

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

Role a percepce žen du

Petra Bartáková

Plzeň 2014

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta filozofická
Katedra antropologie
Studijní program Antropologie
Studijní obor Sociální a kulturní antropologie

Diplomová práce
Role a percepce žen dul
Petra Bartáková

Vedoucí práce:

Mgr. Lenka Jakoubková Budilová, Ph.D.

Katedra antropologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2014

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2014

.....

Poděkování

Chtěla bych v první řadě poděkovat všem ženám, které se mnou byly ochotné sdílet své porodní představy, pocity a zkušenosti. Velký dík také patří vedoucí mé diplomové práce Mgr. Lence Jakoubkové Budilové, Ph.D., jež mi byla cennou rádčyní. Rodině a přátelům pak děkuji za trpělivost a za prokázání schopnosti pozorně naslouchat.

Obsah

1 ÚVOD	1
2 POROD COBY PŘEDMĚT ZKOUMÁNÍ SOCIÁLNÍCH VĚD	4
2.1 Antropologické zkoumání lidské reprodukce	4
2.2 Porod jako přechodový rituál	6
2.3 Pohled na vývoj porodnické praxe historickou perspektivou	8
2.4 Genderovanost porodnictví.....	12
2.5 Změny v porodnické praxi.....	13
2.6 Dva koncepty vedení porodu	17
3 KONTINUÁLNÍ PODPORA BĚHEM PORODU	23
3.1 Profesionální doprovázející osoby – duly	23
3.2 Význam žen dul očima porodnictví	26
3.3 Význam žen dul očima sociální vědy	28
3.4 Duly v zahraničí	31
3.5 Duly v České republice	33
4 METODOLOGIE	37
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	37
4.2 Metody výzkumu	37
4.3 Analýza rozhovorů	40
4.4 Etická otázka výzkumu	41
5 POROD S DULOU	42
5.1 Porodní příběhy Elizabeth a Elišky	42
5.2 Příběh Elizabeth.....	43
5.3 Příběh Elišky	46
5.4 Společné prvky v porodních příbězích.....	49
5.5 Role a percepce žen dul v kontextu tří úrovní analýzy	50

6. ROLE DULY COBY PRŮVODKYNĚ MATEŘSTVÍM.....	51
6.1 Fenomén mateřství	51
6.2 Dula coby nositelka přirozeného porodu	54
6.3 Porodní vědění.....	57
7 ROLE DULY VE VZTAHU KE KLIENTŮM	62
7.1 Role duly jako role kamarádky?	62
7.2 Role důvěry.....	64
7.3 Role poradce a tichého obhájce	68
7.4 Role dul a otců	71
8 ROLE DULY VE VZTAHU KE ZDRAVOTNÍMU PERSONÁLU.....	78
8.1 Role duly a porodních asistentek.....	78
8.2 Role duly v institucionálním prostředí porodnic	83
9 ZÁVĚR.....	86
10 SEZNAM POUŽITÉ LITERAURY A PRAMENŮ.....	89
11 RESUMÉ.....	97
12 PŘÍLOHY	98
Příloha A: Medailonky žen – dul	99
Příloha B: Medailonky žen – klientek dul	101
Příloha C: Etický kodex České asociace dul	103
Příloha D: Etický kodex Českých dul	105
Příloha E: Scénář A – Témata a otázky k polostrukturovaným rozhovorům s <i>dulami</i>	107
Příloha F: Scénář B – Témata a otázky k polostrukturovaným rozhovorům s <i>klienty dul</i>	109

1 ÚVOD

Narození dítěte patří mezi zlomový či liminální okamžik nejen v životě ženy, ale i celé její rodiny. Porod může nabývat rozličných mezikulturních podob a specifik. Jako významná a silně emocionální událost se stal předmětem rodinných vyprávění, předávání zkušeností mezi ženami či celospolečenských veřejných debat, které se časem proměňují.

Optikou sociálních věd nelze na zrození nového člověka pohlížet pouze v rámci individuální zkušenosti porodu, ale také jako na jistý sociální proces, který se odehrává v konkrétním společenském a institucionálním kontextu. Vnímání porodu bylo vždy úzce svázáno či spojeno s pomocí a se vzájemnou solidaritou zkušených žen, které již zažily porod anebo se vyskytovaly v jeho blízkosti.

Změna, jež nastala v osvícenecké době vlivem medikalizace porodnictví, s sebou mimo jiné přinesla nový rozměr porodnického a gynekologického paradigma. Akt samotného narození byl následně přesunut z uzavřeného prostředí domácností, které bylo prosyceno rituálními praktikami a specifickou ženskou péčí, do prostředí „bezemočních“ porodnic, v rámci nichž dlouhou dobu nebyla dovolena kontinuální podpora jiných osob. Důsledkem proměny fungování zdravotního systému ve druhé polovině dvacátého století, která byla zároveň doprovázená nastupující komercializací a individualizací porodní péče, dochází k zpřístupnění porodních zařízení i pro osoby, jež nevyžadují lékařskou péči. Mezi tyto osoby zpočátku patřili pouze otcové či partneři rodiček, následně se na porodních sálech objevují rodinní příslušníci, blízké kamarádky anebo profesionální doprovázející ženy – dudy, o nichž pojednává tato diplomová práce.

Poohlédneme-li se po odborných pracích zabývajících se rolí a percepcí žen dul v Česku, pak zjistíme, že jejich množství je zanedbatelné. Převážně se objevují kvantitativní závěrečné práce, jejichž primárním záměrem je obeznámit čtenáře s existencí takovéto služby,

nikoliv však empirické studie věnující se roli anebo percepci žen dul. Tato diplomová práce se tak snaží vyplnit prázdný prostor, který se v českém prostředí vyskytuje.

Předkládaná práce si tak klade za cíl odpovědět na položené výzkumné otázky týkající se role a percepce žen dul, které svým působením či přítomností přinášejí nepřetržitou emoční a fyzickou podporu klientkám a klientům během těhotenství, porodu a šestinedělí. Ve svém důsledku nahrazují „tradiční“ přítomnost zkušených a porodu znalých žen během vlastního aktu přechodu partnerů do role rodičů. V práci se zaměřuji nejenom na doprovázející osoby při porodu, tedy duly, ale také na zkušenosti a vnímání rodičů právě se spoluprací dul. Budoucí maminky si své duly aktivně vyhledávají a za poskytnutí jejich služeb také platí. Ačkoliv nespádají pod zdravotní nemocniční personál, disponují jistým povědomím či porodním věděním, souvisejícím s konkrétními porodními zařízeními, dokážou tak například své klientce doporučit porodní centrum, jež odpovídá jejím představám. Specifické role, kterých se duly ujímají, nabývají silně intimních, avšak dočasných kvalit.

Prvních několik kapitol se věnuji teoretickému ukotvení diplomové práce a historickému vývoji porodní praxe, která s sebou mimo jiné přinesla vznik profese porodníků a porodních zařízení. Proměny, kterými porodnictví za posledních několik desítek let prošlo, jsou charakteristické zvětšením osobní autonomie a možností do jisté míry participovat na rozhodnutí týkající se poskytování lékařské péče. Objevují se zdánlivě dva protichůdné koncepty vedení porodu, mezi něž patří *lékařsky vedený porod* a *přirozený porod*, jehož příznivci poukazují na pozitivní vliv přítomnosti doprovázejících osob během porodu. V českém prostředí existují dvě občanská sdružení, sjednocující oficiálně certifikované či profesionální doprovázející ženy – duly, a sice Asociace českých dul a České duly. Tato sdružení, po vzoru dul ze zahraničí, nabízejí roční či dvouleté vzdělávací kurzy, jejichž cílem je poskytovat těhotným ženám

a maminkám certifikované a v oblasti porodnictví znalé ženy, které po splnění všech podmínek kurzu nesou označení duly.

Další část předkládané práce se již věnuje samotnému empirickému výzkumu, jenž je založen na hloubkových či polostrukturovaných rozhovorech, jak s českými dylami, tak s jejich klientkami. V úvodní kapitole výzkumné části předkládané práce uvádím dva porodní příběhy, které se průběhem a prostředím porodu velice liší, avšak je jim společná právě kontinuální přítomnost certifikované ženy – duly. Následně je práce rozdělená do tří analytických úrovní, v rámci nichž jsem se pokusila, na mnou zvolených ukázkách pocházejících z vlastního výzkumu, o interpretaci role a percepce žen dul.

V závěru přináším shrnutí poznatků této diplomové práce a odpovědi na položené výzkumné otázky. Dále diskutuji, jakým směrem by se mohl ubírat budoucí výzkum týkající se profesionálních doprovázejících osob. V příloze pak čtenář může nalézt stručné medailonky z řad mých informátorek, tedy dul i jejich klientek.

2 POROD COBY PŘEDMĚT ZKOUMÁNÍ SOCIÁLNÍCH VĚD

Následující kapitoly přinášejí stručný přehled antropologického, sociologického i historického zkoumání na poli lidské reprodukce, která bezesporu patří mezi významné sociální činitele života lidí a zároveň je jimi i konstruována.

2.1 Antropologické zkoumání lidské reprodukce

Porod neodmyslitelně patří mezi zlomové okamžiky v životě ženy i její rodiny a tím jej jistým způsobem vytváří a rámuje. Nabývá tedy celospolečenských rozměrů, které se místem i časem značně proměňují.

Již v klasických dílech pocházejících od antropologů se setkáváme s tématem postavení ženy ve společnosti a určitým popisem rozličných rituálů spojených s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Například otázka početí se ve starších etnografiích objevovala poměrně často. Bronislaw Malinowski se ve svém díle *The Family among the Australian Aborigines* (1913) mimo jiné také zabýval rolí muže coby genitora, který nebyl při samotném aktu symbolicky nikterak důležitý. Původní austrálští obyvatelé reprodukci připisovali pouze ženě, do níž prostřednictvím totemového ducha bylo „vloženo“ dítě (Malinowski 1913: 209). Další etnografické výzkumy odhalily, že v centrální Africe u skupiny Čeweů se jasně rozlišuje mezi ženou a mužem kompetence i znalost procesu narození a smrti. Po první menstruaci, kdy dívka prochází iniciačním rituálem, je obeznámena s „tajemstvím“ ženství, sexuality, porodu a výchovy dětí. Porody pak probíhaly výhradně za podpory ostatních žen, skryty zraku mužů. Mezi antropologicky nejznámější praktiku týkající se samotného porodu patří jistě *kuvade*. Tento zvyk byl pozorován u jihoamerických indiánů, kteří se nacházeli na pomezí Brazílie a Paraguaye. Indiáni byli přesvědčeni, že krátce po porodu je oslabená matka nejsnadnější kořistí pralesních duchů, a proto manžel či otec dítěte přebíral úlohu rodící ženy. Symbolickým kvílením a předváděním porodních bolestí se snažil tyto duchy zmást (Kupferer 1965; Callaway

1978; Kandert 1995). Neméně známé je i pojetí porodu coby přechodového rituálu, jemuž se budu více věnovat v následující kapitole.

V sedmdesátých letech se, pod vlivem feminismu, postmoderního a interpretativního obratu v sociálních vědách, výše uvedené mimozápadní popisy porodních zvyklostí začínají reinterpretovat, a to zejména ve vztahu k jejich významu a symbolice, které jim připisovali samotní aktéři. Zároveň se pozornost sociálních vědců začíná obracet na domácí pole. V tomto kontextu sehrály důležitou roli studie zaměřující se kriticky na výzkum ženského zdraví, jejichž ústředním tématem byl a nadále je porod (Hrešanová 2012a: 216 - 219). Porod je vnímán jako výstup či vyvrcholení celého reprodukčního procesu a proto se také stává ústředním tématem v bádání o lidské reprodukci (Hrešanová 2012b: 178). Mezi první studie pohlížející na porod zmíněnou kritickou optikou patří dílo Brigitte Jordan, které bylo vydané roku 1978. Autorka v něm srovnávala čtyři kultury a jejich porodní praxe. Poukázala na to, že tyto praxe nabývají nejen biologických, ale také sociálních a kulturních rozměrů. Pozdější studie již začaly porod chápat coby arénu či pole uvnitř kultury, které je sociálně produkováno a znovu-vyjednáváno, a to i s důrazem na historii lékařských poznatků nebo politických i ekonomických vztahů (Van Hollen 1994). Marcia C. Inhorn (2007) ve svém přehledovém článku čtenáři představuje rostoucí počet etnografických studií týkajících se ženského zdraví, které čítají více než 150 studií, dvě třetiny děl z tohoto seznamu byly vydané po roce 2000.

Teoretická východiska antropologie potažmo sociologie porodu tedy kladou důraz na sociální a kulturní podmíněnost kategorie lidské reprodukce, zdraví a nemoci. V širším rámci můžeme tyto přístupy označit za medicínskou antropologii. Sociální vědci pak poukazují na sociální a kulturní konstruovanost zkušeností týkajících se zdraví, porodu a vlastního těla, zároveň také upozorňují na sociální podmíněnost „objektivního“ medicínského i biomedicínského vědění. Studium biologických procesů by tak nemělo být odděleno od sociálních

a kulturních kontextů, v nichž se aktéři a procesy nacházejí (Hašková 2001; Hrešanová 2008; Van Hollen 1994).

2.2 Porod jako přechodový rituál

Francouzský etnolog Arnold Van Gennep na počátku minulého století postuloval a popsal přechodové rituály (*rite of passage*), mezi něž mimo jiné patří i období těhotenství a porodu. Tyto rituály provázejí hluboké životní změny, jež mají vliv i na identitu jedinců (Van Gennep 1996; Raphael 1976: 19). Porod s sebou přináší sérii velmi dramatických proměn nejenom na úrovni fyzických či psychických změn, ale také na úrovni statusu v rámci společnosti a vlastní ženské identity (Raphael 1976). Sociální vědci dokonce o porodu hovoří jako o jednom z nejpodstatnějších přechodových rituálů v životě žen, a to jak v tradičních, tak v moderních společnostech (Van Gennep 1996; Hrešanová 2012b).

Přechodovými rituály se v antropologickém prostředí tedy označují takové rituály, které s sebou přinášejí přesun či transgresi jednotlivců či skupiny jedinců z jednoho sociálního statusu¹ na status nový, v našem případě na status matky. Podle Van Gennepa tyto rituály stále reprodukují společnost a zároveň provázejí přechod od jedné situace k jiné, od jednoho světa do jiného. Následně nám autor poskytuje trojí rozlišení či fáze těchto rituálů, jedná se o odluku, pomezí (tzv. liminální fázi) a sloučení nebo opětovné přijetí již v novém sociálním statusu (Van Gennep 1996: 19).

V tradičních společnostech pak obřady spojené s těhotenstvím často nabývaly jednoho celku, a to tak, že se nejprve prováděly odlučovací rituály, jimiž se těhotná žena obecně vydělila ze společnosti. Pak přicházely rituály spojené již s vlastním těhotenstvím, které bychom

¹ Sociální pozici pak chápeme jakožto pozici, kterou jistý člověk zaujímá vzhledem ke druhým v rámci daného sociálního systému. Sociální status určuje práva i povinnosti svého nositele vůči ostatním lidem, zároveň také určuje, jaké chování budou druzí očekávat. V této perspektivě je sociální status základem sociálních rolí (Keller 2004: 195 - 196).

analyticky mohli včlenit do období pomezí. Vrcholem této rituální sekvence bylo začlenění ženy do stratifikované společnosti s nově získaným statutem matky (Van Genep 1996). Fáze liminarit či pomezí byla často charakteristická zvláštním prostorem v příbytku nebo dodržováním jistých tabu, týkající se stravy anebo například sexuality (Van Genep 1996: 46).

V moderních komplexních společnostech bychom pak v kontextu výše zmíněné sekvence strukturace rituálu mohli porod, v rámci samostatné jeho fyziologie a odlišných hormonálních stavů, chápat jako fázi pomezí (Hrešanová 2012b: 186). V kontextu zmíněné liminarit vznikají jisté druhy relativně nediferencovaných *communitas*², v jejichž rámci jsou si aktéři zcela rovni, nejsou tady a ani tam, jsou někde na pomezí. Victor Turner tento stav více popisuje jako stav podřízenosti, bezpohlavnosti nebo mlčení. Na druhé straně jsou jedinci v těchto skupinách považováni téměř za „svaté“ (Turner 2004). Ženy v období těhotenství také vykazují mnoho takovýchto stavů. S jejich tělem je často nakládáno jako s objektem veřejné kontroly, nad nímž je nutné bdít, jejich vlastní subjektivita je marginalizována. Lékařská autorita pak jasně určuje, co je pro těhotenství zdravé a co již ne, jak se má těhotná žena chovat anebo co jíst.

Americká medicínská antropoložka Robbie Davis-Floyd pak tuto medicínskou autoritu charakterizuje, pro americké prostředí, jako silně technokratickou a patriarchální. Standardními procedurami během normálního fyziologického porodu, jakými je použití fetálních monitorů, změna oblečení nebo ne nezbytná medikamentózní podpora, se re/produkuje symbolické hodnoty, jež potvrzují ústřední roli technologií a hegemonii mužů ovládající nekontrolovatelné ženské tělo (Van Hollen 1994; Davis-Floyd 2001; Inhorn 2007; Hrešanová 2012b). V podobném kontextu uvažuje v prostředí českých porodnic i Jaroslava Hasmanová

² Jedním z klíčových aspektů liminarit je absence jakékoliv sociální stratifikace jedinců. To znamená, že v jejím rámci se vytváří jakási dočasná homogenní skupina *communitas*, kde neplatí základní kritéria vnitřního rozčlenění dle moci, prestiže anebo majetku (Turner 2004).

Marhánková (2008), která na příkladu provádění amniocentéz³ a obecně prenatalní diagnostiky poukazuje na ustavování či upevňování autoritativního vědění lékařů tím, že staví ženy do role těch, jejichž tělo je pozorováno a podřizováno jistému druhu disciplíny a kontroly. Můžeme říci, že ženské zdraví a pak zejména ženské těhotné tělo nabývá jakéhosi morálního celospolečenského aspektu (Inhorn 2007). Těhotná žena a její fyzická stránka se tak prostřednictvím rutinní prenatalní péče stává jakýmsi veřejným prostorem (Hasmanová Marhánková 2009).

2.3 Pohled na vývoj porodnické praxe historickou perspektivou

V předchozích kapitolách jsme si ukázali, že lidskou reprodukci nelze vnímat pouze v rámci individuální zkušenosti, ale také jako sociální proces, který se odehrává v jistém institucionálním rámci a je konstituován na poli společenských významů, jež se místem i časem značně proměňují. Tyto změny porodnické praxe úzce souvisejí s celospolečenskými změnami, které lze jistým způsobem sledovat právě skrze historickou perspektivu.

Vnímání porodu jakožto sociální události, která je úzce svázána s pomocí a vzájemnou solidaritou zkušených žen, se projevovalo napříč rozličnými kouty světa. V preindustriální Evropě bylo narození dítěte výlučnou záležitostí žen a bylo doprovázeno celou sérií praktických i magických rituálů. Z účasti na porodu pak byly vyloučeny ženy, které nebyly provdané anebo sexuálně zkušené a samozřejmě muži. Ti byli přivoláváni pouze tehdy, když bylo potřeba fyzické síly anebo v 16. a 17. století již zásahu doktora (Tinková 2010: 102). Úlohu těchto zkušených žen typicky zastávaly matky, sestry, tety anebo jakékoliv ženy - přítelkyně v dané skupině (Meyer, Arnold, and Pascali-Bonaro 2001: 57). Mezi činnostmi, které často vykonávaly, pak patřilo ohřívání vody i vína, praní

³ Amniocentéza patří mezi invazivní metody prenatalní diagnostiky. Provádí se ve druhém trimestru a spočívá v odebrání vzorku plodové vody, který se následně zpracuje v cytogenetické laboratoři. Získá se tak celý karyotyp umožňující detekci strukturálních anomálií chromozomů (Roztočil 2008: 69 - 70).

prádla, vaření posilujících vývarů pro rodičku, ale i pro porodní bábu. Během samotného porodu podpíraly či přidržovaly rodící ženu a po narození potomka poskytovaly potřebnou péči matce i dítěti (Tinková 2010; Meyer, Arnold, and Pascali-Bonaro 2001). Můžeme tedy říci, že tento specifický projev ženské solidarity překračoval jisté příbuzenské vazby.

