachádza v zraniteľnej pozícii. Zároveň opisuje situáciu, kedy komunikuje s lekárom aby žene sprostredkovala čas na rozhodnutie bez jeho prítomnosti. Svojou prácou je tak schopná ponúknuť ženám intímny priestor medzi formálnymi stenami verejnej inštitúcie bez hierarchického dohľadu zdravotníckeho personálu a na istý čas tak sprostredkovať pocit intimity na vedomé rozhodnutie. (Hunter, 2012) Barbora k tomuto priestoru referovala ako k bubline, vďaka ktorej nemusí rodička vynakladať energiu na ochranu svojich pôrodných prání ale sústrediť sa sama na seba.

Rola informátorky sa však môže týkať aj prevencie lekárskeho zákroku, kedy dula aktívne nazerá na priebeh pôrodu, a ak by sa počas neho vyskytlo niečo, o čom vedia že ich klientky pôvodne nechceli, vie ich na to upozorniť. Ako som už predtým uviedla Michaela mi počas nášho rozhovoru povedala viacero prípadov, kedy sa lekár rozhodol urobiť nástrih hrádze a to bez informovanosti pacientky.

“Když žena rodila a já jsem viděla, že jak ten doktor držel ty nůžky a prostě jako jsem řekla tí žene, jestli ona souhlasí s tím nástřihem, nebo ne. Že doktor ten chystá, udělat ten nástřih a ona třeba říkal, že ne, já to nechci. A no a oni mi pak vnímali, že jako já zasáhnu, když

kompetence a pak si prostě pozvali mě na kobereček, že prostě proč o tom mluvím ženě, že prostě já tam jako nemám nic takového říct, a když je žena tam sama bez partnera a prostě leží na zádech a určitě ona neví, co ten lékař dělá.“ (Michaela)

Participantka výskumu opisuje prípad, kedy sa pôrodný proces stáva externalizovaný a odovzdaný do rúk autorite zdravotníckej inštitúcie. Napriek tomu, že žena vkladá do pôrodu svoje telo, medzi stenami nemocníc už jej nepatrí a stáva sa komodifikované. (Hunter, Hurst 2016) Duly sa preto snažia dohliadať na priebeh celého pôrodu a v prípade potreby verbálne zasiahnuť a informovať, čo sa s ich telom ide diať. Navrhujem, že práve vďaka tejto spomínanej informovanosti žien a podpory od dul pri komunikácii so zdravotníckym personálom môžu duly navrátiť autonómiu ženám nad ich pôrodným procesom a hrať tak ústrednú rolu v demedikalizácii pôrodov v inštitucionalizovanom systéme.

Ďalším neodlučiteľným aspektom od dulej práce je kontinuálna podpora, ktorú žene dodáva počas pôrodu. Klaus a Marshall (1986) označili tento typ podpory ako aktívne vedenie pôrodu. Nedávna metaanalýza z prestížnej Cochrane zdravotníckej databáze vedeckých výskumov preukázala, že kontinuálna podpora duly počas pôrodu efektívne znížila výskyt cisárskych rezov o 39%, 35% žien mali menšiu šancu negatívneho zážitku z pôrodu, 15% žien malo spontánny vaginálny pôrod a o 10% eliminovala pravdepodobnosť potreby využitia oxytocínu. (Bohren, Hofmeyer, Sakala, Fukuzama, Cuthbert, 2014)

Z rozhovorov s dulami vyplynulo, že jeden z hlavných problémov v súčasnom zdravotníctve identifikoval Magdaléna práve spomínanú chýbajúcu podporu žien počas pôrodu zo strany zdravotníkov. Chýbajúce povzbudzovanie podľa nej uberá ženu o energiu a dôveru v samú seba a vo vlastné telo a je tak viac náchylná pristúpiť na lekárske intervencie.