Ústřední postavu představovala porodní bába, obvykle starší žena, která disponovala praktickými zkušenostmi, a to nejen v oblasti porodního procesu, ale také v oblasti těhotenství, šestinedělí, sexuality, léčitelství anebo například v otázce soudních záležitostí. Byla to právě ona, kdo určoval panenství dívek, těhotenství nebo obvinění ze spáchání potratu, infanticidy či znásilnění (Tinková 2010: 102 - 103; Doležal 2001).

Od 16. století se objevují první snahy ze strany církve a obce o jakousi kontrolu výkonu babické praxe. Porodní báby se již staly formou instituce prozatím stále spadající pod duchovní moc. Byly publikovány rozličné řády, jejichž ústředním cílem bylo jasné definování náboženských a morálních aspektů porodní praxe. V katolických oblastech pak církev vyžadovala nezbytnost křtu novorozeňat, zatímco v protestantských oblastech již na samotný obřad křtu takový důraz kladen nebyl. Porodní báby se v podstatě staly nositelkami katolické věrouky. V tu samou dobu se začal vyvíjet silný tlak na „lidové“ porodní báby, jež byly bez vyznání a neřídily se výše zmíněnými duchovními řády. Byly obviňovány z čarodějnictví, magie a infanticidy (Tinková 2010: 106 - 109).

Následně je v 17. století ze strany měst a univerzit na porodní báby vyvíjen tlak, aby skládaly zkoušky a měly určitý druh atestace pro provádění porodů. Například v Čechách musely porodní báby, které chtěly vykonávat svou živnost na území města Prahy, složit zkoušky společně s doktory medicíny anebo chirurgy (Doležal 2001: 48). V tu samou dobu se již také jasně kompetenčně diferencioval „normální“ či

„přirozený“ porod, od porodu „nepřirozeného“, který byl vložen do rukou odborníků lékařů, porodníků, chirurgů (Tinková 2010: 108).

Osvícenecký stát 18. století se ve větší míře začal věnovat jakémusi zkvalitňování fyzického života, jeho délky i zdraví (Tinková 2010: 95). Skutečný rozkvět vědeckého porodnictví pak můžeme datovat právě do této doby, kdy vznikají první státem podporované univerzitní obory, lékařské fakulty nebo masové porodnice, určené především pro nemajetné ženy, které jsou štedře financované šlechtou. Nutno podotknout, že úmrtnost žen a dětí, rodících (se) v ústavních porodnicích pod dozory lékařů, byla velmi vysoká⁴. Michel Foucault (2010) právě v této struktuře vzájemnosti, kdy se bohatým lidem rýsuje jakási užitečnost v poskytování pomoci hospitalizované chudině, spatřuje jednu z klíčových implicitních forem organizace klinické zkušenosti. Klinika tedy představuje ústřední instituci zdravotnických reforem, na nichž stojí celá západní medicína (Foucault 2010; Tinková 2010). Na poli medicíny se snoubí jak biologické, tak organizační procesy odehrávající se ve společnosti (Callaway 1978: 168). Můžeme zde sledovat spojení mezi věděním a mocí, v rámci něhož lékařská moc slouží ke kontrole tělesnosti jedinců. Právě takovéto rozšiřování kompetence a kontroly nad vlastním lidským životem ze strany lékařů nazýváme medikalizací (Tinková 2010: 95).

Medikalizace nebo také medicinizace je proces, kterým se určité oblasti lidského života, které původně nepatřily do lékařské kompetence, dostávají do sféry ovládané medicínskými „objektivními“ poznatky a monopolní lékařskou kontrolou, mocí i autoritou (Tinková 2010: 96; Slepíčková, Šlesingerová, and Šmídová 2012). Další pojem, který nám v otázce problematiky konceptualizace zdraví Michael Foucault nabízí, je biomedicína. Ta v autorových intencích odkazuje k „moderní profesionální

⁴ Vysoká mortalita pacientů v porodních ústavech byla způsobena špatnými hygienickými podmínkami, nedostatečnou ventilací, málo častými výměnami ložního prádla, slamníků a dek. Zároveň v těchto ústavech docházelo také k provádění pitev a koncentraci nemocných lidí, porody tak byly prováděny v nesterilním nemocničním prostředí, kde rostl výskyt infekčních chorob (Doležal 2001: 104 - 109; Hašková 2001: 13 - 14).

západní medicíně“, jejíž praxe je založena na ryze vědeckých a „objektivních“ základech. Biomedicínský přístup ke zdraví a zároveň také k nemoci je jedním ze zásadních projevů moderní biomoci, tedy způsobu kontroly a administrace moderní populace (Slepičková, Šlesingerová, and Šmídová 2012).

Zmíněná medikalizace nabývala lokálně odlišných forem. Její vliv se převážně projevovat ve městech s velkým počtem obyvatel, jakými byla Velká Británie, Francie a později například obecně střední Evropa. Města tak sehrála důležitou roli i v realizaci specifických škol určených výhradně adeptkám babictví, zároveň se setkáváme s početnými zákazy výkonu babické praxe bez příslušné zkoušky složené u nově ustanovených porodníků - mužů (Tinková 2010: 95 - 116).

Můžeme zde tedy hovořit o jakési instituci porodních bab či babictví, která přibližně do poloviny 18. století na evropském kontinentě dominovala. Následně byla nahrazena *akušéry*⁵ a porodníky, kteří již disponovali znalostí anatomie a fyziologie. Z dosavadního porodního umění se stala exaktní věda, jež rozlišovala porodní objekt, porodní cesty a porodní síly. Hovoříme zde už o skutečné revoluci či paradigmatické změně pohlížení na porodní proces, která byla dovršena v 19. století vznikem narkózy, mikrobiologie a ve 20. století objevem krevních skupin a transfuze, v teorii pak rozvojem reprodukční fyziologie (Doležal 2010: 54). Do porodnické praxe se tak promítá obecné postavení žen ve společnosti. Fenomén babictví, v rámci něhož se převážně ústně předávala *sekreta mulieris*, tedy ženská tajemství, byl nahrazen muži, představující „objektivní“ gynekologicko-porodnické vědění (Doležal 2001: 5 - 7).

⁵ Název *akušér*, v německy mluvících zemích pak *Geburtshelfer* anebo v Anglii *man-midwife*, odkazoval k mužům porodníkům, kteří se rekrutovali z řad vzdělaných chirurgů a byli nejvíce rozšířeni mezi šlechtou. Legislativně i intelektuálně měli být nadřazeni porodním bábám (Doležal 2001: 49).

Jak bylo v této kapitole naznačeno, v čase i prostoru dochází ke změnám koncepce vedení porodu. V osvícenecké době byla pozornost lékařů i chirurgů obrácena na oblast porodnictví, zakládaly se první katedry gynekologie a porodnictví na lékařských fakultách a první veřejné porodní kliniky pro svobodné a chudé matky, které byly propojeny s klinickou výukou. Profese porodníka byla posílena autoritou a věděním, která byla podpořena novými objevy i technickými vynálezy (Tinková 2010: 516 - 517). Porodní báby tak byly často napadány, a to jak ze strany církve pro jejich kacířství, tak později ze strany lékařů pro jejich nekompetenci a negramotnost v oblasti porodnictví (Van Hollen 1994: 508). Dodnes můžeme vnímat určitý konflikt či spor mezi porodními asistentkami (dříve bábami) a porodníky v poskytování porodní péče (Hrešanová 2008).

Medikalizace porodnictví s sebou přinesla nové otázky týkající se převážně těhotného a rodícího ženského těla, které se vymanilo ze sféry každodennosti. Narození bylo postupně vyloučeno z prostoru, který mu preindustriální společnost vymezovala v rodinném životě, v magických rituálech anebo v odvěké ženské solidaritě (Tinková 2010: 518).

2.4 Genderovanost porodnictví

Z výše uvedené stručné historie porodnické praxe a osvícenecké paradigmatické změny je patrné, že profesionalizace porodnictví si vynutila genderovou dichotomizaci⁶ promítající se v míře vědění a kompetencí. Podle Daniely Tinkové (2010) tak zmíněná osvícenecká epocha měla za následek jakési „ideologické vyvlastnění“ ženského těla a jeho „ovládnutí“ muži – experty, porodníky. Toto genderové rozdělení rolí se nevyskytuje pouze na rovině porodník a porodní asistentka (bába), ale také na rovině porodník a pacientka (rodička).

⁶ Obdobné genderové rozdělení v kompetenci a vědění, které se týká ženského zdraví i porodu, můžeme nalézt i v mimozápadních nativních společenstvích. Helen Callaway (1978) nám ukazuje na příkladu Jorubů, že k rodící ženě je vždy přivolána nejen zkušená žena, kterou autorka označuje jako porodní bábu (*midwives*), ale také místní kněz (*priest*). Ten je považován za nositele „tradičního“ a zároveň „moderního“ lékařského vědění (Callaway 1978: 173).

Porodnictví je tak naplněno řadou genderových stereotypů, v rámci nichž dochází k jakémusi snižování kompetencí žen odbornic, a to nejen ze strany mužských kolegů, ale také laiků (Hašková 2001: 9). Mnoho studií, které pocházejí převážně od sociálních badatelů, se věnuje profesním sporům mezi porodníky a porodními asistentkami, a to i s ohledem na genderové aspekty dělby práce v porodnici a porodnictví obecně. Ústředním bodem těchto diskuzí je pak otázka zodpovědnosti a rozsahu pravomocí ve vedení vlastního porodu. Jak ukázal etnografický výzkum Emy Hrešánové (2008) porodní asistentky nemůžeme chápat coby jednotnou a ohraničenou skupinu, v rámci níž všechny její nositelky sdílejí stejnou ambici v profesionalizaci práce a plné autonomie ve vedení fyziologických porodů.

Genderové role se pak také projevují na rovině lékař – pacient a výrazně tak ovlivňují prožitek celé porodní události. Ema Hrešánová (2011) se ve své empirické studii zabývala zkušenostmi čtyřiceti rodiček s porodní péčí. Ukázalo se, že i v prostředí porodnice internalizované genderové role silně určují pozici jednotlivých aktérů. Personál od rodiček očekával, že budou, tak jako „správné“ ženy, empatické, klidné, submisivní a nebudou příliš prosazovat své nároky. Na druhé straně samy ženy měly pocit, že nesmí vystupovat z takovýchto očekávaných rolí, aby nebyly personálem označeny za „hysterky“. Často pak ženy zmiňovaly, že doprovod u porodu, převážně ve formě přítomnosti jejich partnera, pro ně znamenal jakousi pojistku, že je nemocniční personál neodbude. Partner zde tedy opět plnil očekávanou mužskou - ochránářskou úlohu (Hrešánová 2011: 70).

2.5 Změny v porodnické praxi

O určité změně v anglo-americkém prostředí, týkající se dominance mužů na porodních sálech, můžeme hovořit na počátku sedmdesátých let. Pod vlivem feminismu se začíná formovat hnutí za *přirozený porod*, které silně podporovalo porody vedené porodními asistentkami doma a tedy bez lékařských intervencí. Zároveň nabádali k přítomnosti otců či

jiných doprovázejících osob, včetně *dulí*⁷ (Callaway 1978: 166; Inhorn 2007: 16). V českém prostředí se pak obdobné snahy objevují spíše až po roce 1989, kdy dochází ke společenským změnám či transformaci v uplatnění práv na svobodu projevu a k zakládání občanských sdružení na podporu žen a mateřství (Hašková 2001: 9 - 10). Aktivní účast těchto sdružení proti medikalizaci porodů je v podstatě důkazem moci a genderové hegemonie, kterou medicínské vědění disponuje (Slepičková, Šlesingerová, and Šmídová 2012).

Na druhé straně samy porodnice musely na tyto změny nějakým způsobem reagovat také, a to zejména rozšiřováním nabídky svých služeb, v rámci nichž je ženám ze strany porodnic deklarována jistá míra prostoru pro vlastní rozhodování o průběhu porodu (Hrešanová 2008). Někteří autoři zabývající se antropologií či sociologií porodů pak hovoří o změně porodní praxe směrem k individualizaci a pluralizaci (Hašková 2001) nebo v obecném slova smyslu ke komercializaci porodnic a s ním úzce souvisejícím konzumentarismem budoucích rodičů (Hrešanová 2008; Hrešanová and Hasmanová Marhánková 2008). Ze strany pacientů – klientů tak dochází k artikulaci požadavků na zvětšení osobní autonomie v poskytování specializované lékařské péče, která je charakteristická právě pro moderní konzumní společnost (Lipovetsky 2007: 60 - 67).

Porodnice postupně začaly pořádat prohlídky porodních sálů i poporodních pokojů v rámci předporodních kurzů, které se vybaveností snažily napodobovat domácí prostředí. Dále například deklarovaly možnost doprovodných osob, ačkoliv jejich počet je stále v mnoha porodních zařízeních omezen pouze na jednu. Docházelo také k prodloužení doby možného pobytu návštěv, který podle Hany Haškové (2001) znamenal skutečné otevírání porodnic vnějšímu světu, jelikož se tímto zpřístupněním nachází v zdravotnickém zařízení i osoba vyžadující

⁷ Název či termín *dula* v této práci konceptualizuji jakožto profesionální doprovázející osobu – ženu, která prošla oficiálním kurzem a je tak vyškolená k doprovodu ženy a její rodiny během těhotenství, porodu a šestinedělí.

spíše „hotelovou“ péči, nikoliv péči lékařskou. Často se pak objevují nabídky využití alternativních úlevových technik od porodní bolesti anebo naopak využití epidurální analgezie. Možnost родit v jiné než „klasické“ poloze na porodním stole je nyní téměř ve všech porodnicích deklarována a již není tak ojedinělé využít speciální vanu k úlevě od porodních bolestí v první a na počátku druhé doby porodní⁸, popřípadě jí využít k porodu do vody.

Zmíněná individualizace porodní péče se dá chápat ze dvou hledisek, a to z hlediska psychologizace porodu a komercializace porodu. V kontextu psychologizace porodů se začala diskutovat přílišná intervence ze strany lékařů do vlastního porodního procesu. Vstupem psychologů do sféry porodnictví se tak začaly reflektovat prožitky žen během porodů. Byl například definován syndrom „ukradeného“ porodu, který hledá původ traumatizujících vzpomínek pocházejících ze strany instrumentálního lékařského vedení. Dále byla artikulována důležitost vytvoření rané vazby⁹ mezi matkou a dítětem, která v dřívější praxi byla často narušená odnesením dítěte krátce po porodu. Zastánci *přirozených porodů* pak tyto psychologické aspekty vnímají jako klíčové (Hašková 2001).

Stále více autorů a empirických studií ukazuje, že hovořit o komercializaci porodnic a zdravotních zařízení obecně je relevantní, a to zejména s počínající konkurencí porodnic v rámci nového systému financování nemocničních zařízení (Hašková 2001; Hrešanová 2008). Konzumentarismus pak pohlíží na pacienta jako na aktivně jednajícího aktéra, který strategicky volí mezi nabízenými službami, v našem případě službami zdravotnického zařízení (Hrešanová 2008). Podle Hany

⁸ První doba porodní neboli doba otevírací je charakteristická rozvíjením dolního děložního segmentu následkem pravidelných kontrakcí. Děložní hrdlo se tak otvírá a na konci této porodní fáze obvykle dochází ke spontánní ruptuře vaku blan. Druhá doba porodní či doba vypuzovací zahrnuje průchod plodu porodními cestami za zvýšené intenzity kontrakcí (Roztočil 2008: 109 - 118).

⁹ V odborné i populárně naučné literatuře týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí se tato raná vazba mezi rodiči a novorozencem označuje jako *bonding*, popřípadě *rooming*, který je pak spojen i s kojením (Klaus, Kennel, and Klaus 2004: 123 - 124).

Haškové (2001) lze konkurenci spojit s privatizací porodnic po roce 1989, s poklesem natality a s rekonceptualizací pohledu na rodičku jako na klientku, o jejíž přízeň vedení porodnic aktivně usiluje. Zmíněná vzrůstající konkurence dala vzniknout „novým“ typům služeb spojených s porodem, včetně výše zmíněných předporodních návštěv, možnosti nadstandardního ubytování, nebo přítomnosti doprovázejících osob.

Za posledních dvacet let se tedy v českém prostředí začala rozšiřovat nabídka jednotlivých porodnic a především možnost spolurozhodovat o průběhu narození dítěte. Tato vidina participace však pro budoucí rodiče skýtá dvojí důsledky. Na jedné straně si mohou v případě předpokladu fyziologického porodu vybrat takovou porodnici, která jim vyhovuje. Na straně druhé mohou být znejistěni množstvím nabízených forem a služeb. Zároveň jak podotýká Hana Hašková (2001) tato spoluúčast na řízení porodu v procesu individualizace služeb je spíše jakousi možností nechat se přesvědčit anebo přijmout argumentovanou konstrukci odborníků, a to jak ze strany lékařů, tak ze strany zastánců *přirozených porodů* (Hašková 2001: 30).

V obdobném kontextu hovoří Ema Hrešanová (2008), v návaznosti na Ellen Lazarus (1994), o jakémisi *porodním věděním*, jež se vztahuje jednak k biologickým procesům probíhajícím v těhotenství a při porodu a také k věděním sociálnímu, které je charakteristické znalostí možné škály lékařských oprávnění a obeznámeností s vlastním byrokratickým systémem porodnic. Ke zmíněnému *porodnímu věděním* nemají rovný přístup všechny těhotné ženy. Rodičky, které disponují určitým *porodním věděním*, pak často preferují buď *přirozený porod*¹⁰ anebo *lékařský model porodu*. Zároveň tak společně sdílejí snahu mít kontrolu a moc nad svým porodem. Komeracionalizace porodní péče a s ní spojené nabízené nové placené služby, tak svým způsobem zvětšují rozdíly mezi ženami

¹⁰ V následující kapitole se budu více věnovat vnímání či chápání konceptu *přirozeného porodu*. Pro zevrubnější přehled v domácím kontextu, který se týká tohoto tématu, se pak například objevuje diplomová práce Kateřiny Kozákové (2013).

schopnými si určité služby zajistit a ženami, které takové možnosti nemají (Hrešanová 2008: 178).

2.6 Dva koncepty vedení porodu

Sociální věda zabývající se lidskou reprodukcí nebo konkrétně porodem reflektuje užívání termínu *přírozený porod*, který je často chápán jako protipól k dominantnímu konceptu aktivně *lékařsky vedeného porodu*. Zároveň se ke zmíněné ostré dichotomizaci staví kriticky a má snahu rozkrýt a pochopit důvod takového uvažování, tedy ji dekonstruovat (Hašková 2001; Hrešanová 2011; Moscucci 2003; Kozáková 2013).

Porod byl vždy spojován se zdravotními riziky a hrozbou smrti. Jedním z přesvědčivých argumentů týkající se přemístění porodů do prostředí nemocnic byla právě ochrana rodiček i dětí před infekčně závadným prostředím. Dalším významným argumentem byla existence lékařského zázemí určeného pro bezpečí rodičky i novorozenců. To vše bylo podpořeno moderní statistikou, která ukazovala významné snížení mateřské i perinatální úmrtnosti¹¹ ve druhé polovině 20. století, tedy v době přesunu těhotných žen do porodnic. Od roku 1954 se aktivní lékařské vedení porodu stalo na českém území zcela běžnou a akceptovanou porodnickou praxí (Hašková 2001: 15).

Aktivně *lékařsky vedený porod* se vyznačuje vysokou mírou kontroly ze strany lékařů a prováděním preventivních zásahů. Konkrétní podoba takto vedeného porodu pak spočívá v aplikaci analgetik, předoperační přípravě (klystýr, holení), upoutání rodičky na porodním stole v poloze na zádech, izolaci od nezdravotnického personálu, podání

¹¹ Perinatální úmrtnost, která se dále rozděluje na novorozence narozené mrtvé a na časnou novorozeneckou úmrtnost, se po druhé světové válce snížila z 60 ‰ na 25 ‰. Jak poukazuje lékařská zpráva od doktorů Zdeňka Štembery a Petra Velebila (2003) zmíněný pokles byl důsledkem zvýšeného počtu ústavních porodů, zavedení perinatálních poraden a zajištění profesionální péče porodníků a pediatriů.

oxytocinu pro urychlení děložních stahů a v provedení rutinní episiotomie (nástřih hráze) na konci druhé doby porodní. Zároveň je rodící žena kontinuálně monitorována prostřednictvím fetálního monitoringu (Hašková 2001: 16). Po porodu je pak dítě obvykle okamžitě odvezeno na novorozenecké oddělení. Z popisu je zřejmé, že jakýkoliv doprovod v aktivně lékařsky vedeném porodu je znemožněn. Rodící žena je zde skutečný pacient, nikoliv klient porodnice.

Na druhé straně v koncepci *přírozeného porodu*, který se často nesprávně klade do opozice k *lékařsky vedenému porodu*, je doprovod blízké osoby či dudy běžnou součástí. *Přírozený porod* je obvykle chápán jako spontánní vaginální porod s využitím minimálních lékařských intervencí a farmaceutických látek (Gabriel 2011: 6 - 7).

Ornella Moscucci (2003) se ve své práci věnuje více vzniku konceptu *přírozeného porodu* na území Británie, který se vyvinul v reakci na silný nárůst technologií využívaných na porodních sálech. V roce 1933 bylo publikováno dílo *Natural Childbirth* anglického lékaře Grantlyho Dicka Reada, v němž čtenáře seznamuje s metodou *přírozeného porodu*. Teoretickým základem se pak stala kritika lékařských intervencí způsobující triádu úzkost - napětí - bolest. Autor věřil, že úzkost aktivuje sympatetický nervový systém, který následně vede k napětí dolního děložního segmentu a výsledkem pak je ischemie a bolest (Roztočil 2008; Kuželová 2003). Model *přírozeného porodu* byl ze strany lékařů, ale i laiků kritizován již od svého počátku. Ti poukazovali na přílišnou rizikovost v romantickém návratu k „přírodě a s ní spojené primitivnosti“ (Moscucci 2003: 168).

V sedmdesátých letech se pak pod vlivem, již dříve zmíněných celospolečenských změn převážně v anglo-americkém prostředí, více rozvíjí model či koncept *přírozeného porodu*. Ten již nenavazoval na

Grantlyho Dicka Reada, ale na Fredericka Leboyera¹² a později na jeho žáka amerického porodníka Michela Odenta¹³ (Moscucci 2003: 172; Kuželová 2003). Ten ve své knize *Přirozený porod* upozorňoval na možné iatrogenní účinky¹⁴ zásahu do fyziologie porodu ze strany zdravotníků. *Přirozený porod* tak má podle jeho zastánců zajistit bezpečnost rodící ženy a dítěte i psychosomatický komfort plynoucí z odstranění strachu z porodu a možných komplikací způsobených preventivními zásahy (Hašková 2001: 17; Lothian 2009).

Sociální badatelé pak poukazují na přímý vliv vzniku tohoto porodního modelu z moderního zdravotnictví. Podobné vyústění modelu *přirozeného porodu* vidí i Hana Hašková (2001). Díky masovému rozšíření preventivních těhotenských prohlídek, které následně souvisely se zaváděním zobrazovacích a genetických vyšetření, došlo k prvnímu kroku směrem k *přirozenému porodu*. Prostřednictvím těchto lékařských poznatků tak bylo možné jistým způsobem určit jednak rizikové těhotenství a možné porodní komplikace a zároveň těhotenství neriziková s potenciálním fyziologickým porodem. *Přirozený porod* tak nemůžeme chápat bez širších souvislostí jako pouhý návrat k historické původnosti a k jakési „přirozenosti“ ženského těla porodit.

Oba tyto porodní koncepty stojí na konstruovanosti rizikovosti a vzájemné kritice. Příznivci *přirozených porodů* poukazují na rizika lékařských zásahů do fyziologie vlastního porodního procesu, zatímco příznivci *lékařsky vedených porodů* pak porod vidí jako inherentně rizikový a nepředvídatelný akt, který je nutné aktivně lékařsky kontrolovat

¹² Francouzský gynekolog a porodník Frederick Laboyer v roce 1974 vydal dílo *Pro porod bez násilí*, v němž ostře kritizoval tehdejší praxi porodnic a zacházení s novorozenci (Roztočil 2010: 150).

¹³ Michel Odent, nejznámější žák Fredericka Laboyera, založil porodnici v Pithiviers v Paříži. V ní je kladen důraz na intimní prostředí porodního pokoje, kde asistuje „pouze“ porodní asistentka. Zároveň je rodička podporována rodit v jakékoliv poloze či do vody, přítomnost blízkých osob je také vítána (Kuželová 2003; Roztočil 2010: 150 - 151).

¹⁴ Iatrogenní účinky lze chápat jako vedlejší či nezamyšlené negativní důsledky použitých lékařských technik (Hašková 2001: 17).

či medikalizovat. Lékařské zásahy jsou tak buď chápány jako rizikové, anebo naopak jsou interpretovány jako nástroje k redukci rizikovosti (Hašková 2001).

Zajímavou koncepci vedení porodu nám více představuje antropoložka Robbie David-Floyd (2001), která ve svém článku rozeznává a popisuje tři paradigmaty či modely současného vedení porodu, mezi které patří *technokratický, humánní a holistický model*. Zatímco první ze jmenovaných je spojen s karteziánským pojetím těla coby stroje, aktivními lékařskými zákroky, moderní technologií a lékaři - muži, druhý model je charakteristický orientováním na samotnou rodičku a její sociální podporu jak ze strany blízkých, tak profesionálních doprovázejících osob okolím. Tato perspektiva se aktivně uplatňuje v koncepci *přirozených porodů*. Poslední model stojí na metafyzickém pojetí těla a mysli coby propojených entit.

V kontextu konceptu *přirozeného porodu* se také od osmdesátých let objevují tzv. porodní plány či přání, které jsou primárně určené nemocničnímu personálu. Obsahují veškeré potřebné informace o matce a o dítěti se zřetelem na specifické požadavky a představy rodičky o porodu a porodní péči (Gabriel 2011: 44 - 45; Gilliland 2002: 766 - 767; Simkin 2013: 25 - 30). Zatímco na počátku jeho zavedení v něm těhotné ženy uváděly zákroky, které si výslovně nepřály, dnes se spíše dá charakterizovat jako přání či vize. Často se pak tato porodní přání sepisují v rámci předporodních kurzů, které buď pořádají samotné porodnice anebo například profesionální doprovázející osoby, které mohou napomoci se strukturou a volbou rozličných porodních technik. Někteří badatelé či lékaři také poukazují na psychologické negativum takového vytvořeného přání. Zmíněné negativum spočívá v nedodržení rodiččina přání, které může vést k hlubokému zklamání. Jedním z možných způsobů, jak předejít takovému nedodržení porodního plánu, za předpokladu nekomplikovaného fyziologického procesu porodu, může být najmutí zmíněné profesionální doprovázející osoby - duly anebo soukromé porodní asistentky, která má dostatečné *porodní vědění*

týkající se možnosti splnění konkrétních přání v konkrétních porodnicích (Gilliland 2002: 767).

Jiný fenomén, jenž se objevuje v rámci rozličných variací přístupů k *přirozenému porodu*, je tzv. „domácí porod“. Ženy, které si nepřejí родit v porodnickém zařízení, pak zdůrazňují pozitivní vliv volby prostředí. Kladou větší důraz na klidnou atmosféru či intimitu celého porodního procesu, na který se připravují s konkrétní porodní asistentkou. Celý akt následně obvykle probíhá za doprovodu partnera, blízké rodiny, kamarádky či dudy (Kozáková 2013; Lothian 2006; Lothian and Grauer 2012). Podle výstupu z výzkumu badatelky Judith Lothian (2010) jsou ženy, které se rozhodly pro porod doma, převážně druhorodičkami pocházející ze střední třídy, přičemž z jejich prvních porodů, jež byly vedeny lékařsky, měly traumatický či negativní zážitek.

Jak poukazuje v diplomové práci Kateřina Kozáková (2013) domácí porod či obecně *přirozený porod* nemusí být chápán v ostré kontradikci k porodům v institucionálním prostředí. Tento argument se opírá o dokument *Mezinárodní iniciativy za porodní péči pro matku a dítě*¹⁵, jenž definuje optimální porodní péči prostřednictvím *Deseti kroků pro poskytovatele porodní péče*, v rámci nichž je explicitně uvedena možnost porodit mimo nemocnice – v porodních centrech anebo doma. Stejně tak *Světová zdravotnická organizace (WHO)*¹⁶ mimo jiné doporučuje a podporuje volbu ve výběru místa porodu anebo například volbu společníka či doprovodu. Oba tyto dokumenty pak jak Česká asociace dul, tak České dudy zmiňují a odkazují na ně jako na oficiální a světové prameny týkající se normální porodní péče.

Z předchozích kapitol mimo jiné také vyplývá, že konstrukce rizikovosti se v čase mění. Pod vlivem individualizace a komercializace

¹⁵ Tato iniciativa je známá pod anglickou zkratkou *IMBCI – International MotherBaby Childbirth Initiative*.

¹⁶ Český překlad tohoto dokumentu zajistila Česká asociace porodních asistentek (CAPA), v originále je pak zmíněný dokument, který pochází z roku 1996, dostupný na adrese http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 [cit. 14. 2. 2014].

se v porodní praxi setkáváme s redefinováním klasických a rutinních procedur. A naopak se objevují meta-analýzy či randomizované lékařské studie, které kladou důraz na nutnost kontinuální podpory rodičky anebo na přátelské prostředí, jež pozitivně ovlivňuje průběh první i druhé doby porodní (Hodnett et al. 2011).

3 KONTINUÁLNÍ PODPORA BĚHEM PORODU

V historické a mezikulturní perspektivě byly těhotné ženy často v době těhotenství, porodu a šestinedělí doprovázeny a podporovány jinými ženami. V první polovině 20. století dochází k přesunu vlastního porodu ze sféry domácností do sféry porodnic a tím se kontinuální podpora jiných osob na dlouhou dobu vytrácí. Můžeme zde hovořit o jakési „dehumanizaci“ porodní zkušenosti, která postupně opět začala volat po návratu zmíněné podpory. Prvním krokem k návratu jistého polidštění do nemocničních porodů pak bylo zapojení otce či partnera a následné akceptování dalších zejména ženských pomocnic (Fraňková 2009; Klaus, Kennel, and Klaus 2004; Hodnett et al. 2011).

3.1 Profesionální doprovázející osoby – duly

Pod vlivem vzrůstající individualizace a komercializace porodní péče se na porodních sálech objevují osoby, které nejsou pacienti, ale osoby blízké či profesionální doprovázející osoby, tedy duly. Zároveň též vzniká jakási nerovnost mezi samotnými rodičkami, která se týká jednak vědění či povědomí o této pomocné službě, ale také o možnosti jí realizovat vzhledem k finanční zátěži, jež s sebou najmutí duly může nést¹⁷.

Dula doplňuje práci porodních asistentek, zdravotních sester a porodníků, avšak nikdy nezasahuje do jejich kompetencí. Termín dula (*doula*) označující takovéto ženy se poprvé objevuje v díle *The Tender Gift: Breastfeeding* (1976) medicínské antropoložky Dany Raphael¹⁸, která se v něm věnuje zejména době poporodní, konkrétně pak kojení. Ta si jej vypůjčila z řeckého jazyka a v autorčiných intencích označoval jednu

¹⁷ Doprovody k porodům se nabízejí obvykle jako balíček služeb, sestávající z pohotovosti od ukončeného 38. týdne těhotenství, nepřetržité přítomnosti u porodu a jedné poporodní schůzky. Cena tohoto balíčku se pak pohybuje okolo pěti tisíc korun českých.

¹⁸ V intencích medicínské antropoložky Dany Raphael úlohu duly může vykonávat nejenom žena, ale i citlivý muž, a to manžel anebo dokonce porodník (Raphael 1976: 36).

nebo několik osob ženského pohlaví, jež psychicky i fyzicky podporovaly matku čerstvě po porodu:

„Převzali jsme výraz popisující osobu, která vykonává takovouto funkci – dula. Toto slovo pochází z řečtiny, z Aristotelovy doby a znamená služebník. Později se tak začaly označovat ženy, které asistovaly jiným ženám po porodu v jejich domácnostech, pomáhaly s vařením, s péčí o novorozence anebo o starší děti. Mohla to být sousedka, příbuzná nebo přítelkyně poskytující dočasnou podporu.“ (Raphael 1976: 24).

Na konci 70. a počátkem 80. let se tento termín rozšířil mimo sféru medicínské antropologie a začal se používat i pro ženy, které podporují budoucí matky v těhotenství a doprovázejí je během porodů (Rohwer 2010: 64).

Opora u porodu může nabývat rozličných podob, může jí být partner, člen rodiny, kamarádka, soukromá porodní asistentka, dula anebo jiná osoba. V diplomové práci Marty Fraňkové (2009) se setkáváme s trojím rozlišením této sociální opory, a to vzhledem k jejich vzdělání či zkušenostem. První skupinu tvoří laická pomoc ze stran blízkých, zde se pak objevuje otec dítěte, sestra, matka či například kamarádka. Další skupina pak sestává z profesionální pomoci nezdravotnických osob – dul, které prošly formálním výcvikem a disponují jistým druhem zkušenosti anebo *porodního vědění*. Třetí a poslední kategorií se stávají zdravotnické osoby, které převážně představují soukromé porodní asistentky. Na rozdíl od ostatních doprovázejících osob mají odborné znalosti o fyziologii porodu a oprávnění provádět různé druhy předporodních a porodních vyšetření.

Nejenom v názvu této kapitoly bylo použito spojení profesionální doprovázející osoby, jež je, jak se domnívám, charakteristické právě pro službu dula. Termínem profese či profesionální se podle sociálních badatelů označují pouze ta povolání, v nichž převažuje duševní činnost a jejichž vykonavatelé mají obecně řečeno samostatné postavení

a vynikají tak vysokou prestiží. Profese je také obvykle spjata s vysokoškolským studiem, které dále reprodukuje odborníky, jež mají monopol na kompetenci v dané sféře a jsou sdruženi v jakési profesní asociaci. Ta definuje pravidla profesního chování a také dohlíží na dodržování etiky vůči klientům i kolegům. Mezi další znaky profese patří například nejasné hranice mezi pracovní dobou a volným časem anebo hluboký pocit závaznosti (Keller 2004: 185 - 186). V tomto kontextu bychom se mohli podívat i na problematiku žen dul. Oficiální dulou se ženy mohou stát až po ukončení formálního výcviku či kurzu, který jim a potencionálním klientům zaručuje erudovanost či odbornost. Výcvik je vždy realizován pod zastřešující organizací, která na činnost svých dul dohlíží a zodpovídá za ně. Každá dula, byť pracuje sama za sebe, se řídí etickým kodexem příslušného sdružení. V empirické části této práce se následně budu věnovat více jejich profesní identitě, tedy tomu, jak samy ženy vnímají roli, kterou mají plnit a jak popisují svou činnost, a to i ve vztahu k ostatním zdravotnickým profesím.

Antropologické či sociologické výzkumy zabývající se rolí žen - dul se obecně objevují až několik desítek let po vydání pilotního díla z pera Dany Raphael (1976). Na druhou stranu často byly dulám věnovány studie obvykle lékařské, které se zabývaly pozitivním dopadem přítomnosti takovýchto žen během porodu. Většina těchto odborných článků či knih obsahuje kvantitativní výzkum týkající se snížení pravděpodobnosti rozličných komplikací spojených s porodem a poporodní péčí. Analýzy a výstupy ukazují, že kontinuální podpora dul při porodu snižuje pravděpodobnost užití analgezie, použití syntetického oxytocinu ke stimulaci porodu, klešťových porodů a císařských řezů (Hodnett et al. 2011; Klaus, Kennel, and Klaus 2004).

V následujících kapitolách se tedy pokusím představit výzkumy týkající se kontinuální přítomnosti žen dul, a to jak perspektivou lékařských, tak antropologicko-sociologických šetření.

3.2 Význam žen dle očima porodnictví

Jak již bylo řečeno dříve, převážná část studií věnujících se profesionálním doprovázejícím osobám - dulkám, poukazuje na jejich přínos ve sféře porodnictví. Duly svou nepřetržitou či kontinuální přítomností poskytují rodičce fyzickou i emocionální podporu, například ve formě pochvaly anebo pouhé své přítomnosti. Klientce mohou pomáhat s úlevovými masážemi či polohami, mohou ji podepírat anebo otírat čelo. Stávají se významným zdrojem informací týkajících se porodního i poporodního vědění, nabízejí cenné zkušenosti o kvalitě a možnosti realizace specifického druhu přání či porodního plánu v konkrétních porodnických zařízeních. Pomáhají ženám vytvořit takové prostředí, aby byly se svým porodem co nejvíce spokojené. Hana Hašková (2001) v návaznosti na výzkumy agentury STEM¹⁹ poukazuje na fakt, že zmíněná míra spokojenosti žen s průběhem porodu roste v závislosti na míře naplnění jejich představ o porodu. Na obdobné výsledky poukazuje i výstup autorky Marie Iliadou (2012), která vytvořila obsahovou analýzu rozličných článků pocházejících z lékařských i nelékařských časopisů.

Kvantitativní lékařské studie poukazující na přínos profesionálních doprovázejících osob pak často stojí na dvou teoretických předpokladech. Prvním je zmíněná míra spokojenosti či kontroly nad vlastním porodem, která má přímý vliv na snížení intervencí ze strany lékařů (Hodnett et al. 2011; Klaus, Kennel, and Klaus 2004). Autorka Ellen Hodnett (2002) vytvořila obsahovou analýzu 137 převážně lékařských studií, v rámci níž komplexně sledovala vztah mezi mírou subjektivní satisfakce či spokojenosti rodiček a pocitem porodní bolesti. Ze zprávy vyplývá, že hlavním faktorem majícím vliv na tento vztah je blízké okolí rodící ženy a také ošetřující lékař. Ženy, které retrospektivně hodnotily svůj prožitek

¹⁹ Agentura STEM v roce 2000 zrealizovala kvantitativní dotazníkové šetření ve čtyřech českých porodních zařízeních. Jejím zadavatelem byla Nadace (OSF) *Open Society Fund* Praha (Hašková 2001: 10).

z porodu, shodně zmiňovaly čtyři hlavní aspekty vedoucí k míře spokojenosti s vlastním průběhem. Mezi tyto aspekty patřilo naplnění jejich očekávání, kvalita péče ze strany okolí a lékařského personálu, podpora a možnost participovat na rozhodování o vlastním těle.

Druhým teoretickým vysvětlením je pak snížení míry stresu pro rodící ženu, který může mít silný vliv na postup vlastního fyziologického mechanismu porodu. Lékařské zprávy týkající se korelace mezi průběhem porodního procesu a strachem či úzkostí, jež je doprovázena vysokou hladinou stresového hormonu epinefrinu v krevním oběhu ženy, potvrzují vyšší míru porodních komplikací. Dochází tak ke zpomalení či úplnému zastavení porodního mechanismu, který je následně často podroben lékařským intervencím, jakými může být podání syntetického oxytocinu anebo provedení císařského řezu (Gabriel 2011; Hodnett et al. 2011; Klaus, Kennel, and Klaus 2004; Trueba et al. 2000). Řešením takovýchto stresových situací se pak mimo jiné stávají rozličné programy soustřeďující se na přátelský přístup a spolupráci lékařů, zdravotních sester, porodních asistentek a doprovázejících osob (Gabriel 2011; Harris et al. 2012).