„Protože je to ohromně náročné fyzicky i psychicky prostě. A když toho podpora není, tak ta žena jako uhasne. A pak jí někdo řekne nepostupující porod, tak to říznem, a ona řekne jo, prosím, protože v tu chvíli už nemůže. Ale ona by mohla. To není jako akutný stav, to je jenom, prostě jí nebyla poskytnuta podpora, kterou ona potřebovala. Takže tohle jsou za mě strašně zbytečný případy.“ (Magdaléna)

Magdaléna opisuje prípad, kedy ženám chýba spomínaná kontinuálna podpora počas pôrodu a pod veľkým vyčerpaním sú náchylnejšie si tak zvoliť pasívny prístup ku svojmu pôrodu a

podriadiť sa zaužívaným rutinným intervenciám. Argumentuje, že označenie nepostupujúci pôrod je podľa nej chybné, pretože sa nejedná o patologický stav ako je často označovaný v biomedicínskom modele pôrodu, ale len o situáciu, kedy ženám chýba opora a dôvera vo vlastné telo. Podobnú situáciu mi načrtla aj Barbora, kedy sa dostavila za svojou klientkou do pôrodnice, keď sa nachádzala v kritickom bode a chcela si požiadať o epidurál. Spoločne s jej manželom sa Barbora rozhodla jej pomôcť cez tlakovú masáž na chrbát a teplú vodu v sprche na určené partie. Spoločne s masážou a hypno-pôrodnými technikami sa im podarilo doviest' pôrod do úspešného konca bez potreby epidurálu či inej formy tlmičov bolesti.

„Může to být kombinace, nebo jenom vytrvalost těchto jemných technikách. Což je něco, co personál třeba vůbec nemá k dispozici, nejenom proto, že jestli je zná, nebo nezná, ale prostě proto, že tam chodí něco zkontroluje, kde něco zapsat a jde dál. Prostě má jinou náplň práce, takže personál nikdo tam není jakoby s tou ženou celou dobu, nebo tak dlouho, jak by ona chtěla. Většinou chtějí celou dobu, ale když chtějí mít soukromí, tak prostě jdu někam a pak zase se vrátím podle toho. Čili tohleto je něco, co co, jako dodává podpora, která je tam ženou kontinuálně.“ (Barbora)

Reflexia informátorky potvrdzuje moje predošlé tvrdenia o kontinuálnej podpore, ktorou zdravotnícky personál nedisponuje a nespadá pod ich náplň práce a na ktorý nemajú ani kapacitu, pretože ich hlavnou úlohou je monitorovať zdravotný stav rodičky a dieťaťa. Veronika v rozhovore označila lieky na bolesť ako náhradu ľudskej starostlivosti, pretože ako uviedla, pôrodné asistentky ani zdravotníci nemajú priestor sedieť pri žene celú službu a poskytovať ju v takej intenzívnej miere akou ju sprostredkovávajú duly.

„Takže vnímám, že léky na bolest jsou třeba hodně jako náhrada, vlastně jako lidský péče jo, která není možná v tom systému prostě mnohdy jako se tam nemůže být tak jako aby mohla nahradit, protože abych mohla nahradit léky na bolest, tak je to někdy opravdu jako dřina. Velmi jako intenzivní péče o tu ženu a podpora, a tu prostě zdravotník nemáš šanci poskytnout, protože nemáte kapacitu, protože je vytěžený.“ (Veronika)

Duly sa na rozdiel od zdravotníckeho personálu sústreďujú len na svoju klientku, ktorej venujú všetku pozornosť a čas, a tak do inštitucionálneho prostredia prinášajú práve túto chýbajúcu zložku, ktorá podľa môjho názoru môže byť kľúčová pre zníženie potreby medicínskeho zásahu. Kontinuálna podpora duly má pozitívny dopad aj na celkový zážitok z pôrodu, ktorý

si rodičky z neho odnášajú, ako ukázal výskum Klausa a Marshalla, je ústredná pre pozitívny vývoj žien a detí po pôrode. Ženy ktoré rodili s duloú mali v prvých šiestich týždňoch výrazne menej úzkostí, významne väčší podiel novorodičiek dojčil (51% v porovnaní s 29%) a drasticky sa znížili aj problémy s kŕmením (16% oproti 63%). Navyše podpora duly počas pôrodu urýchlila nadväzovanie puta medzi matkou a dieťaťom s ktorým preukázateľne strávili aj viac času. (Klaus, Marshall, 1986) Podobný opis mi sprostredkovala aj Karolína, ktorá mi opisovala predstavy klientok, ktoré sa rozhodli mať duloú pri pôrode. Podľa jej charakteristiky sa jedná o ženy, ktoré sa chcú pokúsiť o prirodzený pôrod v rešpektujúcom prostredí, a pre ktoré je extrémne dôležitý kontakt s dieťaťom počas pôrodu a po narodení.