Pediatři Marshall Klaus a John Kennell se dlouhodobě věnují studiu přínosu kontinuální podpory žen dyl v porodnictví. Ve své knize (2004), kterou publikovali společně s psychoterapeutkou Phyllis Klaus, prováděli meta-analýzu deseti randomizovaných studií. Po shrnutí výsledků jednotlivých studií se ukázalo, že kontinuální přítomnost dyl snižuje počet císařských řezů zhruba o 45 %, délku porodu o 25 %, užití syntetického pitocinu či obecně oxytocinu o 50 %, užití léků na tišení bolesti o 31 %, využití kleští o 34 % a žádosti o epidurál o 10 – 60 % (Klaus, Kennel, and Klaus 2004: 110). Výsledky následně sumarizují slovy, že podpora duly přispívá k dobrému zdraví a vývoji matky i dítěte, vede k nižšímu počtu lékařských intervencí a v neposlední řadě šetří peníze zdravotnictví. Zároveň s přítomností duly v citlivé poporodní době či v šestinedělí klesá riziko postnatální deprese.

3.3 Význam žen dul očima sociální vědy

V předchozích kapitolách jsme si ukázali, že označení dula bylo poprvé použito medicínskou antropoložkou Danou Raphael a postupně se rozšířilo i mimo sféru sociální vědy. Sociální vědci obecně objevují téma profesionálních doprovázejících osob, tedy dul poměrně pozdě. Poohlédneme-li se po odborných článcích, závěrečných pracích či knihách, pak zjistíme, že nejstarší pocházejí z přelomu tohoto tisíciletí. Nyní bych se pokusila stručně představit hlavní témata, která jsou studiím, zabývajícím se fenoménem žen dul, společná. Patří mezi ně mimo jiné práce zaměřující se na rozdílnou úlohu zdravotních a nezdravotních osob, specifickou roli žen dul, vnímání a zkušenosti klientek a klientů s jejich službami, působení dul v komunitních programech anebo například jejich pozitivní vliv na těhotné či rodící ženy, které byly vystaveny silnému traumatu.

Zmíněné studie se často věnují komplementární činnosti či spolupráci zdravotního personálu a dul, která vede ke zlepšení zdravotního a psychického stavu rodičky (Jordan 2008; Gilliland 2002; Ballen and Fulcher 2006; Papagni and Buckner 2006; Harris et al. 2012). Certifikovaná dula a sociální badatelka Amy Gilliland (2002) poukazuje na odlišné role dul a zdravotního personálu, souhrnně je popisuje takto - duly znají přání, obavy i touhy svých klientek rodiček, zatímco lékař či porodní asistentky disponují znalostí organizace nemocnice a biologického procesu porodu. V ideálním případě by se pak tyto role měly navzájem doplňovat, aby vytvořily vhodné podmínky pro vlastní porod.

Jiné práce se pak věnují specifickým úlohám a rolím doprovázejících dul, které zastávají na porodním sále i mimo něj (Gilliland 2011; Gentry et al. 2010; Berg and Terstad 2006; Pascali-Bonaro and Kroeger 2004). Švédské badatelky Marie Berg a Anna Terstad (2006) ve své kvalitativní studii, v rámci které dělaly hloubkové rozhovory s ženami využívajících služeb dul, postulovaly šest funkcí, které profesionální doprovázející osoby ve své sociální roli mohou zastávat. Mezi tyto funkce

pak patří specifická zkušenost a s ní spojené rady, podpora rodičky, prostředník či mediátor mezi zdravotním personálem a rodiči, garant nebo také jakýsi stabilní a přátelský prvek v neznámém prostředí porodnice, fyzická podpora a pomoc v domácnosti a kontinuální přítomnost během porodu. Těmito očekáváními duly rodičkám poskytují pocit bezpečí a stability, který v moderních porodnických zařízeních často chybí. Pro americké prostředí pak například Amy Gilliland (2011) rozebírá více rolí emoční podpory. Ta je dle autorky pro duly nejcharakterističtější, odlišuje tak doprovázející osoby od lékařů a porodních asistentek. V rámci zmíněné emoční podpory dále rozlišuje devět strategií, z nichž čtyři (uklidnění, podpora, pochvala a vysvětlení) jsou společné i porodním asistentkám. Zbývající strategie jsou pak významné pouze pro činnost dul, patří sem strategie zrcadlení, znalost a akceptace přání a tužeb, posílení názoru, reflexe a poukázání na pozitivní schopnosti rodičky po porodu a vyslechnutí pocitů a názorů.

Mezi další výzkumná témata, která úzce souvisejí s rolí duly, se řadí zkušenost a vnímání rodičů s jejich činností či službou (Campbell-Voytal et al. 2011; Koumouitzes-Douvia and Carr 2006; Fraňková 2009). Autorky Jodi Koumouitzes-Douvia a Catherine A. Carr (2006) se ve svém kvalitativním šetření zabývaly vlastními zkušenostmi rodičů v kontextu spolupráce či péče dul, jež asistovaly ženám po dobu porodu a následně je „prováděly“ šestinedělím. Respondenti či informátoři se téměř vždy shodli na silném souznění s emoční podporou žen dul a na jejich pozitivním přístupu, v rámci něhož duly ženy podněcovaly, chválily a nepřetržitě se soustředily na jejich aktuální potřeby. Dalším prvkem, který respondenti vnímali jako klíčový, byla role duly coby prostředníka mezi lékařským personálem a rodičkou či rodiči. Autorky také zajímaly prvotní důvod vedoucí rodiče k rozhodnutí najmout si dula. Ten obvykle spočíval v touze sdílet porodní zkušenost se ženou, která ji také prožila. Partneři pak často vypovídali, že se v přítomnosti duly cítili daleko jistější, a to nejenom při náročných fyzických porodních fázích, ale také v komunikaci s porodní asistentkou či samotným porodníkem.

Následně také můžeme nalézt odborné studie, které sledují motivace a sociodemografické údaje o dulách (Eftekhary 2010; Campbell-Voytal et al. 2011) anebo poukazují na přínos přítomnosti žen dul v komunitních či dobrovolnických programech (Low, Moffat, and Brennan 2006; Breedlove 2005; Gentry et al. 2010; Rohwer 2010; Arat 2013). Například badatelka Ginger Breedlove (2005) sledovala mladistvé matky ve věku od 14 do 18 let, které žily v prostředí chudého městského ghetta severozápadu USA. Pomoc vlastních rodin či otců dětí těchto dívek byla mizivá, proto se zde iniciovala a etablovala nezisková organizace sestávající z žen dul. V rámci výzkumu byly s dívkami dělány rozhovory týkající se zkušenosti se spoluprací právě doprovázejících osob – dul v průběhu těhotenství, porodu a následné poporodní péče. Komplexní a dlouhodobá podpora mladistvých dívek jinými ženami (dulami) vedla k jejich úzkému vztahu a v podstatě nahrazovala absentující rodinné vazby, o něž by se dívky mohly opřít a nechat se jimi inspirovat.

Posledním a neméně zajímavým tématem, týkající se práce či služby žen dul, je pozitivní psychický i zdravotní vliv na těhotné ženy, které byly vystaveny silnému stresu následkem traumatu. Obvykle se jedná o zážitky z minulosti, které by mohly nepříznivě ovlivnit průběh porodu. Mezi takovéto traumatické zážitky mohou patřit zkušenosti z předchozích porodů, komplikace v těhotenství, ztráta blízkých osob anebo například sexuální zneužívání (Klaus, Kennel, and Klaus 2004: 223 - 231). Studie autorky Debra Pascali-Bonaro (2003) se zabývala těhotnými ženami, které se následkem tragických událostí ze září 2001 staly vdovami. Dle autorky v takovouto dobu hrály velice podstatnou roli jak příbuzní budoucí rodičky, tak ženské přítelkyně a dully, které citlivě rodičkám naslouchaly a probíraly s nimi jejich obavy při předporodních přípravách. Během porodu se pak snažily jednak nastavit pocit a prostředí bezpečí, a také nahradit chybějící element partnera.

3.4 Duly v zahraničí

Nejstarší a zároveň největší organizace, která sdružuje ženy duly, *DONA Internation* byla založena roku 1992 Marshellem Klausem, Johnem Kennellem, Phyllis Klaus, Penny Simkins a Annie Kennedy. První zmíněné již známe coby pediatry, kteří se dlouhodobě věnují výzkumu přínosu kontinuální podpory dul v porodnictví.

Podle oficiálního stanoviska *DONA Internation* je role certifikovaných dul zásadní v poskytování fyzické, emoční a informační podpory po celou dobu těhotenství, porodu a šestinedělí. Dále nabízí pomoc, cenné zkušenosti a rady týkající se rozličných úlevových způsobů a jiné nemedikamentózní techniky. Na druhou stranu neprovádí žádné lékařské úkony, jako je například vaginální vyšetření nebo měření krevního tlaku. Jejich primárním cílem je pomoci vytvořit bezpečné a příjemné porodní místo pro ženu i pro její dítě (*DONA position paper*, 2012).

V zahraničním kontextu jsou pak duly rozlišovány na dvě kategorie, podle nichž mají i příslušný druh certifikace, a sice duly porodní a poporodní (*birth and postpartum doulas*). Porodní duly se převážně specializují na podporu v době těhotenství a porodu, zatímco poporodní duly jsou orientované na pomoc matce a její rodině na počátku mateřství s péčí o novorozence nebo s kojením. Zmíněné porodní duly obvykle nabízejí jedno či dvě předporodní setkání, následně doprovod u porodu a jedno poporodní setkání (Rohwer 2010: 65). Poporodní duly pak klientům pomáhají v šestinedělí a někdy i déle. Kromě počátku kojení také mohou být nápomocné s domácími pracemi. Další důležitou dovedností poporodní duly je schopnost naslouchání a zpracování porodních zážitků ženy, nikoliv „pouhá“ péče o novorozené dítě (Klaus, Kennel and Klaus 2004). V našem prostředí se pak služba dul takto neodlišuje. České duly obvykle vykonávají obě funkce paralelně podle poptávky. Více se těmito konkrétním podobám nabízených služeb

a institucionálnímu zakotvení zahraničních a českých dul budu věnovat v následující kapitole.

Dále se v zahraničí rozlišují duly dle typu jakéhosi servisu a s ním spojené ceny jejich služeb. Jedná se o duly tzv. soukromé či nezávislé a duly nemocniční či komunitní. Zatímco soukromé duly jsou aktivně vyhledávány a najímány přímo rodiči, nemocniční či komunitní duly jsou pak buď placeny nemocnicí, anebo jsou součástí neziskových či dobrovolnických programů (DONA position paper, 2012). Šetření zabývající se rolí dul v dobrovolnických programech pak ukazují, že jejich role je méně průhledná, poněvadž se daleko více věnují rodičkám. Duly se zde stávají rodinnou přítelkyní, sociální pracovnící, rádkyní v otázce partnerství a zdravého sexuálního života anebo například řidičem. Budoucí matky se k nim velice silně citově vážou a je zde obtížné hovořit o rodiče coby klientce (Low, Moffat, and Brennan 2006; Rohwer 2010; Gentry et al. 2010).

Program určený pro získání oprávnění či certifikace, která umožňuje oficiálně vykonávat úlohu dul, sestává z několikadenních seminářů. Ty se týkají základní znalosti celého průběhu porodního procesu, psychologického vlivu na charakter porodu, péče o novorozence, komunikačních dovedností nebo specifických úlevových technik, jakými jsou masáže, relaxační polohy či podoby dýchání. Budoucí duly, kromě příslibení, že budou dodržovat etický kodex, musejí splnit i několik podmínek, které zahrnují praktické zkušenosti v oblasti jistých mateřských aktivit, jakými mohou být rozličné kurzy zabývající se porodem anebo obecně péčí. Další podmínkou je navštívení minimálně tří hodin výuky či praktického semináře zaměřeného na kojení a „dulích“²⁰ workshopů. Následně by měly přečíst doporučenou tématickou literaturu

²⁰ Samy mé informátorky ženy – duly během našich setkání užívaly termíny jako například „dulí“ kurzy anebo „dulení“, které odkazovalo k náplni jejich práce, tedy doprovodu klientů a klientek. Byla jsem také samotnými duli upozorněna, že tyto termíny nechtějí příliš veřejně uvádět, protože jsou často vnímány ambivalentně, odkazují k jejich činnosti, avšak zároveň s sebou nesou jisté infantilní konotace.

a vypracovat několik článků, jež budou demonstrovat pochopení stanovisek a vize *DONA Internation*. V průběhu splňování těchto podmínek již mohou docházet k porodům coby oficiální duly. Avšak aby dosáhly úplné certifikace, potřebují získat pozitivní evaluaci jak od rodičů, tak od zdravotního personálu. Samy musejí vypracovat z prvních tří porodů eseje, kde rozeberou celý jejich přístup, vztah i pozitivní či negativní reakce nebo pocity. Takovýto proces certifikace obvykle trvá dva roky, v rámci kterých se dosahuje rozličných akreditací a postupů, cena se pak v přepočtu pohybuje zhruba okolo dvaceti tisíc korun českých (DONA position paper, 2012).

Mezi další významné zahraniční organizace nabízející certifikace pro oficiální duly například patří *International Childbirth Education Association (ICEA)*, *Childbirth and Postpartum Association (CAPPA)*, *toLabor* anebo pro evropský kontext mezinárodní skupina *Doulas of Europe* či sdružující síť „dulích“ organizací *European Doula Network (EDN)*, mezi která patří i česká nezisková „dulí“ sdružení.

V této kapitole jsme si ukázali, že na počátku devadesátých let byla zřízena první „dulí“ organizace *DONA Internation*. Mezi její čelní zakladatele mimo jiné patřili i lékaři – pediatři a psycholožka poukazující na přínos kontinuální podpory jedné ženy na jednu rodičku v citlivých porodních a poporodních chvílích. Certifikované či profesionální doprovázející osoby – duly jsou v podstatě nezávislé, každá pracuje sama na sebe. V rámci svých organizací následně řeší například své pozitivní či negativní zkušenosti anebo pomáhají studentkám, které procházejí programem certifikace.

3.5 Duly v České republice

V evropském kontextu se sdružení profesionálních doprovázejících osob objevuje na přelomu našeho tisíciletí. V současné době působí v České republice dvě neziskové organizace, pod nimiž lze získat neakreditovanou certifikaci k oficiální činnosti dul. Jedná se o Českou asociaci dul (ČAD) a České duly (ČD). Do roku 2013 prošlo vzděláváním

v České asociaci dul 180 žen a dalších 20 žen bylo vyškoleny v rámci programu Českých dul (Vlasta Jirásková, nepublikovaná data, 2014).

Do České republiky tuto profesi uvedla výše zmíněná Česká asociace dul, která postupně od roku 2001 začala organizovat vzdělávací kurzy pro rok 2002. Od jara roku 2009 v Česku také působí sdružení Českých dul, které se stalo partnerskou organizací ČADU²¹.

Certifikované české duly, ať už ČAD nebo ČD, splnily podmínky nutné pro získání osvědčení, ostatní duly jsou buď absolventkami kurzu anebo duly studentky. Výukové programy jsou koncipovány s ohledem na český kontext porodnictví a samozřejmě jsou také inspirovány praxí ze zahraničí. Obě tato sdružení se striktně drží etického kodexu²² a doporučení *Světové zdravotnické organizace* (WHO) týkající se zdravého porodu.

Jako duly nejčastěji pracují ženy, které jsou samy matkami, a tedy již mají vlastní zkušenost s porodem a výchovou dětí²³. Roli duly však může zastávat i bezdětná žena, nejedná se tedy o podmínku přijetí. Naopak obě sdružení kladou důraz na celkovou osobnost a charakteristické vlastnosti konkrétních žen. Není ani požadováno určité specifické vzdělání, ačkoliv na oficiálních stránkách ČD se explicitně uvádí jako minimální vzdělání uchazeček maturita. Rekrutantky jsou pak obvykle právě středoškolačky anebo vysokoškolačky (Vlasta Jirásková, nepublikovaná data, 2014).

Pro přijetí do organizací je opět nutné splnit několik podmínek, mezi které patří úspěšné zvládnutí výběrového řízení, jež sestává z předloženého motivačního dopisu a osobního pohovoru. Po úspěšném

²¹ V roce 2009 došlo k odchodu několika certifikovaných dul z České asociace dul (ČAD), které následně založily výše zmíněné sdružení České duly (ČD). Došlo tak po diferenciaci hlavních vizí týkajících se pořádání a průběhu výcviku pro budoucí duly, tedy duly studentky.

²² Etický kodex obou občanských sdružení je přiložen v příloze předkládané diplomové práce.

²³ Jako doprovázející osoby – duly vystupují jak v českém, tak v zahraničním kontextu výhradně ženy, nikoliv muži.

výběrovém řízení a zaplacení poplatků, které činí pro ČAD dvacet tisíc a pro ČD dvacet sedm tisíc korun českých, jsou ženy zařazeny do prezenční formy studia a jsou označeny jako „duly ve výcviku“. Výcvik sestává z odborných přednášek lektorů a lektorek anebo například z rozličných workshopů.

V průběhu zmíněného kurzu pak duly ve výcviku zpracovávají zadané úkoly od lektorů či dul konzultantek, které již jsou certifikované a mají tedy oprávnění pomáhat či vést nové budoucí kolegyně. Zatímco prezenční část kurzu v ČADU trvá přibližně jeden rok a je složena z osmi víkendových setkání, v ČD je strukturována do dvou let a sestává z jedenácti dvoudenních setkání. České duly také na rozdíl od České asociace dul mají kurz rozdělen do dvou etap, přičemž první část je sebezkušenostní či sebezpoznávací a je vedena psychoterapeuty. Další část je pak obdobná jako mají v ČADU. Po splnění nutné 90 % účasti na prezenčním studiu pak získává studentka status „dula absolvent“. V tuto chvíli se již ženy zavazují dodržovat etický kodex a je jim přiřazena dula konzultantka, tedy již plně certifikovaná dula, která má za sebou minimálně dvacet doprovodů a je nápomocná absolventkám kurzu s konzultací zkušeností z prvních doprovodů a také formálně hodnotí jejich práci. K získání osvědčení „certifikovaná dula“ je zapotřebí mít od konzultantky uznané tři a více doprovodů během těhotenství, porodu a šestinedělí a následně musí absolvovat závěrečný pohovor. Další podmínkou pro získání certifikace je doložená účast na minimálně dvou supervizních setkáních²⁴ organizovaných sdruženími. V Českých dulách se také v oficiálních materiálech uvádí nutnost odprezentovat vlastní kazuistiku z porodů. Zároveň certifikované duly jsou pravidelně nuceny procházet recertifikací. Oficiální duly ČAD i ČD mají povinnost se prezentovat kartičkou se jménem, fotografií a příslušností. V případě nespokojenosti pak mají rodiče i zdravotníci možnost se obrátit na jejich

²⁴ Supervizi můžeme chápat jako vzájemnou spolupráci mezi supervidovanými, jimiž se zde myslí lidé v pomáhajících profesích, a supervizorem. Společně pak usilují o řešení rozličných problémových situací. Supervize také může být chápána jako prevence syndromu vyhoření a může poskytovat možnost nutné sebereflexe (Křiváková 2009: 43 - 46).

domovské organizace. Chtějí tak zamezit, aby se jiné ženy, které nejsou vedeny v příslušných sdruženích a nejsou tak oficiální, mohly prezentovat coby duly²⁵.

Po dobu působení České asociace dul bylo od roku 2005²⁶ do roku 2012 celkem doprovázeno dulami u porodu tisíc sedm set devadesát rodiček či rodičů (Vlasta Jirásková, nepublikovaná data, 2014). Z výročních zpráv²⁷ občanského sdružení Českých dul pak vyplývá, že od roku 2009 do roku 2012 doprovázely pět set třicet pět klientek či klientů. Co se týče porodů doma, tak Česká asociace dul od roku 2005 doprovodila sto čtyřicet dva porodů v domácím prostředí a České duly od roku 2009 pak třicet porodů.

Sdružení vedou své duly k samostudiu odborné literatury zabývající se problematikou mateřství či obecně perinatální oblastí, zároveň jim poskytují rozšířené vzdělávání na širokém spektru nabízených seminářů, workshopů a poskytují jim prostor pro veřejné prezentování jejich profilů potencionálním klientům. Ačkoliv vznikla dvě sdružení, která se liší druhem, délkou a cenou vzdělání svých absolventek, jejich cíl zůstává totožný, a to pomoci rodičce a rodině v citlivém období jejich života.

²⁵ Výše uvedené informace pocházejí z oficiálních stránek České asociace dul (ČAD) anebo Českých dul (ČD). Kompletní dokumenty jsou volně dostupné na následujících adresách - pro ČAD http://www.duly.eu/wp-content/pdf/stanovy/stanovy_cad_2011.pdf [cit.14.2.2014], pro ČD pak <http://www.mojedula.cz/files/akreditacni-rad-sdruzeni-ceske-duly.pdf> [cit.14.2.2014].

²⁶ V letech 2001 – 2004 nebyly statistiky občanským sdružením vedeny.

²⁷ Výroční zprávy Českých dul jsou dostupné z adresy <http://www.mojedula.cz/?show=osdruzeni> [cit.14.2.2014].

4 METODOLOGIE

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem předkládané diplomové práce je popis a porozumění role a percepce žen doly, které svým nepřetržitým působením či přítomností poskytují emoční a fyzickou podporu ženám i mužům během těhotenství, porodu a šestinedělí. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila nejenom na ženy doly, ale také na zkušenosti a vnímání rodičů²⁸ v kontextu jejich vzájemné spolupráce či uzavřeného kontraktu. Doly, jakožto profesionální doprovázející osoby během vlastního aktu přechodu partnerů do role rodičů, se ujímají jistých specifických rolí, které mě budou primárně zajímat.

Pojem sociální či společenská role zde můžeme konceptualizovat jako sociálně definované očekávání či soubor práv a povinností, jimiž se osoba s jistým sociálním statutem či postavením řídí (Goffman 1999: 13). Jedná se tedy o jakousi dynamickou složku sociálního statusu jedinců v konkrétní společnosti (Keller 2004: 69 - 74). Výzkumný problém lze tedy vyjádřit následujícími základními otázkami:

- Jakou roli zastávají ženy doly během těhotenství, porodu a šestinedělí?
- Jak jsou ženy doly vnímány samotnými rodiči?

4.2 Metody výzkumu

Vzhledem ke stále malému počtu doly, které vlastní certifikát určený k výkonu práce a nízkému využívání jejich služeb či povědomí budoucích rodičů se kvalitativní výzkum (Silverman 2005; Hendel 2005; Bernard et

²⁸ Původně jsem se domnívala, že budu schopná zrealizovat rozhovory i s partnery či otci dětí, avšak z tohoto záměru jsem nakonec raději ustoupila. V průběhu výzkumu se ukázalo, že ženy – maminky se cítí lépe a uvolněněji, když byl jejich partner či manžel mimo naši konverzaci a samostatný rozhovor s nimi byl, vzhledem k jejich pracovní vytíženosti a častému nepochopení důvodu mého zájmu, bohužel také neuskutečnitelný.

al. 1986) jeví jako nejvhodnější, a to i se zřetelem na předmět zájmu a výzkumné otázky diplomové práce. Empirický kvalitativní výzkum byl prováděn od listopadu roku 2013 do února roku 2014 v západočeském, středočeském, východočeském a také v severomoravském kraji. Informátorky jsem získala prostřednictvím webových stránek České asociace dul (ČAD) a Českých dul (ČD), které mi poskytly prvotní platformu pro kontaktování a seznámení se s dulami. Výzkum kombinoval jak rozhovory s jednotlivými dulami, tak rozhovory s rodiči, kteří využili či využívají služeb dul. Způsob výběru respondentů či informátorů (rodičů) byl založen na získávání dílčích kontaktů od prvotních osob (dul) zařazených do výzkumného vzorku, tedy na způsobu sněhové koule čili *snowballu* (Bernard et al. 1986; Toušek 2012). Výzkumnou skupinu²⁹ pak tvořilo patnáct informátorek, z nichž bylo deset žen – dul a pět žen – klientek. Deset z těchto patnácti žen má vysokoškolské tituly na různých typech vysokých škol, zbývající mají středoškolské vzdělání s maturitou. Všechny informátorky, až na jednu výjimku, pocházejí z České republiky. Určitá výjimka se týkala ženy – klientky, která se před několika lety společně se svým manželem přestěhovala ze Slovenska.

Jako metodu výzkumu jsem používala polostrukturované či hloubkové rozhovory. Témata interview byla předem zpracovaná do podoby osnovy či scénáře rozhovoru, který byl detailně rozpracován, a to jako konkrétní seznam otázek³⁰. Vzhledem k metodologii výzkumu byly vypracovány dva scénáře pro vedení rozhovoru, a sice pro ženy duly a pro rodiče využívající jejich služby (Toušek 2012: 63 - 64). Struktura logiky dotazování byla rozdělena do několika sekcí, v rámci nichž byly připravené jednotlivé otázky. Konkrétně ve scénáři pro duly bylo šest témat či částí a scénář pro rodiče pak byl rozčleněn do čtyř částí. První část, která byla pro obě skupiny dotazovaných společná, se týkala seznámení s respondenty či informátory a obsahovala základní osobní data. Další části se již v tématech samozřejmě lišily. Pro ženy - duly

²⁹ V příloze této práce naleznete stručné medailonky jednotlivých žen - informátorek.

³⁰ Konkrétní podoba zmíněného scénáře rozhovoru je uvedena v plném znění v příloze.

otázky sledovaly linii, která začínala obecným charakterizováním jejich chápání služby či činnosti dul, následně přecházela v témata vlastního porodu nebo porodů, spolupráce s rodiči – klienty a končila otázkami týkající se profesionálního zázemí, tedy jejich domovského sdružení. Naopak struktura dotazování u rodičů – maminek sledovala informovanost a chápání role a služby dul a následně zkušenost vlastního porodu s profesionální doprovázející osobou.

Předností polostrukturovaných rozhovorů je jakési udržení stálého směru či linie témat rozhovoru. Tazatel tedy vždy „vede“ informátora na otázky, jež jej zajímají. Zároveň má určitou kontrolu nad daty, které z rozhovoru vzejdou. Na druhou stranu právě zmíněné navedení informátorů může narušit validitu získaných dat. Nestrukturované či hloubkové rozhovory pak přinášejí větší a komplexnější množství informací, které informátor v určité míře společně s tazatelem vytváří v jakémsi přirozeném kontextu (Toušek 2012: 63 - 64). V našem případě pak převážná část interview byla ve formě hloubkových nestrukturovaných rozhovorů, které v průměru trvaly jednu hodinu³¹ Rozhodla jsem se tak proto, že ženy dully jsou velice zvyklé a ochotné o své úloze a specifických rolích hovořit, a tak na většinu otázek, které byly uvedené ve scénáři rozhovoru, odpovídaly samy při naší běžné konverzaci, aniž bych se jich na ně explicitně ptala.

Polostrukturované či hloubkové rozhovory probíhaly, až na jednu výjimku, osobně neboli *face to face* v prostředí a čase, které si sami respondenti či informátoři zvolili. Zmíněná výjimka se týkala maminky – klientky, která žije na severu Olomouckého kraje. Rozhovor tak proběhl prostřednictvím volně dostupného programu *Skype*³². Rozhovory se

³¹ Nejkratší rozhovor trval 40 minut, a naopak nejdelší dosáhl délky 100 minut.

³² Na rozdíl od konverzace *face to face* není možné během videohovorů reagovat či zaznamenat všechny nonverbální podněty, kterým osobně přiřadím obdobnou důležitost jako projevům verbálním. Zároveň také pro badatele vyvstávají nové etické otázky a problémy (viz. Brownlow and O'Dell 2002). Na druhou stranu v posledních několika letech se ukazuje, že využití multimediálních technologií na poli sociálních věd má zajímavý potenciál. Jak poukazuje článek Nigela Fieldinga (2010) takto vedený rozhovor, který mimo jiné překonává geografickou

ženami – dylami a s jejich klientkami se lišily nejenom formou otázek, ale také místem, kde probíhaly. S dylami jsem se obvykle setkávala na veřejných místech, jakými byly kavárny, čajovny, popřípadě jejich pracoviště a výjimečně jsem pak byla u nich doma. Naopak s rodiči jsem se setkávala převážně v jejich domácnostech, kde byli společně se svými dětmi.

Rozhovory mi byly samotnými respondentkami či informátorkami dovoleny nahrávat na diktafon, následně byly detailně přepsány a byly poskytnuty ke zpětné korekci všem účastníkům rozhovoru.

K triangulaci dat za účelem zvýšení validity šetření sloužily jednak vlastní rozhovory s ženami - dylami a rodiči a také využívání rozličných druhů dokumentů, k nimž jsem získala během realizace výzkumu přístup (Silverman 2005). Mezi ně pak můžeme řadit interní dokumenty České asociace dul (ČAD) či Českých dul (ČD), výroční zprávy, propagační letáky, webové stránky anebo etický kodex dul. Za další vhodný způsob, který se vztahuje k předmětu zájmu tohoto výzkumu, považuji různé internetové chaty a komentáře na webových portálech zabývajících se tématem porodu a doprovázejícími osobami. Zvláště osobní webové stránky, které si často ženy duly vedou paralelně s oficiálními medailonky domovských organizací, se ukázaly být velice přínosné. Často mě také na jejich existenci samy duly upozorňovaly, právě v kontextu jakési reflexe své práce či spolupráce s rodiči. Tyto odkazy pak samozřejmě fungují jako jakési pozitivní zpětné reakce pro potencionální klienty.

4.3 Analýza rozhovorů

Následná analýza získaných zjištění, informací a dat pocházejících z rozhovorů probíhala postupně a opakovaně v průběhu celého výzkumu (Silverman 2005). Po přepisu dat do elektronické formy jsem jednotlivé rozhovory pročítala a vytvářela prvotní výzkumné poznámky (*memos*)

vzdálenost mezi tazatelem a informátorem, může působit pozitivně na dotazovaného jedince, a to v kontextu odbourání či zbavení se jisté formy ostychu.

a kódy, které posloužily k dalšímu organizování dat, a to s ohledem na výše položené výzkumné otázky. K efektivnějšímu a systematictějšímu zacházení s velkým množstvím kvalitativních dat jsem využila specializovaný počítačový program MAXQDA, který, jak se domnívám, poskytuje vhodný nástroj pro kódování přepisů rozhovorů.

4.4 Etická otázka výzkumu

Během celé realizace výzkumu byly dodržovány etické zásady. V kontextu samotného průběhu rozhovorů jsem se snažila maximálně přizpůsobit a vyhovět požadavkům žen dyl i jejich klientek, a to jak na rovině místa setkání, tak času.

Podmínkou realizace předkládané diplomové práce pak samozřejmě byl explicitní souhlas zúčastněných osob zahrnutých ve výzkumném vzorku, přičemž zainteresované respondentky či informátorky byly vždy seznámeny s výzkumem, na němž participovaly. Informovaný souhlas mi byl dán v ústní podobě na počátku nahrávaného rozhovoru. Vzhledem k citlivosti témat a také k etické otázce výzkumu jsou veškerá jména, místa³³ či časové údaje z důvodu nutné anonymizace dat pozměněna nebo zcela vynechána.

Zároveň měly všechny účastnice rozhovorů možnost mě kdykoliv kontaktovat a popřípadě přijmout nabídku k poskytnutí pracovní verze diplomové práce.

³³ Záměrně jsem vynechávala názvy krajů, kde ženy dyl působí, poněvadž v některých oblastech se vyskytuje pouze jedna či dvě dyl, a tak by bylo velice jednoduché vyhledat jejich identitu. Na druhou stranu v práci se objevují reálné názvy porodních zařízení. Domnívám se, že není nutné, s ohledem na výzkumný záměr této práce, je zde anonymizovat.

5 POROD S DULOU

Když Dana Raphael poprvé v odborné literatuře (1976) použila termín *dula* či *doula* primárně tím myslela osoby, které pomáhaly či byly k dispozici ženám krátce po porodu. Dnes se však tento termín a s ním spojené ženy – duly obecně, alespoň v našem prostředí, ustálil na modelu doprovázení, který se týká předporodní přípravy klientek a následného doprovodu k porodu. Samy mé informátorky, jak duly, tak jejich klientky, vnímaly porod jako cíl celé jejich vzájemné spolupráce, proto se mu zde budu také nejvíce věnovat:

„Velmi mi pomohla pro mou psychickou pohodu a ujasnění si osobních otázek (...) taky jsme společně připravovaly porodní plán, ale přítomnost duly u porodu byla mým hlavním cílem.“ Jana, maminka

5.1 Porodní příběhy Elizabeth a Elišky

V následujících kapitolách se pokusím prostřednictvím převyprávění dvou porodních příběhů osvětlit či interpretovat roli, kterou ženy - duly zastávají během porodů svých klientek. Zároveň se tak zaměřím na percepci či vnímání samotných žen - klientek v kontextu jejich spolupráce s doprovázející doulou. Prožitek porodu i jednotlivé porodní příběhy se velmi liší, avšak můžeme vyzorovat jisté společné prvky, které se primárně týkají přítomnosti duly u porodu. Zmíněné společné rysy pak budu v dalších kapitolách více rozebírat.

Záměrně jsem vybrala dva porodní příběhy, v rámci nichž vystupuje dula jak v roli doprovodné osoby v nemocničním prostředí, tak v roli doprovodné osoby při domácím porodu. V příbězích nevystupuje tatáž žena dula. Během vlastních rozhovorů, které jsem dělala s klientkami dul, jsem měla příležitost mluvit i s jednou maminkou, jejíž porod proběhl za asistence staršího syna a duly v domácím prostředí. Avšak jedná se spíše o výjimku, nežli častý jev, přesto, dle mého názoru, bude užitečné jej zde více rozvést. Kontakt na maminky jsem dostala skrze duly, tudíž se domnívám, že zkušenost, kterou maminky s dulaми mají, nemůže být

chápana jako obecné pravidlo vzájemné spolupráce, ale jako jakýsi *ideální typ* ve weberovském slova smyslu.

Ve vyprávění používám *emic* perspektivu mých informátorek – maminek (Toušek: 2012). Cílem předkládané práce tedy není jakkoliv hodnotit či posuzovat práci či porodní praxi zdravotního personálu.

5.2 Příběh Elizabeth

Elizabeth se svým partnerem neplánovaně otěhotněla během studia na vysoké škole. Nyní ve svých jednadvaceti letech pečuje o devítiměsíčního syna Tobiáška a nadále za asistence své rodiny a partnera studuje. Na konci třetího měsíce těhotenství se Elizabeth začala více zajímat o rozličné internetové diskuze a literaturu. S partnerem se dohodli, že u porodu nebude přítomen. Sama Elizabeth mi toto rozhodnutí zdůvodňovala tak, že by nebyla schopná se plně soustředit a také se jí nelíbila představa, že by jí partner v takovéto chvíli měl vidět. Obecně vnímala muže na porodním sále, ať už jako partnera či porodníka, velice negativně. Porod chápala jako ryze ženskou záležitost, kde muži nemají co dělat. Přemýšlela tedy, s kým by k porodu šla, protože v žádném případě nechtěla být na porodním sále sama. První volbou byla její maminka, která je shodou okolností také lékařka, avšak nakonec z tohoto úmyslu obě ustoupily. Následně se od své maminky, která pravidelně chodí do kostela, dozvěděla, že zná ženu, která doprovází těhotné ženy k porodům. Elizabeth se tedy s ní kontaktovala a zjistila, že jí také osobně zná z kostelního sboru, a tak započala jejich vzájemná spolupráce.

Během prvních měsíců těhotenství za Elizabeth chodila řada žen – maminek, jež jí říkaly, jak je porod těžký a bolestivý. Pro ní samotnou to bylo trochu nepochopitelné, protože měla mnoho literatury, nejen od své duly, týkající se *přirozeného porodu*, kde maminky o svých porodních zážitcích hovořily velmi pozitivně a vnímaly jej jako nádherný okamžik jejich života. Jak mi sama Elizabeth řekla, *přirozený porod* se pro ní stal jakýmsi experimentem, zda to opravdu funguje. Sama dula ji utvrzovala

v tom, že porod je naprosto normální a přirozený proces, který zvládly všechny babičky i prababičky, a to bez moderních lékařských vymožeností. Posilovala tak její sebedůvěru ve schopnost vlastního těla porodit.

První rada, kterou jí její dula dala, se týkala včasné registrace do porodnice v Podolí. Do zmíněné porodnice velice často chodí, vzhledem k porodní praxi tamějšího zdravotního personálu, doprovázet pražské i mimopražské duly. Dalších pár měsíců společně komunikovaly prostřednictvím programu *Skype* a začaly tvořit porodní plán či přání. Následně v polovině osmého měsíce začaly intenzivněji pracovat na předporodní přípravě, v rámci níž dula své klientce například předvádí rozličné porodní polohy anebo dýchací techniky. Dohodly se, že ve chvíli, kdy Elizabeth začne rodit, dula za ní přijede domů a společně pak pojedou do Podolí.

Porod začal prasknutím vaku blan, o tři týdny dříve než měla Elizabeth termín. Dula jí po telefonu uklidnila a domluvily se, že za několik hodin za ní přijede a společně odjedou do porodnice, avšak tam nastaly komplikace s jejím přijetím, vzhledem k tomu, že rodila tři týdny před termínem. Sama zpětně přiznává, že dula jí radila, aby se pro jistotu zaregistrovala do dvou nemocnic, ale na to Elizabeth zapomněla. Následně začal zdravotní personál v Podolí zjišťovat aktuální stav volných míst v dalších porodnicích, které byly jistým způsobem otevřené *dulám a přirozeným porodům*. Společně s doulou pak vybrala porodnici v Mělníku, kde sice neměli místo na porodním oddělení, ale nabídli jí lůžko na gynekologickém oddělení. Elizabeth se svou rodinou a doulou dorazili do nové porodnice již ve večerních hodinách, a tak její rodina a ani dula již nemohli zůstat. Protože již uplynulo několik hodin od odtečení plodové vody a k samotnému porodu dítěte se stále neschylovalo, byla Elizabeth zdravotníky nucená, ačkoliv s tím příliš nesouhlasila, brát antibiotika. V noci jí tak personál stále budil vyměňováním kapaček s medikamenty.

Elizabeth byla se svou doulou domluvená, že přijede časně z rána a společně pak projdou porodem. To nastávající maminku velice uklidňovalo „já jsem prostě věděla, že ta dula přijede a že tam se mnou bude a to bylo hrozně v tu chvíli takovej silnej pocit, taková jistota, ujištění, proti tomu všemu stresu a zneklidnění“. Ráno, když už u ní byla dula, začali lékaři porod vyvolávat. Elizabeth odmítla podání oxytocinu, protože se domnívala, že by to celou její přípravu narušilo, a už tak měla problémy s antibiotiky, kterým přisuzovala důvod, proč u porodu zvracela. Během dlouhého čekání, než půjdou na porodní sál, dula přikládala Elizabeth na břicho hřejícího medvídka anebo jí masírovala, čímž jí pomáhala uvolňovat bolest během kontrakcí. Dula byla po celou dobu s ní, ptala se jí, jestli nepotřebuje napít nebo jestli nemá hlad.

Ve chvíli, kdy se již měly přesunout na porodní sál, s sebou Elizabethina dula vzala pití a hrozinky, na které sama ani nepomyslela. Dělal za ní běžné věci, které v tu chvíli Elizabeth nebyla schopná dělat. Na porodním sále jí pak dula radila, jak dýchat a často jí také předdýchávala, aby nad tím nemusela sama přemýšlet. Slovně Elizabeth podporovala a chválila. Elizabeth měla uvedeno v porodním přání či plánu, že si nepřeje epiziotomii, tedy nástřih hráze, avšak vlivem přesunu do nové porodnice a také tím, že byla prvorodička, jej chtěli automaticky provést. V tu chvíli Elizabeth již neměla sílu a ani vůli něco vysvětlovat anebo se bránit, přesto že slyšela, co lékařka říká. Dula však lékařce s klidným hlasem řekla, že nástřih si maminka nepřeje a Elizabeth doktorce toto sdělení potvrdila kývnutím hlavy. V ten okamžik dula zafungovala jako člověk, jež dohlíží na to, aby se dodrželo to, co si maminka přeje.