„V obrovské většině vlastně asi skoro všechny klientky který jsem měla, ne pár jich nebylo, ale ve velké většině jsou to ženy, které chtějí, aby u toho porodu byl i jejich partner a chtějí jako ten porod zažít jako něco posilujícího, jako něco hezkého. Prostě sou to opravdu ve velké většině ženy, který i třeba u toho císařského řezu když je nutný císařský řez tak ale usilují o to, aby se ten porodní zážitek stal jako posilujícím a krásným.“ (Karolína)

Informátorka opisuje aj prípady, kedy zo zdravotného hľadiska nie je možné rodiť prirodzene a je potrebný cisársky rez. Aj napriek tomu, sa však duly usilujú o dosiahnutie čo najlepšieho zážitku, ktorý má na ženu pôsobiť posilujúco, pretože ako ma často duly informovali v rozhovoroch, cisársky rez má na ženy práve opačný efekt. Častokrát sú s nim spájané silné pocity zlyhania. Veronika, ktorá prácu duly vykonáva už viac ako dvadsať rokov však tvrdí, že aj takáto varianta pôrodu vie byť pozitívna a priniesť benefity pre matku a jej dieťa.

„Jako tam se narodila císařským řezem, a tam sme prostě na tom makali dlouho a furt to jakoby nešlo, tak pak teda jsme přešli do vymazlený varianty císařského řezu. Opět prostě bonding mámi společně bez separace všechno, jo prostě, takže to to je přesně to, co jsem říkala, jako že prostě nesmíme se jakoby složit z toho, že ten porod nabere jiný směr ale vymazlíme tu jinou variant.“ (Veronika)

Aktérka opisuje metódu *bonding*, kde sa jedná o kontakt koža na kožu medzi matkou a novorodencom, zvyčajne na holú hrud' matky. Ako mi potvrdila väčšina informátoriek z vlastných skúseností, novorodenci sú v českej pôrodníckej praxi často separovaný od svojej matky ihneď po pôrode. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vydala štúdiu, ktorá zistila, že dlhší kontakt novorodenca koža na kožu so svojou matkou maximalizuje šancu, že deti budú

pripravené na dojčenie. (WHO, 2020) Veronika sa tak snaží túto metódu implementovať aj do svojej praxe pri cisárskych rezoch a poskytnúť tak matke a jej dieťaťu nie len zdravotné benefity bondingu, ale aj možnosť nadviazania blízkeho puta aj napriek technokratickému modelu pôrodu. (Davis-Floyd, 2010)

Bonding je len jedna z alternatívnych možností, ktoré duly vo svojej práci využívajú. Počas rozhovorov sa častokrát objavovali rôzne masážne techniky na zmiernenie bolesti, ako v prípade Barbory (str. 54), využívanie rebozo šatky o ktorej mi hovorila Jana (str. 33) či klasické metódy akými je napríklad kúpeľ vo vani či polohovanie rodičky. Považujem však za dôležité poznamenať, že neexistuje jednotný postup dúl v pôrodnom procese, každá dula totiž využíva rôzne metódy na základe osobnej preferencie. Tieto metódy sa podľa dul v českom sociálnom kontexte považujú za alternatívne v porovnaní s lekárskeým vzdelaním. Davis-Floyd popisuje lekárske poznatky ako autoritatívne vzdelanie. Konštatuje, že tento druh vzdelania týkajúce sa pôrodu je formované sociálno-kultúrnymi faktormi, mocenskými štruktúrami a hodnotami. To čo je v jednej komunite považované za legitímne, nemusí mať pre inú komunitu žiadnu hodnotu. (Davis-Floyd, 1997) Navrhujem, že označenie techník, ktoré dula používa, sú považované za alternatívne len v spoločnostiach, kde je považovaný technokratický model pôrodu ako štandard, a kde má držiteľ autoritatívnych vedomostí legitímnu rozhodovaciu moc. Ako som v predošlej časti o českom pôrodníctve argumentovala, prístup ku pôrodom sa pri jednotlivých nemocniciach veľmi líši. Ak sa duly ocitnú v prostredí, kde sú ich znalosti a prístup k pôrodom rešpektované, vedia byť efektívnym komponentom pre jeho priebeh bez excesívnych lekárskeých intervencií. Karolína mi rozprávala o jej obľúbených metódach, ktoré vo svojej praxi používa. Na prácu s bolesťou z jej skúseností pomáhajú tri klasické komponenty akými sú dych, voda a poloha. Dychové cvičenia sú súčasťou jej predpôrodnej prípravy, kedy ženu učí ako dýchať do partií, ktoré budú počas pôrodu napnuté a tým ich okysličiť. Taktiež sa snaží aby rodička strávila čo najdlhší čas vo vode, ktorá má podľa informátorky skvelé analgetické účinky. V neposlednom rade pracuje s polohou, na základe individuálnych telesných potrieb každej ženy. Pri jednej z najťažších častí pôrodu, kedy sa hlava novorodenca začne drať cez vaginálny otvor matky, má Karolína výnimočne skvelú skúsenosť s mokrým a teplým obkladom.