Druhý den po porodu se byla dula podívat za Elizabeth a malým Tobiáškem do nemocnice. Po propuštění jí opět několikrát navštívila a zkontrolovala, jak jde kojení a jak Tobiášek přibírá na váze. Pro Elizabeth již tyto poporodní návštěvy nebyly nutné, protože kolem sebe měla celou svou rodinu, maminku, sestru i partnera, kteří jí s novou rolí matky pomáhali.

Elizabeth a její dula nyní již nejsou ve vzájemném kontaktu, v podstatě jejich vztah skončil poporodními návštěvami. Jednalo se tak o velmi intimní, leč dočasný vztah. Elizabeth vnímá svůj porod jako nádherný okamžik, který, nebýt přítomnosti duly a jejího přístupu, by možná dopadl úplně jinak.

5.3 Příběh Elišky

Eliška v době, kdy jsme se spolu setkaly, měla osmiměsíčního chlapečka Erička, kterého přivedla na svět doma za asistence svého patnáctiletého syna a duly. Odpověď na motivaci prožít druhý porod doma nalezneme v popisu prvního lékařsky vedeného překotného porodu.

Eliščin první porod proběhl ve velké fakultní nemocnici za doprovodu jejího prvního manžela. Ten k porodu nechtěl, ale nakonec se Eliškou nechal přesvědčit. Průběh prvního porodu byl velice komplikovaný, po odtoku plodové vody začala ihned druhá doba porodní. Doktoři jí následně, vzhledem k dalším porodním rizikům, začali podávat rozličné medikamenty, a to až do takové míry, že si Eliška průběh porodu svého nejstaršího syna vůbec nepamatuje. Ačkoliv jí přítomnost prvního manžela nijak nepomohla, zpětně tohoto rozhodnutí nelituje *„dneska jsem prostě říkala, i kdybys tam nešel ty, tak prostě bych fakt jako na chodníku zastavila někoho, kohokoliv. Mít tam někoho jiného než jenom doktory, jako ve finále úplně kohokoliv, kamarádku, tchýni, mámu (...).“*

Jak mi sama Eliška řekla, už několik let se snaží žít tak trochu jinak *„úplně jako se vrátit k těm počátkům, toho přírodna, toho přirozena“*. Když tedy otěhotněla s druhým manželem téměř po patnácti letech od prvního porodu, tak již věděla, že v žádném případě nebude rodit ve stejné velké fakultní nemocnici. Na začátku těhotenství ještě neodmítala porod v nějaké menší a alternativnější porodnici, velice jí například lákal porod do vody. Následně zhlédla dokument *Orgasmický porod* a začala hledat zajímavé články týkající se *přirozených porodů* a možností porodit „jinak a lépe“. Objevila také duly, které se pro ní staly jasnou volbou.

Záměrně oddalovala první gynekologickou prohlídku, protože nechtěla podstupovat mnoho vaginálních prohlídek a ultrazvuků. Na internetu zjistila, že právě oddálením první návštěvy gynekologa za účelem potvrzení otěhotnění, se dá zmenšit počet těchto vyšetření. Dula jí řekla, že není nutné, aby podstupovala tolik vyšetření, když sama nechce, ale upozornila jí, že na pravidelné prohlídky by každopádně chodit měla. Společně s doulou se také radila v otázce výběru gynekologa, který by byl více otevřen porodům doma. Eliška přikládala důležitost tomu, aby si našla ženu – gynekoložku, aby s ní mohla mluvit otevřeně „*jako žena se ženou, a ne s doktorem*“.

V sedmém měsíci jí gynekoložka doporučila návštěvu těhotenské poradny určené k prenatální diagnostice - amniocentéze čili odběru plodové vody. Eliška tam zpočátku odmítala jít, avšak nechtěla dělat své nové gynekoložce problémy a tak si řekla, že si je alespoň půjde vyslechnout. Tam jí pouze utvrdili v tom, že v žádném případě nebude takovéto vyšetření podstupovat. Eliška například zmiňovala chování těchto pracovníků, kteří jí označovali za nezodpovědnou matku, protože odmítala vymoženosti moderní prenatální diagnostiky.

Eliška o svém rozhodnutí porodit doma příliš nehovořila se svým manželem či synem. Dokonce uvažovala, že by nakonec ustoupila z této myšlenky a rodila v Havlíčkově Brodě, který jí doporučila i její dula. Společně s ní tedy vytvořila jakousi kostru porodního plánu a následně se jela podívat s manželem do zmíněné porodnice. Tam jí nejvíce zajímala možnost porodu do vody, ale opět se u zdravotního personálu setkala spíše s předkládáním rizik takového porodu a množstvím podmínek, které musí splňovat, aby porod do vody byl uskutečněn. Eliška se tedy pro všechny případy zaregistrovala ve zmíněné porodnici na předpokládaný termín porodu.

Sama Eliška mi řekla, že jí blažil pocit, jak doktoři vypočítali její termín porodu, protože ona sama byla přesvědčená, že ví přesný den početí a jediný, kdo se jí na tuto informaci zeptal, byla právě její dula.

Eliška tak měla sama spočítaný den, kdy se jí má syn narodit a ujišťovala se, že si jej její dula zaznamenala. Společně pak od osmého měsíce pracovaly na předporodní přípravě a také probíraly všechny nutnosti a eventuality týkající se porodu doma.

Několik málo dní před termínem, který si vypočítala sama Eliška, začala zařizovat vše potřebné pro porod doma. Dula jí poslala seznam všech věcí, které pro porod jsou nutné. Den před zmíněným termínem měla naplánovanou prohlídku u gynekoložky, u níž se dozvěděla, že je potřeba ještě natočit monitor ozvěn miminka, který se obvykle dělá v nemocnici. Tam ovšem Eliška jet nechtěla, proto celé dopoledne hledala jiného gynekologa, jež je schopen ozvy natočit. Odpoledne pak na sobě začala cítit mírné kontrakce, okamžitě tak volala své dule. Ta jí uklidnila, že ještě mají čas. Eliška mi při vyprávění této části s úsměvem řekla, že se bála, aby porod nezaspala, avšak dula jí ujistila, že to nelze zaspát. K večeru již nedokázala počítat dobu, kdy má a nemá kontrakce a tak požádala manžela, aby dojel pro dula, která v té době neměla k dispozici vlastní auto. Během dalších čtyřiceti minut Elišce praskla plodová voda a okamžitě jí opět začala druhá doba porodní, během níž byla společně se svým starším synem na zahradě jejich domu. Ve chvíli, kdy manžel a dula dorazili, již Eliška začala rodit syna. Dula jí tak pomohla do domu, kde následně společně porodily miminko.

Krátce po porodu jí dula pomohla do sprchy, kde se společně snažily o porod placenty, kterou také zkontrolovala, aby se ujistila, že se celá oddělila od děložní stěny. Další den pak Eliška se svým manželem a malým Eričkem jeli do nemocnice.

V šestinedělí dula několikrát navštívila její klientku a dodnes jsou spolu v úzkém kontaktu. Prožitek porodu, který vedla dula, vytvořil silné přátelské pouto mezi ženami. Eliška dnes na svůj porod vzpomíná jako na nádherný okamžik a je na sebe hrdá, že prokázala tolik síly a uvěřila svému instinktu, který jí nabádal k porodu doma.

5.4 Společné prvky v porodních příbězích

V této kapitole se pokusím podat jakési shrnutí společných rysů, které se týkají přítomnosti duly nejen u porodu jejich klientek. Následně je v samostatných kapitolách budu zevrubněji rozebírat. Záměrně se zde nebudu více věnovat rozdílům, jež jsou samozřejmostí v konkrétních porodních příbězích. Každá z žen zažila rozdílný porod či porody, také žádná z mých informátorek - maminek nerodila ve stejném porodním zařízení. Avšak společným a charakteristickým rysem spojující mé informátorky je již několikrát zmíněná přítomnost profesionální doprovázející ženy – duly. Mým cílem tedy nebylo sesbírat veškerá porodní narativa klientek dul, ale pokusit se zjistit jakou roli a s ní spojená očekávání duly zastávají a jak jsou jejich klientkami vnímané.

V porodním příběhu, Elizabeth i Elišky a dalších mých informátorek – maminek, můžeme nalézt touhu či snahu zažít *přirozený porod*³⁴, ať už v domácím anebo v institucionálním prostředí. Dalším společným prvkem byla přítomnost jiné ženy, která již zažila mnoho porodů a vystupovala tak v roli jisté zkušené průvodkyně představující či reprezentující mateřskou postavu. Doprovázející osoby – duly byly vnímané jako ženy, které mají zkušenost s institucionálním prostředím porodnic a tak mohou pomoci naplnit porodní přání svých klientek. Staly se tak nositelkami jakéhosi *porodního vědění* a pozitivního pohledu na fyziologii porodu.

S doulou se samozřejmě také pojí kontinuální podpora během celého těhotenství, porodu a šestinedělí, v rámci níž se mezi profesionální doprovázející ženou a její klientkou či klienty vytváří důvěra a jakési intimní pouto, které může, ale nemusí vyústit v přátelství. Podstatným prvkem vzájemné spolupráce je jakási příprava, jež má ideálně vést k tomu, aby dula nemusela nemocničnímu personálu „obhajovat“ rozhodnutí své klientky, ale aby si sama maminka stála za svým rozhodnutím. Dula také může vystupovat jako jakýsi mediátor či

³⁴ To, co konkrétně každá z mých informátorek pod pojmem *přirozený porod* chápe, nebylo předmětem této práce, a proto se tomuto tématu dále více nevěnuji.

zprostředkovatel mezi rodičkou a zdravotním personálem anebo mezi partnery navzájem.

5.5 Role a percepce žen dul v kontextu tří úrovní analýzy

Role, které duly zastávají, jsou velmi individuální a situační, přesto můžeme identifikovat několik výrazných společných sociálních rolí. V následující části předkládané diplomové práce jsem se pokusila tato očekávání a chování, vyplývající ze statusu profesionální doprovázející ženy – duly, rozčlenit do tří úrovní či sfér analýzy, v rámci nichž se budu snažit o objasnění role a percepce žen dul. První oblastí analýzy je kapitola s názvem *Role duly coby průvodkyně³⁵ mateřstvím*, která se věnuje fenoménu mateřství jako esenciálně ženské „kvalitě“, spojení dul s konceptem *přirozeného porodu a porodnímu vědění*. Dále se jedná o kapitolu *Role duly ve vztahu ke klientům*, jež se konkrétně zabývá rolí a percepcí žen dul ve vzájemné interakci s jejich klientkami i klienty. Poslední kapitola nese název *Role duly ve vztahu ke zdravotnímu personálu*, zde se více věnuji rolím a vzájemné interakci mezi dulami a porodními asistentkami, popřípadě lékaři.

³⁵ Samy duly se tak často na svých oficiálních stránkách označují, tedy jako průvodkyně těhotenstvím, porodem a šestineděním.

6. ROLE DULY COBY PRŮVODKYNĚ MATEŘSTVÍM

6.1 Fenomén mateřství

Antropologie i sociologie nás učí, že mateřství stejně jako otcovství je i přes svůj biologický základ převážně sociální konstrukcí dané společnosti. Existují tedy rozličné kulturní vzorce chování muže - otce a ženy - matky, které se v průběhu času vyvíjejí a zároveň se mezikulturně liší (Maříková 2004). Arnold Van Gennep (2004) v tomto kontextu hovoří o přechodovém rituálu, kdy se z ženy stává matka a získává tak jiné postavení ve společnosti. Náročné fyzické i psychické změny, kterými ženy procházejí během těhotenství a porodu, jsou zároveň doprovázené přechodem z role ženy coby manželky či partnerky do role matky. Mateřství, ale i výše zmíněné otcovství, tak v naší západní společnosti tvoří jednu z klíčových částí identit (Raphael 1976: 19).

Podíváme-li se ve stručnosti na historickou linii mateřství a otcovství v západních zemích pak zjistíme, že ještě v 19. století otec coby *pater familias* byl považován za jakéhosi zastupitele své manželky i dětí před právem. Zároveň byl také společensky zodpovědný za výchovu a budoucnost potomků, v kontextu zajištění jejich vzdělání, profese či sňatku. Jak píše Hana Maříková (2004), celý tento rodinný systém byl orientován zejména na reprodukci ekonomických statků. Otec tak ztělesňoval jednak moc a autoritu, ale také jistotu a zabezpečení rodiny. Na rozdíl od dnešní doby, kdy je zástupným článkem v rodině otec, byla v tehdejší době zástupným článkem často matka, která mohla být například „nahrazena“ novou manželkou po úmrtí během vlastního porodu (Maříková 2004: 43).

Vlivem celospolečenských změn, které jsou charakteristické prudkou industrializací, rozvojem vědy i lékařství, také docházelo k proměnám mateřství a otcovství či obecně společnosti jako celku. Můžeme tedy hovořit o jakémsi rozštěpení společnosti na sféru soukromou a sféru veřejnou či analogicky na ženskou doménu a mužskou doménu (Maříková 2004: 43 - 44). Ženská role, jež se přímo

pojí s mateřstvím, příbuzenstvím a rodinným životem, je směřována do sféry soukromé. Naopak mužská role je více orientovaná na aktivní veřejnou sféru pojící se s trhem práce.

Na počátku 20. století se tedy západní rodina zmenšila či atomizovala. V rodinách tak dochází převážně k předávání symbolického kapitálu ve formě vzdělávání. Do této doby pak můžeme řadit i vznik jakéhosi fenoménu mateřství coby ryze ženské hodnoty či kvality, která zdánlivě stojí na biologických základech a bývá tak vnímána jako přirozená (Maříková 2004: 44).

Mateřství, jakožto ryze ženská kvalita či hodnota, se tak pochopitelně stalo i během rozhovorů s ženami, jak dulkami, tak maminkami, ústředním bodem naší konverzace. Často pak ženy zdůrazňovaly jakousi ženskou spřízněnost, sounáležitost, solidaritu či intuici, kterou během porodů nemohou očekávat od mužů:

„Možná se mi i líbí i to, že to dulení je vyloženě ženská záležitost a ti chlapi nám to prostě nemůžou vzít, protože porod dítěte, o který se pořád snažej a tlačí se tam tolik chlapů. To je něco, co oni nemají a nikdy mít nebudou, zážitek toho, že v nás roste dítě, to, že ho cítíme a že ho porodíme. A to, co je tam mezi matkou a dítětem, to oni nikdy nezažijou. To jak děti reagují na ženy jako vůbec, pro ně je fakt jako důležitá ta maminka, to aby tam ten otec byl a obdivně se díval na maminku a opečovával, to je jako základ. Taky si myslím, že by neměli rodit lékaři jako chlapi, jako ti tam nemají jako fakt co dělat (...) ani jeden z nich si nelehnul na to lůžko a nedal si nohy nahoru (...).“ Šárka, dula

Dále ženy poukazovaly na nemožnost pochopení či vcítění se mužů - porodníků do role rodící ženy. Porod tak byl vnímán jakožto ryze ženský a přirozený proces, který je spojen s esencí mateřství a ženskosti:

„Myslím si, že třeba, když je chlap chirurg nebo třeba když je chlap gynekolog nebo jakákoliv jiná věc, ale ten porod je hrozně spojenej s takovou tou, já to řeknu blbě ted'kon jo, ale s takovou tou jako ženskou energií, je to taková jako ženská záležitost.“ Elizabeth, maminka

V uvedených ukázkách se objevuje jistá forma genderových dichotomií, jež je postavena na ženské fyziologii reprodukce či obecně na

biologickém determinismu. Vytvářejí se tak binární opozice či dichotomie jakými například je žena/muž nebo analogicky příroda/kultura (viz. Ortner 1998). V sociálních vědách se pak rozlišuje mezi statusem získaným a statusem připsaným, v rámci nichž jedinci zastávají konkrétní role a očekávání (Keller 2004: 196). Status připsaný či neměnný mimo jiné také souvisí právě s biologickým determinismem či pohlavím jedince. Duly tak odpovídají na „žádost“ svých klientek sdílet porodní zkušenost s jinou ženou, která zažila či potenciálně může zažít obdobný prožitek pojící se s porodem či mateřstvím a dokáže tak poskytnout „vhodnou“ emoční a fyzickou podporu.

Některé ženy duly ztotožňovaly funkci či roli doprovázející osoby s jakousi mateřskou postavou či ikonou a přikládaly jí klíčovou úlohu:

„Taková velmi podstatná, možná nejpodstatnější součást tý pomoci duly je to, že je to žena a že vlastně může tam dojít k nějakému takovému jako ženský spřízněnosti nebo dula vlastně reprezentuje nějakou takovou mateřskou postavu, takže jednak je tam takový to napojení na tu ženskou stránku a zároveň někdo tam hledá právě jakoby tu mateřskou podporu. A to je taky zajímavý, že některý ženy jakoby dávají přednost vysloveně jakoby nějaké zkušenější ženě jako dule, prostě někomu, kdo už je trošku starší a právě tam cítí jakoby nějakou tu mateřskou podporu a někdo naopak, tam má radši někoho, jakoby svou vrstevnici, někoho mladšího, kdo už třeba taky porodem prošel a už je tam taková ta úroveň toho kamarádství (...) nebo prostě takový tý podpory i věkově stejných lidí.“
Jitka, dula

Podobně mi odpovídaly i ženy – duly na mojí otázku, která se týkala jejich vlastního zážitku porodu coby určujícího faktoru k doprovodům nebo k rozhodnutí pracovat jako doprovázející osoba. Z předchozích kapitol již víme, že pro profesi duly není podmínkou zážitek vlastního porodu či porodů. Avšak většina dul, s kterými jsem dělala rozhovor ztotožňuje zážitek vlastního porodu a mateřství s výše zmíněnou ženskou intuicí či sounáležitostí:

„(...) myslím si, že když ten člověk nemá tu zkušenost a ten prožitek, že se jako nemůže úplně dobře jako naladit na to, co tam ta žena prožívá, přesto jako máme, nebo když jsem dělala ten kurz v tý asociaci, teď jsem teda v

tý druhý asociaci. Já si trošku jako hledám to své ideální prostředí, ale v rámci toho kurzu, kam jsem chodila byla dula a ta teda ještě neměla děti, byla ještě svobodná a bezdětná a přesto si myslím, že měla všechny potřebné vlastnosti pro to, aby byla dobrá dula a myslím si, že až ona tím svým mateřstvím projde, tak bude úplně dokonalá. Myslím si, že to je jako nějaká esence, která je tam potřeba, aby člověk jako tu svojí mateřskou zkušenost měl, nebo ta kvalita mateřská, nemyslím tím jako jak úžasná matka jsem, ale to prostě to mateřství jako kvalita (...) jako ten prožitek toho mateřství, protože vím jaký to je být tou matkou a o někoho pečovat, protože mám vlastní zážitek z porodu a je to pro mě jedna z nejdůležitějších zkušeností, který do toho člověk dává.“ Eva, dula

Mateřství či zážitek vlastního porodu se tak stává pro ženy duly a jejich klientky nenahraditelnou ženskou hodnotou, která je navzájem spojuje.

6.2 Dula coby nositelka přirozeného porodu

„Předpokládám, že vás vyhledávají spíše ženy, které chtějí přirozený porod?“ zeptala jsem se jedné z dul, která aktivně doprovází přes dva roky a má za sebou již desítky porodů:

„No to je jako hodně individuální, jednak jak jste říkala, že ženy, který se nám ozývají, že už jsou nějak připravený na přirozený porod, tak to vždycky není pravda, taky se ozývají ženy třeba, který nebo ten partner s nima k tomu porodu jít nechce, takže oni to nějak neřeší, že by chtěly mít nějaký alternativnější porod, ale je jim jasný, že tam nechtějí být samy, takže to je jakoby jeden typ žen a některý můžou být jakoby víc přikloněný k přirozenému porodu a některý ne.“ Simona, dula

Duly jsou často spojovány s konceptem *přirozeného porodu*³⁶, který někdy bývá v odborné (viz. Hašková 2001) i v populárně naučné literatuře nazýván jako porod alternativní. Na druhou stranu, jak je patrné z výše uvedené ukázky, dula vyhledávají i ženy, jež nekladou důraz na prožití porodu bez lékařských intervencí.

³⁶ Ve většině literatury, která pochází od sociálních badatelů, se *přirozený porod* obvykle chápe jako spontánní vaginální porod s využitím minimálních lékařských intervencí a medikamentů (Gabriel 2011: 6 - 7).

Samy duly na porod pohlíží jako na biologický akt, který není *a priori* nebezpečný a v ideálním případě by jeho vedení mělo být založeno na důvěře v instinktivní chování a intuici ženského těla:

„Tak jako další posláním, je to, že prostě, že dula důvěřuje tomu porodnímu procesu a je v podstatě nositelkou takového toho náhledu na porod jako na zdravou událost, samozřejmě teda pokud není nějaký zásadní problém, když je ten porod v pořádku a není to něco a priori nebezpečného (...) samozřejmě, že riziko je v životě neustále přítomný a je přítomný i u porodu a vlastně takovýto všeobecný povědomí u porodu, že porod je něco vysoce rizikového, ale porod je něco prostě normálního (...).“ Jitka, dula

Avšak neznamena to, že by ženy – duly odmítaly lékařsky vedené porody, ba naopak. Spojení „v ideálním případě“ jsem zde uvedla zcela záměrně, protože jej také samy mé informátorky používaly:

„Maminka od nás toho jako moc nechtěla, ta si jela to svoje, takže tatínek pořad nechápal, nevěděl, pořad se na všechno ptal (...) myslím si, že kdybych tam nebyla, tak by asi byl hodně nervózní (...). On byl úplně ozářen tím ideálem jako porodu, který bude přirozený, což se jako nestalo. Já jsem mu to musela vysvětlovat, prostě je to tak, ona se neotvírala dlouho, byly tam asi tři porodní asistentky a dvě doktorky.“ Markéta, dula

Pojem alternativní jakožto synonymum *přirozeného porodu*, také ženy – duly příliš nepoužívaly. Naopak mě upozorňovaly, že lékařsky vedený porod je alternativní, nikoliv normální *přirozený porod*:

„(...) vůbec termín alternativní, ona to jedna moje kamarádka porodní asistentka výborně říká, alternativní porod je porod císařským řezem. Normální porod je normální a žádný alternativy, to že někdo chce u porodu sedět nebo klečet nebo stát, to není žádná alternativa, to je prostě normální.“ Jitka, dula

Duly se sice pojí s konceptem *přirozeného porodu*, ale jejich úlohou či rolí není přesvědčit klientku, že nejbezpečnější a nejharmoničtější volbou je porod zcela přirozený. Naopak samy svou úlohu jakožto doprovázející osoby chápou v širším kontextu:

„Já vnímám třeba jako úkol duly v tom, že (...) nechci po ženě jako primárně přirozenej porod, já mám tu ženu doprovodit k porodu, jakej ona

si představuje. Jestli je tam žena, která si nechá píchnout ten epidurál, tak jí podržím za tu ruku, vysvětlím jí, co je pro a proti a to rozhodnutí už je na ní, ale já jsem tam od toho, abych jí ty ruce podržela a vysvětlila, co se jí teďka děje, tak aby jí bylo dobře, aby bylo dobře v tom případě i miminku. Když se žena rozhodne родit na hlavě, tak já jí ty nohy přidržím, ale k tomu jí dám komentář, že se takhle bude родit hodně blbě, ale rozhodnutí už je na ní.“ Šárka, dula

Certifikované duly by tedy v „ideálním případě“ měly doprovodit jakoukoliv klientku k porodu, i když o ní vědí, že chce lékařsky vedený porod:

„(...) mám klientku, která říká, já bych chtěla ten epidurál a já říkám jo, není problém, pokud vy si to přejete, víte, že to potřebujete, tak já budu stát za váma. Neříkám jí svůj postoj, že já jsem jako s epidurálem nerodila, že bych ho nechtěla a takovýhle (...) zase pokud je ta mamina fakt přesvědčená o tom, že by to chtěla, tak jim to úplně jako nevyvracím.“ Kája, dula

Na druhou stranu setkala jsem se i s doulou, která takovéto porody odmítala. Tato konkrétní dula dokázala již při prvních předporodních setkáních rozpoznat, zdali její potenciální klientka bude родit s nějakou intervencí lékařů. Tyto maminky se, podle jejich slov, soustředily pouze na patologie, nikoliv na celkovou předporodní přípravu:

„Protože je to, jak říkám, pro mě osobně je ta role duly v tom, že já tu ženu podporuju, jsem tam s ní, ale ne za ní. Jakmile tohle připustím, tak to není její porod (...) Ale fakt si vybírám, to zní ošklivě, ale já fakt nechci prohrávat. Já jsem měla několik desítek porodů a všechny byly naprosto fyziologický, prostě ani jediná patologie (...) a to jako není náhoda, tam ta asistentka řekne, vy máte štěstí, to vůbec tak není, samozřejmě jsem se setkala s několika dalšíma desítkama žen, který pak rodily a patologicky (...).“ Jolana, dula

Duly se tedy sice pojí s konceptem *přirozeného porodu*, avšak není pravidlem či podmínkou, že každá jejich klientka bude sdílet představu nelékařsky vedeného porodu. Maminky, s nimiž jsem dělala rozhovor, často jako jeden z důvodů využití služby ženy – duly, uváděly snahu prožít porod co nejpřirozeněji. Vyjma jedné maminky však všechny

porody byly nějakým způsobem lékařsky vedené (antibiotika, oxytocin či provedení amniotomie³⁷).

6.3 Porodní vědění

Již dříve jsme si řekli, že pod vlivem vzrůstající komercializace a individualizace porodní péče se i na porodních sálech objevují osoby, které nejsou „pacienti“, nýbrž osoby blízké či certifikované doprovázející ženy – duly. K tomu, aby rodičky mohly zaujmout jakousi klientskou roli v kontextu perinatální péče, je zapotřebí celospolečenské změny, která byla doprovázena transformací v uplatňování práva spolurozhodovat nad vlastní porodní péčí (Hrešanová 2008; Hašková 2001; Kozáková 2013). V souvislosti s touto společenskou transformací hovoří Ellen Lazarus (1994) o jakémisi *porodním vědění (birth knowledge)*. Zmíněné *porodní vědění* je charakteristické určitým zpřístupněním expertních znalostí týkajících se porodu, avšak tyto znalosti nejsou distribuovány mezi ženami rovnoměrně, jsou silně ovlivněny jejich socio-ekonomickým statutem a vzděláním (Lazarus 1994; Hrešanová 2008; Kozáková 2013).

Jak poukazuje diplomová práce Kateřiny Kozákové (2013) ženy, disponující jakýmsi druhem tohoto *porodního vědění*, jsou aktivní v získávání rozličných informací nejenom v rámci perinatální péče a porodu, ale i právní legislativy upravující zdravotní a porodní péči. Zdrojem takovýchto specifických informací se pro mé informátorky – maminky staly jejich duly. Ty jim doporučovaly dokumenty, filmy³⁸ či knihy³⁹. Pomáhaly jim vybrat „ideální“ místo k porodu a sestavit porodní

³⁷ Amniotomie neboli umělé protržení vaku blan (Roztočil 2008: 121).

³⁸ Nejednou mi maminky zmiňovaly film či dokument *Orgasmický porod*, který režírovala autorka Debra Pascali-Bonaro. Dokument se týká především *přirozených porodů* probíhajících v domácím prostředí za asistence porodních asistentek a dul.

³⁹ Mezi doporučenou literaturu pak obvykle patřily knihy od Michela Odenta *Znovuzrozený porod* nebo od Penny Simkin, jedné ze zakladatelek amerických dul *DONA International, Partner u porodu*. Často se také objevovalo dílo od Vlastimila Marka *Nová doba porodní*. Dále svým klientkám, a mě také, duly doporučovaly, jako lékařskou oporu jejich činnosti, dílo od amerických doktorů Marshalla Klause, Johna Kennella a Phyllis Klausové *Porod s dulo*.

plán, zároveň jim nabízely rozličné alternativní vědomosti ohledně zmírnění bolesti během kontrakcí.

Certifikované ženy – duly prošly během svého kurzu, ať už u sdružení Českých dul anebo u Asociace českých dul, rozličnými přednáškami, které se týkají základních fyziologických a psychologických změn v těhotenství, během porodu a v šestinedělí. Účastní se odborných seminářů, které obvykle vedou porodní asistentky, tak aby disponovaly jistou formou „expertní“ znalosti porodního procesu. Při výcviku se také probírají různé způsoby nemedikálních prostředků uvolňování bolesti během kontrakcí, jakými mohou být masáže, teplé obklady, sprcha či vana:

„(...) informácie a možno naozaj veľmi pomohol ten spôsob, že vedela ako zmierniť tu bolesť, ani raz ma nenapadlo, že bych niečo chcela od bolesti (...) teplé obklady, mala takový pytlík, asi s rýží, čo nahrievala v mikrovlnke a samozrejme teplú sprchu, ja som bola aj ve vani a masáže (...).“ Darina, maminka

Duly v Česku se, na rozdíl od těch zahraničních, nespécializují pouze na doprovody k porodům anebo na laktační poradenství, ale obvykle provázejí ženu po dobu jejího těhotenství, porodu a šestinedělí:

„(...) já jim třeba říkám, kdy je čeká vyšetření v jakým tejdnu a co se dělá a plus mínus se pak nějak dopracováváme k tomu porodu. Nemá cenu tu rodičku tím porodem zatěžovat už v nějakým osmnactným týdnem (...) takže já mám ten předporodní kurz rozdělený do třech částí, kdy vlastně dělám v první části to těhotenství plus začátek toho porodu, ale fakt záleží v jaký tý částí těhotenství ta klientka je, že třeba v půlce, tak to fakt děláme jenom to těhotenství a ten další kurz je už pak jako porod, přes nějaký, kdy odjet do porodnice a třetí péče o mimčo.“ Kája, dula

Duly se svými klientkami během předporodních setkání konzultují a spoluvytvářejí porodní přání, a to v kontextu registrace do konkrétních porodnic. Registraci do vybraných porodnic předcházela jejich samotná volba. Výběr místa porodu byl jeden z klíčových okamžiků předporodní přípravy s doulou, poněvadž porodní zařízení se velice liší svou nabídkou a reálnou praxí:

„Já si myslím, že ta jako hloubka těch zkušeností, tím, že znám to prostředí a chodím k porodům teďka hodně poměrně a mám schozený téměř všechny porodnice v Praze a ve středočeským kraji, takže ta znalost toho prostředí v porodnicích a ta specifika, protože ať už se to tváří jakkoliv, tak ten přístup těch porodnic se nesmírně liší, to je jako obrovský bonus, který ty rodičky kontaktem se mnou získávají, že maj opravdu pravdivej, reálnej obraz toho, co se v tý porodnici děje a i vzhledem k tomu jejímu porodnímu plánu, jak se nachystat, jak to vykomunikovat (...).“ Eva, dula

Některé porodnice mají například omezený počet doprovázejících osob a tak v podstatě zamezují rodičce vzít si s sebou k porodu otce či partnera a také dula:

„Nebo když třeba klientka je zaregistrovaná třeba, já nevím, v Krči, v Motole a tam je problém, že tam může jít jenom jedna osoba, aby tam jakoby jsme se střídali na tom porodním sále, tak to mi přijde jako fakt zbytečný stres pro tu mamču, pro tu rodičku. Takže pak, když ta klientka přijde, že by tam chtěla oba dva a je prostě zaregistrovaná ve špatný porodnici, tak pak většinou si vybíráme nějakou mimopražskou buď Neratovice, nebo Hořovice.“ Kája, dula

Zároveň s tím souvisí doba, kdy si těhotná žena najde „svou“ dula, protože registrace do porodnic se dělá ve čtrnáctém týdnu těhotenství a pak je již velice obtížné registraci zrušit či přemístit:

„(...) ono hrozně záleží, kdy nás ta klientka kontaktuje, pakliže nás kontaktuje v nějakém třicátém sedmém týdnu, tak pak už je ta porodnice jasně navolená.“ Kája, dula

Mnoho porodnic například nabízí porod do vody, avšak při osobní návštěvě konkrétní porodnice klientky zjistí, že garantovaná nabídka neodpovídá reálné praxi, proto dula obvykle radí, aby rodička do vybrané porodnice zajela a dotázala se na možnost realizace jejího porodního přání:

„Takže jsme se tam jeli podívat s manželem (...) jako pokoje krásný, normálně barevný, každej pokoj jinak barevný, jako hezký, jako skoro na hotelu, no pak jsme chtěli vidět porodní sály, tam teda klasická koza, která byla variabilní, ale zajímavý, pro mě teda ne, ale zajímavý (...) ty kozy jsem jako vůbec nevnímala, vleže jako prostě ne, ale třeba na posteli

vkleče (...) no a ta vana, na internetu to samozřejmě vypadalo, že tam je nějaká krásná velká rohová vana, no, tak tam byla jako větší vana, ale to bylo hned to, co mě zajímalo, no a tam mi řekla víc důvodů, proč ne (...), takže tam bylo, že nesmím být prvorodička, to jsem řekla, že nejsem, pak mi říkala, že nějaký křečový žily pak zase chtěla něco z těhotenského průkazu (...) a rodit do vody se může jenom v přítomnosti našeho pana primáře, říkám není problém, to já si zařídím (...) já prostě budu rodit ten den, kdy pan primář bude mít tu službu, měla jsem s sebou samozřejmě porodní plán.“ Eliška, maminka

Společně s doulou také maminky vytvářejí tzv. porodní plány či přání, jež slouží jako dopis pro lékaře, obsahující určité prohlášení rodičky týkající se představ o jejím porodu a porodní péči (Gabriel 2011: 20). Avšak samy duly se snaží tato přání do značné míry usměrňovat, porodní plány by tak dle nich měly být co nejobecnější, aby maminka neměla zpětně z nedodržení konkrétních bodů, vyskytujících se v jejím plánu, poporodní trauma:

„(...) jsou rodiče, který to mají jako opravdu nastudovaný a stejně takhle mají připravený porodní přání nebo plán, kde mají jasně, co chci a co nechci (...) ale nechce to mít striktně, to v žádném případě ne, protože to samozřejmě jako nevyjde a akorát to způsobuje nějaká porodní traumata, zklamání, selháním, mají pocit, že selhaly jako ženy a je to škoda, jenom proto, že se držely nějaký představy, co byla v té knížce anebo jak rodila kamarádka a to prostě nikdy takhle není.“ Lena, dula

Dále se duly také snaží svým klientkám klást na mysl, že porod je sice normální a fyziologický proces, ale také se může stát všechno, i to, co by neočekávaly a v tu chvíli nelze trvat na představě „svého dokonalého přirozeného“ porodu a porodního plánu:

„Ale samozřejmě jsou ženy (...) taky jedna věc je, že si to dopředu říkáte, že byste to takhle chtěla, a u toho porodu se můžou dít jakoby tak různé věci, že prostě jsou maminky, který opravdu jako v ten okamžik to nezvládnou třeba bez epidurálu, tak co, co já, tak nějak k tomu přistupujeme i dopředu jim říkám všechno, co to s sebou obnáší si něco takového dát, ale nechávám to otevřený, že prostě jako nevíme, jak to během toho porodu bude probíhat a vždycky je dobrý udělat ty první kroky proto, aby se to zvládlo jakoby přirozeně nějakýma normálníma věcmi, ty obklady, pohyb, sprcha a tak a když vyčerpáme tyhle možnosti, takže

potom, když to nezvládá stejně ta paní, tak něco takovýho jo (...).“

Simona, dula

Porodní vědění také očekávají od svých dul samy klientky. Duly takovéto *porodní vědění*, týkající se znalosti určitého prostředí místa porodu, garantují na svých domovských stránkách sdružení anebo na osobních internetových stránkách. Uvádějí zde porodnice, do kterých chodí doprovázet, a tak do značné míry deklarují potenciálním klientům reálný obraz českého porodnictví:

„No a taky v tom určitě hrály roly argumenty racionální, že mi může poskytnout informace o porodnicích, o tom jak to tam chodí a že i ten personál se může chovat jinak, když tam bude někdo, kdo to tam zná.“

Anna, maminka

Duly, společně se soukromými porodními asistentkami, se stávají pro své klientky zdrojem *porodního vědění*, ke kterému by se rodičky dostávaly jinak velice obtížně. Jestliže si vypůjčíme termíny pocházející z dramaturgického přístupu studia společnosti od sociologa Ervinga Goffmana, pak bychom mohli hovořit o dulech jakožto o jistých nositelkách či představitelkách tzv. *diskrepantní role*. Ty jsou charakteristické tím, že jistým způsobem „vidí“ do zákulisních praktik (Goffman 1999: 140 - 164). Duly tak tedy mají povědomí nejenom o veřejně přístupném jevišti porodního zařízení, jakéhosi obrazu porodnice, který je klientkám předkládán na internetových stránkách anebo při oficiálních návštěvách určených pro nastávající rodiče, ale též znají jisté zákulisní praktiky, odehrávající se za oponou konkrétních porodnic. Tato znalost pochopitelně vyplývá i ze zkušenosti, kterou ženy – duly získaly, během svých doprovodů v nemocničním prostředí, kontaktem s porodními asistentkami či porodníky.