„A tam mám obrovsky, skvělou zkušenost, buď teda samozřejmě ideálně, když ta žena může furt ještě zůstat ve vodě, a když není už ve vodě, když už chce být na souši nebo musí jí ten personál z nějakých důvodů jí ten personál jako vyndá, tak používáme mokřý, teplý obklad,

který jednak tu tkáň prohřeje a uvolní a tím pádem jse tí hlavičce líp prochází tímhle úzkým bodem a pro tu ženu je to většinou obrovská úleva od té bolesti. “ (Karolína)

Informatorka pokračovala, že taktiež veľmi rada využíva aromaterapiu a masáže. Taktiež zdôrazňovala efektivitu hudby a zmenu v rámci miestnosti, aby žene vytvorila intímny priestor. Podľa nej sa aj takýmito drobnými zásahmi vedia diať zázraky. Ako som však už zmienila, zdravotnícky personál na tieto úkony nemá čas ani kapacitu, pretože sa zameriava na zdravotný stav ženy, a navyše ako potvrdili moje rozhovory s dulamí, v pôrodnej praxi, ktorá sa podraduje technokratickým modelom pôrodu, prevažuje autoritatívne lekárske vzdelanie.

Záver

Moja práca sa zameriavala na problematiku medikalizácie pôrodov v Českom zdravotníctve z pohľadu dúl a akými spôsobmi môže táto pomáhajúca profesia prispieť k jeho demedikalizácii. V rámci mojej práce som si vytýčila tri hlavné ciele. V prvom rade som sa zaujímala o pohľad dúl na súčasný stav Českého pôrodnictva. Medzi najpodstatnejšie zistenia patrilo zásadne rozdielny prístup jednotlivých pôrodníc, ktorý súvisel s osobným prístupom zdravotníckeho personálu. Hoci majú všetky nemocnice štandardné postupy a opatrenia, to akým spôsobom a do akej miery ich aplikovali je veľmi rozdielny. Prominentné negatívne charakteristiky súčasného pôrodnictva vnímali v podobe zaužívaných medicínskych intervencií akými sú analgézia, cisárske rezy alebo nástrih hrádze, ktoré pramenia z nedôvery v ženské telo a prirodzený pôrodný proces. Problém videli duly aj v diskontinuite starostlivosti, ktorá má negatívny dopad na úspešnosť kojenia. Napriek tomu však aktérky zaznamenali istý progres za posledné dve dekády svojho pôsobenia v Českej republike, ktorý pramenil z iniciácie jednotlivcov. Do budúcnosti českého zdravotníctva nahliadajú optimisticky a to v dôsledku celorepublikovej klesajúcej pôrodnosti, kde sa upevní pozícia rodičky ako konzumentky a pôrodnice budú musieť zaviesť systémové zmeny na prilákanie klientely.

Druhým predmetom môjho záujmu bol spôsob akými duly operujú v pôrodnickom systéme. Ich primárnou úlohou je podpora ženy na psychickej a fyzickej úrovni. Do inštitucionalizovaného prostredia prinášajú element intimity a osobnej starostlivosti. Jedným z hlavných zistení bola skutočnosť, že to akým spôsobom do tohto systému zapadajú sa opätovne líši od konkrétnych zdravotníkov. Tí ju často vnímajú ako element rezistencie, pretože zasahuje do ich rutinného spôsobu práce, čo môže mať za následok obmedzenie ich práce, kedy nemajú priestor sa kompletne venovať svojej hlavnej náplni. Na túto skutočnosť sa pripravujú aj v rámci kurzov, aby mohli svoju prácu efektívne zvládnuť aj napriek sťaženým podmienkam. Duly však zároveň nedisponujú priestorom úplne odmietat' technokratický model pôrodu, pretože efektívnosť ich práce je založená aj na dobrých vzťahoch s personálom, kde je ich spolupráca nevyhnutná. Na to, aby mohli duly pracovať čo najefektívnejšie je potrebné, aby ich personál vnímal ako členov tímu, a spoločne tak pracovali na sprostredkovaní najlepšieho pôrodného procesu pre rodičku.

V neposlednom rade som si vytýčila cieľ zistiť, akým spôsobom môžu duly pomôcť demedikalizovať české pôrodnictvo. Prostriedky práce, ktoré majú duly k dispozícii, a ktoré sa na základe mojej analýzy preukázali byť účinné v znížení potreby lekárskeho zásahu a sprostredkovaní lepšieho zážitku z pôrodu pre ženy som rozdelila do troch základných kategórií. Najzásadnejšou z nich bola sociálna podpora, ktorú rodičky poskytujú kontinuálne od tehotenstva, počas celého pôrodu a v niektorých prípadoch aj v popôrodnom období. Duly sú vďaka predpôrodnej príprave a pôrodnému plánu schopné žene počas pôrodu, ktorý je pre ženu zraniteľným procesom, schopné pripomenúť požiadavky na jeho priebeh a tým chrániť jej hodnoty pred rutinnými praktikami. Zároveň slúžia ako mediátor medzi zdravotníckym personálom a rodičkou, ktorej tak sprostredkovávajú možnosť sústrediť sa na seba a svoj proces. Duly tak ženám poskytujú pocit intimity v inštitucionalizovanom prostredí, a to aj vďaka tomu, že na rozdiel od zdravotníckeho personálu majú na starosť len jednu klientku, ktorej tak môžu poskytnúť nepretržitú starostlivosť, ktorá môže byť kľúčová pre demedikalizáciu pôrodu.

Podpora dul sa však nevzťahuje len na prirodzené pôrody. Svoje podporné schopnosti sprostredkovávajú aj ženám, ktoré podstupujú pôrod cisárskym rezom. V takomto prípade sa usilujú o to, aby mala rodička čo najlepší zážitok, ktorý pre ňu bude posilňujúci a zamedzíť negatívne pocity zlyhania. Ďalšou dôležitou náplňou práce je sprostredkovanie informácií. Rodičku počas pôrodu informujú o jeho priebehu, a v prípade hrozby novej intervencie bez súhlasu ženy na ňu upozorniť. Navrhujem, že aj týmto spôsobom dokážu duly eliminovať zaužívané lekárske intervencie. Duly taktiež ženu informujú o možnostiach postupu, a možné negatívne či pozitívne dopady na ich zdravie a zdravie dieťaťa. Týmto spôsobom tak zapájajú ženy do vlastného pôrodného procesu, ktoré sú vďaka nim schopné spraviť informované a autonómne rozhodnutie. V neposlednom rade môžu duly prispieť k demedikalizácii pôrodnictva vďaka alternatívnym metódam, ktoré vo svojej praxi používajú. Ich praktiky sa zameriavajú na prácu so ženským telom, a v niektorých prípadoch môžu byť vhodnou alternatívou voči rutinným lekárskeho zásahu intervenciám. Pôsobia tak ako neinvazívna možnosť v technokratickom modeli pôrodu.

Bibliografia

Abbott, P., & Meerabeau, L. (Eds.). (1998). *The sociology of the caring professions*. Psychology Press.

Aird, I. A., Luckas, M. J., Buckett, W. M., & Bousfield, P. (1997). Effects of intrapartum hydrotherapy on labour related parameters. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*, 37(2), 137-142. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.1997.tb02240.x>

Alexandria S., Taylor L., Solomon S., et al. (2023) The effect of doulas on maternal and birth outcomes: A scoping review. *Cureus*.;15(5). <https://doi.org/10.7759/cureus.39451>.

Aperio. (3.7. 2022) Jak se rodí v českých porodnicích. Dostupné z: <https://www.aperio.cz/clanky/jak-se-rodí-v-ceskych-porodnicich>

Bartáková, Petra. (2016). Proměna intimity. Online. *Lidé města*. „roč. 18, č. 1, s. 29-45.

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., Cuthbert, A. (2014). Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), 1–169. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Casaneida, A. N., Castañeda, A. N., & Searcy, J. J. (2015). *Doulas and intimate labour: boundaries, bodies, and birth*. Demeter Press.

Carlson, L. (2021) "The effects of doula care on birth outcomes and patient satisfaction in the United States."

Conrad, P., & Schneider, J. W. (1980). Looking at levels of medicalization: a comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(1), 75-79. [https://doi.org/10.1016/S0271-7123\(80\)90804-4](https://doi.org/10.1016/S0271-7123(80)90804-4)

Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of health and social*

behavior, 46(1), 3-14. <https://doi.org/10.1177/00221465050460010>

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232. <http://www.jstor.org/stable/2083452>

Chadwick, R. (2017). Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. In *Feminism & Psychology* (Vol. 27, Issue 4, pp. 489–509). SAGE Publications. <https://doi.org/10.1177/0959353517692607>

Chen, C. C., & Lee, J. F. (2020). Effectiveness of the doula program in Northern Taiwan. *Tzu chi medical journal*, 32(4), 373-379. https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_127_19

CZSO. (30.11.2023) Projekce obyvatelstva České republiky-2023-2100. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2023-2100>

Česká asociace dul. (13.3.2014). Kdo je dula- Česká asociace dul. Dostupné z: <https://www.duly.cz/kdo-je-dula/>

Česká asociace dul. (13.3.2024) Kurz pro duly. Česká asociace dul. Dostupné z: <https://www.duly.cz/stat-se-dulou/kurz-pro-duly/>

Dai, Z. Z. (2022). Motivations for Chinese Women to Become Professional Doulas. In *Maternal Healthcare and Doulas in China: Health Communication Approach to Understanding Doulas in China* (pp. 27-34). Cham: Springer International Publishing. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-46963-4_2

Davis, J. E. (2006). How medicalization lost its way. *SOCIETY-NEW BRUNSWICK-*, 43(6), 51. <https://doi.org/10.1007/bf02698486>

Davis, D.-A. (2019). Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical anthropology* 38.7: 560-573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>

Davis-Floyd, R.(2010) *Birth as an American rite of passage*. Univ. of California Press (2010).

Davis-Floyd R.E., & Fishel Sargent C. (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge : Cross-Cultural Perspectives*. University of California Press.

Everson, C. L., Cheyney, M., & Bovbjerg, M. L. (2018). Outcomes of Care for 1,892 Doula-Supported Adolescent Births in the United States: The DONA International Data Project, 2000 to 2013. *The Journal of perinatal education*, 27(3), 135–147. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.27.3.135>

Fox, B., & Diana W. (1999) Revisiting the critique of medicalized childbirth: A contribution to the sociology of birth. *Gender & society* 13.3: 326-346. <https://doi.org/10.1177/08912439901300300>

Gabriel, C. (2017). *Natural Hospital Birth: The Best of Both Worlds*. Harvard Common Press.

Gregora M. (2013). Porod císařským řezem a jeho možná negativa pro novorozence. *Pediatric pro praxi*, 14(6), 404-406. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201306-0019_Porod_cisarskym_rezem_a_jeho_mozna_negativa_pro_novorozence.php

Gilliland, A.L. (2002). Beyond Holding Hands: The Modern Role of the Professional Doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31: 762-769. <https://doi.org/10.1177/0884217502239215>

Han, S. and Cecilia, T., eds (2021). *The Routledge handbook of anthropology and reproduction*. Routledge.

Hoffman, M. (2013). Foucault and power: The influence of political engagement on theories of power. *Bloomsbury Publishing USA*.

Hrešanová, E.(2007) Midwives, women, and the professionalization of midwifery: an ethnographic study of two maternity hospitals in the Czech Republic. *Cogniție, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior* 11.2: 371-96. Dostupné z : https://www.academia.edu/5137611/MIDWIVES_WOMEN_AND_THE_PROFESSIONALIZATION_OF_MIDWIFERY_AN_ETHNOGRAPHIC_STUDY_OF_TWO_MATERNITY_HOSPITALS_IN_THE_CZECH_REPUBLIC

Hrešanová, E. (2011) Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie. *Gender rovné příležitosti výzkum* 12.02 63-74. Dostupné z: <https://www.genderonline.cz/artkey/gav-201102->

[0007_birth-care-and-the-experience-of-czech-women-a-qualitative-study.php](https://doi.org/10.1080/13648470.2012.692358)

Hunter, Ch. (2012). Intimate space within institutionalized birth: women's experiences birthing with doulas. *Anthropology & medicine* 19.3 315-326. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.692358>

Hunter, C. A., & Hurst, A. (2016). Understanding Doulas and Childbirth Women, Love, and Advocacy. *Palgrave Macmillan US*.

Jansen, L., Gibson, M., Bowles, B. C., & Leach, J. (2013). First do no harm: interventions during childbirth. *The Journal of perinatal education*, 22(2), 83–92. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.83>

Kheirkhah, Masoomah, et al. (2014) A controlled trial of the effect of aromatherapy on birth outcomes using. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2.1: 77-82. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2013.2058>

Klaus, Marshall H., et al. (1986) Effects Of Social Support During Parturition On Maternal And Infant Morbidity. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, vol. 293, no. 6547, pp. 585–87. *JSTOR*, Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/29524398>

Krapf, Jasmine. (2020) "Addressing the Doula Paradox: An Analysis and Reimagining of a Changing Role in Reproductive Justice." *Student Anthropologist* 7.1 29-41. <https://doi.org/10.1002/j.sda2.20200700.0005>

NZIP.(29.3.2023). Rodičky a císařské řezy. *Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023.* Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1616-rodicky-a-cisarske-rezy>.

NZIP. (25.4. 2024) Kam a na koho se o obrátit v případě problémů s. NZIP.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/808-kam-a-na-koho-se-obratit-v-pripade-problemu-s-kojenim>

Martin, E. (2001). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press

Meadow, Sandra L. (2015). Defining the doula's role: fostering relational autonomy. *Health*

Expectations 18.6: 3057-3068. <https://doi.org/10.1111/hex.12290>

Odent, M. (2018). Doulas: A Global Phenomenon. *Midwifery Today* 125.Spring (2018).
Dostupné z: <https://www.midwiferytoday.com/mt-articles/doulas-global-phenomenon/>

Pasian, P. (2022). Doulas: From their origins to their present status. In *Doulas: From their origins to their present status* (1st ed., Vol. 1, pp. 9-16). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003165934-2>

Perrenoud, P., Chautems, C., & Kaech, C. (2022). "Whatsapping" the continuity of postpartum care in Switzerland: A socio-anthropological study. *Women and birth*, 35(3), e263-e274.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.06.009>

Pešťanská, Z. (2016). "Tabuľkové tehotenstvo" a riziko: naratívny žien o tehotenstve. *Gender, Equal Opportunities, Research*, 17(1), 53-62. [doi: 10.13060/12130028.2016.17.1.255](https://doi.org/10.13060/12130028.2016.17.1.255)

Raphael, D. (1981). The midwife as doula: A guide to mothering the mother. *Journal of nurse-midwifery*, 26(6), 13-15. [https://doi.org/10.1016/0091-2182\(81\)90170-1](https://doi.org/10.1016/0091-2182(81)90170-1)

Už dost! (20.4. 2024) Porodnické násilí. Dostupné z : <https://www.uz-dost.cz/porodnicke-nasili/>

Waldaufová, E., & Šťastná, A. (2022). Role reprodukčního stárnutí v nárůstu porodů císařským řezem v Česku. *Demografie (Praha)*, 64(2), 91-105. <https://doi.org/10.54694/dem.0296>

WHO. (7.8.2020) Skin-to skin contact helps newborns breastfeed. *Who.int*. Dostupné z: <https://www.who.int/westernpacific/news-room/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed>

WHO. (9.10.2010) New evidence shows significant mistreatment of women during childbirth. *Who.int*. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>

Wolf-meyer, M. (2020). Multibiologism: An anthropological and bioethical framework for

moving beyond medicalization. *Bioethics*, 34(2), 183-189. <https://doi.org/10.1111/bioe.12658>

Zola, I. K. (1972). MEDICINE AS AN INSTITUTION OF SOCIAL CONTROL. *The Sociological review (Keele)*, 20(4), 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>