7 ROLE DULY VE VZTAHU KE KLIENTŮM

7.1 Role duly jako role kamarádky?

Vztah, který vznikne mezi profesionální doprovázející ženou a její klientkou v rámci předporodních příprav, porodu a poporodních setkání je velice intimní a důvěrný, přesto nemůžeme jednoznačně mluvit o určité formě přátelství. Dokonce některé mé informátorky – duly chápaly přátelský vztah, jež se vybuoval během vzájemné spolupráce, jako překročení jistých profesních hranic:

„To prostě, já teda třeba opravdu nemám ráda, přestože jsem tady použila toho pojmu kamarádství, když tady o tom mluvím, ale mě opravdu nepřipadá, jako vhodný dulu definovat jako nějakou profesionální kamarádku, to prostě v žádném případě. A možná právě některý ty mladší kolegyně, který jakoby začínaj, tak jako je těší ten vztah (...) samozřejmě velice snadno se to může zhoupnout do nějakýho kamarádství, ale jakoby cílem duly není rozšiřovat počet svých kamarádek, to v žádným případě (...) takhle my nejsme třeba jako psychologové, kteří mají zase extrémně striktní, že nesmí překročit nějakou hranici, to považují taky za blbost, samozřejmě v práci duly (...).“ Jitka, dula

Otázka tykání či vykání se stala také předmětem několika hovorů, jež jsem vedla se svými informátorkami. V rámci udržení jistých profesních hranic mají duly doporučeno od svých domovských sdružení, aby klientkám vykaly a tak posilovaly svůj status coby profesionální doprovázející osoby, která je klientkou placená:

„A spousta žen taky řešila jestli si tykáme nebo vykáme, jo měly bysme si vykat, ale kolikrát mě to prostě během těch příprav na porod nabídne, a jestli to nabídne, tak prostě tykám, pro ní je to mnohdy důležitý, sama to řekne, ale stane se, že vykáme i během toho porodu, ale spíš je to hodně výjimečný. Spíš v tý porodnici na tom sále, když tam přijedu, tak mi spousta žen, s kterými jsem si do té doby vykaly, mi řekne já potřebuju abychom si teďka tykaly. Teď to cejtí, že je to hodně intenzivní a intimní a potřebuje vědět, že tomu člověku hodně důvěřuje a tykat. Takže si hodně začínáme tykat až na tom porodním sále.“ Lena, dula

Duly hovoří o maminkách, s nimiž prošly porody, jako o svých klientkách, s kterými uzavřely kontrakt či smlouvu o poskytnutí jisté

služby. Jedná se tak o velmi specifický a intimní vztah, který je ovšem zpravidla dočasný:

„Je to prostě služba, která se týká porodu, takže to končí šestinedělím a je to uzavřená epizoda, je to někdo, kdo doprovázel obdobím třeba těhotenstvím a nějakým kurzem, kde se poznáváme, pak porod, šestinedělí a tím to končí. Tím ale nemůžu říct, že bych neměla z některých maminek kamarádky, že pak si jako začneme tykat, byla jsem na křtinách jejich dětí (...) odmítám razantně bejt kmotrou těch dětí, ale ráda se s nima sejdu a když mi třeba posílaj jako nějakou fotku na výročí toho dítěte, tak na to reaguju, protože to je fakt jako milý (...) je to jako hodně intimní vztah, ale já si to jako držím tu hranici.“ Šárka, dula

Jak vyplývá z předchozí citace či ukázky přátelský vztah se čas od času mezi doprovázející ženou a maminkou vytvoří. Samozřejmě není neobvyklé, aby duly doprovázely své známé či kamarádky. Naopak například úplně první doprovody byly právě doprovody známých či kamarádek žen dul. Avšak obecně řečeno ženy duly a jejich klientky se po porodu či po šestinedělí již nestýkají:

„Já si vlastně pamatuju, že s dulou jsme si v tu chvíli byly hrozně blízky, protože ona mi říkala, jak mám cvičit, co mám cvičit. Ted' mi říkala, jak se mám chovat, ted' vlastně při tom porodu to bylo jakoby hodně blízky, ale po tom porodu je to najednou trošku jako že, nevím jak to je u jiných maminek, který se s ní radí ohledně kojení, přebalování a já nevím, ale prostě po tom porodu to bylo takový, dobře ted' jsme odrodily a ted' si jdeme každé zase svojí cestou, že to bylo takový, že bysme byly kamarádky jako v nějakým jiným ohledu, tak to u mě taky nebylo, píšeme si a tak, ale, že bysme takhle nějak chodily na kafe, to ne (...) ale určitě to není tak, že najednou se něco stane, a ted' jsme nejlepší kamarádky, to asi ne.“ Elizabeth, maminka

Duly si záměrně dávají jakýsi pozor na příliš silná přátelská pouta. Několik z mých informátorek – dul například mělo poměrně negativní zážitek s jejich klientkami v tom smyslu, že se na ně maminky příliš citově upnuly a nevnímaly tak hranice práce dul:

„Měla jsem jednou, teda jednu maminku, která, vůbec ten počátek, tam to bylo celý nějaký komplikovanější, protože dula musí být empatická, naslouchat všem problémům, a tahle ta maminka se potřebovala někomu vyzpovídat a vlastně říkala, že vlastně neměla nikdy nikoho takhle

blízkeho, se kterým by si mohla takhle jako sednout. Takže jsem byla pro ni něco jako nového, co jako nikdy nezažila a pak to bylo hodně intenzivní ta příprava a porod byl nakonec úplně krásný, za co jsem opravdu moc ráda, ale potom porodu ta maminka se mi absolutně nechtěla vzdát, já jsem to pak řešila psychoterapií a psycholožkou, rok trval opravdu jako intenzivní jako vydírání, to bylo jako opravdu vydírání, no to bylo hodně nepříjemný, pak kolikrát jsem jí jako natvrdo, že to končí, popsala jsem jí ten vztah, tu situaci, týden byl pokoj a pak dál a denně telefonáty, emaily, dopisy i na rodinu.“ Lena, dula

Jiná dula tuto „nezdravou“ vazbu mezi profesionální doprovázející osobou a klientkou vysvětlovala jako jakýsi biologický aspekt plynoucí z hormonálních změn, kterými ženy během porodu procházejí:

„(...) možná jsem tam udělala moc velkou fixaci na sebe, možná jsem tam přešlápla nějakou svojí kompetenci, že jsem byla moc jako napojená na tu ženu, v takovém případě, který mi nepříslušel, možná jsem tam vstoupila do toho, kdy ona by měla být zaměřená na to miminko, tak já jsem byla v zorném poli (...) Je to to, že bonding by měl být s miminkem a ne s panem doktorem nebo s doulou.“ Šárka, dula

Nepřetržitá a citlivá podpora profesionálních doprovázejících osob, tedy dul vytváří specifický a důvěrný vztah, který však většinou končí záhy po porodu, popřípadě v šestinedělí. Vzájemné sympatie dul a jejich klientek samozřejmě často přerostou v dlouhotrvající přátelství, které již nestojí na bázi kontraktu či smlouvy týkající se určitého typu služby. Moderní doba tedy s sebou přinesla možnost najmutí duly, která plní svou roli či úlohu profesionálního doprovodu a tak je obecně i jejich klientkami přijímaná.

7.2 Role důvěry

Kateřina Kozáková ve své diplomové práci (2013) poukazuje na jistou formu narušení důvěry ve zdravotní systém porodní péče, a to v důsledku předchozí negativní zkušenosti. Ztráta důvěry v konkrétního lékaře se následně odráží v celém systému zdravotní péče. Autorka v návaznosti na Emu Hrešanovou (2011) nazývá ženy, které ztratily důvěru v lékaře a obecně ve zdravotnictví, „přírodňачky“. Jejich

společným rysem pak často je prožití porodu doma či volba jistého alternativního životního stylu. Zároveň tyto ženy kladou silný důraz na vlastní zodpovědnost v otázce zdraví a zdravého života (Kozáková 2013: 58 – 65).

Pro vzájemnou spolupráci mezi doulou a její klientkou je nutná právě výše zmíněná důvěra. Ta se obvykle vybuduje prostřednictvím předporodní přípravy, v rámci níž se dula s klientkou lépe poznává. Samy duly chápou důvěru jako jeden z klíčových aspektů jejich činnosti, tedy „dulení“:

„(...) je to vždycky o těch ženách, jsou ženy, které na první schůzce okamžitě na mě vybalí svůj traumatický zážitek, je to jakoby dost náročný nebo když se mi to teda stávalo ze začátku, ale je to jenom důkaz toho, že mají ve mě důvěru, že jsou ochotný na první schůzce o tom mluvit, a pak řeknou já jsem to vlastně nikdy nikomu neřekla, ale přistupují ke mě jako k člověku, který bude s nimi při maximálně intimním zážitku nějakým hlubokým a nemůžou mít žádný tabu přede mnou a to je velký plus, pak se mi samozřejmě s těmi maminkami daleko lépe pracuje.“ Lena, dula

Duly by měly znát veškeré obavy, které si jejich klientky s sebou k porodu nesou, protože jakýkoliv strach či úzkost může porod silně negativně ovlivnit⁴⁰. Zcela zvláštním tématem se pak během rozhovorů s doulami staly ženy – klientky, jež měly traumatický zážitek:

„No, když je to taková jakoby oficiální schůzka a já vidím, že se mě maminka prostě ptá jenom na takový ty věci nebo nesděluje mi tak osobní věci, tak jí pak samozřejmě naznačím, že jsou témata, která jsou dobrá probrat před porodem (...) samozřejmě tyhle traumatické zážitky, ať jsou to fyzické, psychické z dětství, ze současnosti a tak dále, že to může ovlivňovat porod. Takže pak to nechám na nich, někdy na nich vidím, že přemýšlí, zda to mají říct anebo si to necháme na příští schůzku, já říkám - popřemejšlejte o tom, kdyby něco, tak to můžeme probrat. Takže si myslím, že to většinou, jako tyhle ženy spíš přemýšlí, jestli tam něco takového mají, ale spíš mám zkušenost, že pokud mají tento problém, že samy ho sdělí, aniž bych ho musela z nich tahat (...) ale i kdyby ho měly a

⁴⁰ Více o tom, jak strach či úzkost může negativně ovlivnit průběh porodu, bylo čtenáři nabídnuto ve třetí kapitole *Význam žen dul očima porodnictví*.

já je vyzvala, tak oni mají právo mi ho nesdělít, je to čistě na nich a já je nemůžu donutit, přestože vím, že to ten porod bude ovlivňovat.“ Lena, dula

Mezi zmíněné zážitky může například patřit zkušenost předchozího porodu, který proběhl nějakým způsobem traumaticky anebo vlastní zkušenost týkající se zneužití:

„Specifický je třeba doprovod žen po nějakých traumatických zážitcích, proto je jako dobrý, když o tom mluvíme předtím. Ona mi to sice nemusí jako sdělit, ale ono se to vždycky nějak vyjeví. Je dobrý, aby ta dula o tom věděla a mohla tak v průběhu toho porodu zabránit, aby se to mohlo otevřít, to trauma (...) různými větama, náznakama (...) takže to si myslím, že je taky důležitá role.“ Jolana, dula

Ženy, které byly zneužívány, si pochopitelně obtížně budují důvěru v ostatní. Často se pak obávají pocitu ztráty kontroly, bolesti anebo situace, kdy budou vystaveny v určité intimní chvíli pohledům cizích lidí. Mohou být citlivé na doteky či se mohou obávat vlastních citových projevů, které s sebou přinášejí chvilkové návraty minulých traumatických vzpomínek (Klaus, Kennel and Klaus 2004: 223 – 231). Když tedy duly vědí anebo tuší, že jejich klientka utrpěla v minulosti nějaký traumatický zážitek týkající se týrání či zneužití, pak s ní také specificky pracují a připravují ji:

„Tak jako třeba s touhle paní, ona mi to třeba jakoby neřekla, ale říkala, že pro ni problém při porodu je to, že tam jakoby bude ztrácet kontrolu nad tím procesem, takže jsme to dopředu jako tohle téma jsme řešily, neřešily jsme to, co to vyvolává, protože to prostě nechtěla odkrýt (...) dají se na tom jako najít věci, jak pomoci. Třeba ta kontrola je taková, že nemusíte mít kontrolu nad svým tělem, ale můžete mít jakoby kontrolu v tom, jakou si vyberete porodnici, co si dáte do porodního přání. Jo, a mít takovej ten pocit, dopředu, že prostě máte pod kontrolou to, co oni si k vám prostě dovolí, samozřejmě to tělo je ideální, když pustíte a nemáte pod kontrolou, ale že prostě se sebou nenecháte udělat, co oni chtějí, tak to zas můžete mít pod kontrolou. Takže jakoby najít v tom nějaký kompromis nebo něco čím tu ženu nasměrovat, tak to asi jde, záleží zase jaký typ žen.“ Simona, dula

Dula se tak snaží dát své klientce alespoň částečný pocit kontroly nad událostmi, které se s jejím tělem a s ní dějí. Zároveň se snaží vybudovat

bezpečnou atmosféru, kde se žena bude moci nějakým způsobem uvolnit. Dalším specifickým faktorem týkající se důvěry žen po zneužití či po jiném traumatickém zážitku jsou dotyky:

„Opravdu ta žena může reagovat jako úplně jakkoliv a na všechno má nárok, všechno je v pořádku a musí prostě dát najevo to, co chce, jestli chce, aby se jí dotýkal ten partner anebo nedotýkal, anebo se jí dotýkala ta dula, což se také poměrně často děje.“ Jitka, dula

Poměrně často pak duly pomáhají zpracovat předchozí porodní zážitky, jež nějakým způsobem působí na ženu traumaticky. Obvykle se jedná o první porody, které nebyly za asistence profesionální doprovázející ženy – duly, přesto ji zpětně mohou maminky vyhledat například v šestinedělí anebo během druhého či třetího těhotenství, kdy se rozhodly, že s sebou dula mít budou:

„Samozřejmě, že je tohle taky naše práce, že těm maminkám nabízíme po tom porodu jakoby promluvit si o tom, jakoby zrekapitulovat, co se tam dělo, proč se dělo. Tam je důležitý, aby z toho neměly pocit, že ony dělaly něco špatně. Oni dost často vyjdou s tý nemocnice, že ony nezvládly porodit svoje dítě, jakoby s tím pocitem, že zklamaly, a to je hrozně jako důležitý je toho zbavit. Jo, my nejsme psychologové, takže když už je to vážný, tak samozřejmě si musejí promluvit s odborníkem, ale pokud je to jenom takový, že jsou z toho smutný a chtějí si to jenom jakoby probrat a mluvit o tom, a chtějí o tom mluvit hodně, tak je potřeba jim říct - ne tohle nebyla vaše chyba, tady se to dělo proto a proto.“ Kamila, dula

Jedna z mých informátorek – dul také odkazovala k velmi citlivé poporodní době, v níž jsou často ženy v západní společnosti jistým způsobem osamoceny v rámci nukleárních rodin⁴¹. Pak zde dula vystupuje jako osoba, která může například emočně, ale i fyzicky pomoci čerstvé mamince v přechodu do její nové role, tedy role matky anebo

⁴¹Antropologie nám představuje velké množství rozmanitých forem manželství, avšak ve většině případů jsou složena z jádra sestávajícího z muže a ženy, kteří společně se svými dětmi utvářejí tzv. nukleární rodinu (Skupnik 2010: 288 - 290).

dokonce včas odhalit hlubší problémy, jež by mohly vyústit až v poporodní depresi⁴².

„A pak si taky myslím, že jako výhodný je když máte někoho, ke komu už máte nějakou důvěru zbudovanou a máte nějaký vztah a ty ženy se ocitaj jako hodně osamělý vlastně po porodu, tím jak fungujeme v malých rodinných jednotkách, tím jak chyběj ty mezigenerační vazby, takže vlastně můžu bejt první pomoc ve chvíli, kdy přijde po porodu nějaká ta krize nebo překvapení negativní, třeba kojení, nebo všechno není, tak jak si představovala.“ Eva, dula

Role důvěry a s ní spojené intimity patří mezi základní rysy vzájemné spolupráce duly a její klientky. Dula tak může být jediná osoba, která zná, byť ne do detailů, klientčin strach či trauma a může se tak pokusit komunikací se zdravotním personálem vytvořit takovou atmosféru, v níž bude jakýkoliv stresující faktor určitým způsobem eliminován.

7.3 Role poradce a tichého obhájce

Záměrně jsem tuto kapitolu nazvala *Role poradce a tichého obhájce*, protože v rámci rozhovorů, které jsem pořídila, jak s dulami, tak s jejich klientkami, jsem zjistila, že právě takovouto roli duly během vlastních porodů v institucionálním prostředí porodnic zastávají. Již v teoretické části předkládané práce (viz. kapitola 3.2) jsem psala o tom, že je velice důležité, aby rodičí žena měla jakousi kontrolu nad průběhem porodu a zároveň mohla aktivně participovat na rozhodnutí zdravotního personálu. Pokud rodička nemá možnost spolurozhodovat o dění na porodním sále může tak klesat míra subjektivní satisfakce, která v krajních případech pak často také vede k silnějšímu pocitu porodních bolestí anebo obecně k nespokojenosti z vlastního porodu (Hodnett 2002; Iliadou 2012).

⁴² Poporodní depresi a pomoci duly se více věnuje kniha od Marshalla Klause, Johna Kennela a Phyllis Klausové (2004).

Ženy, jež vyhledávají duly, vytvářejí porodní plány či přání, kde obvykle jsou explicitně uvedené zákroky, které si nepřejí. Často byla například v této souvislosti zmiňována episiotomie⁴³, tedy nástřih hráze. Tuto proceduru ženy nevnímaly jako nutnou, ale jako jakousi rutinu v českých porodnicích. Již v porodním příběhu maminky Elizabeth (viz. kapitola 5.2) jsme si mohli všimnout, že dula v mnohdy velice vypjaté situaci na porodním sále dokáže s „chladnou hlavou“ zareagovat na činnost lékařů:

„Já jsem říkala, měla jsem to napsáno v porodním plánu, ve výsledku mě pak rodila jiná, ale bylo to v mém porodním plánu, že si nepřeju nástřih, protože jsem četla o tom nástřihu, zase nejsem doktor nevidím to z tohoto hlediska, ale podle mě ten nástřih by neměl být rutinní záležitost, já jsem teda dělala různé přípravy, aby k tomu nástřihu nedošlo a paní doktorka, ačkoliv jsem s tím nesouhlasila, tak mi ten nástřih chtěla udělat. S tím, že já si v tu chvíli pamatuju, jak ona si vzala ty nůžky a říkala, tak uděláme nástřih a mě to v tu chvíli bylo úplně jedno, já si pamatuju, jak jsem si říkala dělejte si se mnou co chcete, klidně mě rozstříhňte vejpůl, mě je to úplně fuk, jak jste v tom rauši, tak to vůbec nevnímáte a v tu chvíli dula řekla, ale paní si to nepřeje, v tu chvíli ta dula vlastně přesně zafungovala jako ten člověk, kterej prostě dohlíží na ty maminky, na ty práva těch maminek v podstatě, takže to byl taky ten důvod, proč ta dula je při tom porodu strašně důležitá (...).“ Elizabeth, maminka

Z ukázky je patrné, že ve chvíli porodu si maminky těžko obhajují svá přání. Dula pak zastává roli jisté tiché obhájky, která se snaží v klidu dotázat maminky, zdali souhlasí s konkrétní lékařskou intervencí či procedurou, nikoliv zapáleně hájit práva své klientky na prožití *přirozeného porodu*:

„Občas jsem měla spousta dotazů, jestli, když doktor bude dělat nástřih, tak jestli mu vezmu ty nůžky. To nemůžu (...) já teda můžu udělat to, že já většinou na ty klientky mluvím křestníma jménama vykám nebo tykám, a řeknu třeba Martino pan doktor se vám snaží udělat nástřih, souhlasíte

⁴³ V řadě českých porodnic patří episiotomie mezi rutinní praktiku či proceduru, která má zabránit vzniku hlubokých a bolestivých trhlin, a to hlavně u prvorodiček.

s tím (...) a on když tohleto uslyší tak zbrzdí a pak se spolu domluvili a je to dobrý.“ Kája, dula

Maminky tedy od své duly očekávají jistou aktivní roli obhájkyně, a to i přesto, že profesionální doprovázející osoby by takovouto roli oficiálně zastávat neměly. Je tomu tak proto, že zdravotní personál by si mohl v určitých případech stěžovat na jejich domovskou organizaci, popřípadě by se mohlo vydat interní nařízení v konkrétní porodnici, v rámci něhož by se zakázalo doprovázení maminek certifikovanými dulami⁴⁴.

Ne však vždy lze zastávat roli tiché obhájkyně, jedna z mých informátorek – dul měla nepěknou zkušenost z velké fakultní nemocnice, kde se přání, jež její klientka měla hrubě vysmáli, a tak dule nezbyvalo nic jiného než na sebe vzít roli aktivní a nesmlouvavé obhájkyně práva maminky:

„Okamžitě od toho přijetí to bylo velmi drsný a my jsme (...) maminka prostě měla tu představu, že bude rodit na všech čtyřech na zemi a tam to opravdu najelo do té představy, že se jí začali vysmívat, jako nějaký žíněnky (...) tak tam jsem se do nich jako vopřela, a fakt jsem tam jako asertivně snažila vysvětlit, že maminka si přeje tohle, že chápu, že jim to může přijít k smíchu, ale ať to koukaj udělat, jako nebylo mě příjemně v té roli, ale bylo jasné, že v tomhle prostředí už není jiná možnost, protože ona už měla velmi silný porodní bolesti, to miminko už bylo téměř jako venku a přece tam s nima nebude diskutovat nějaký žíněnky, prostě oni musejí poslouchat, co říká.“ Jolana, dula

Všechny tyto zmíněné situace, v rámci nichž dula vystupovala v roli tiché obhájkyně své klientky, byly v případech přítomnosti zdravotního personálu na porodním sále či při přijetí. Častější variantou jsou pak rady od dul mířené ke klientkám v okamžiku nepřítomnosti porodních asistentek či porodníků. Zde pak duly vystupují v roli poradkyň:

„Já se většinou snažím klást těm rodičům na srdce, že když jim tam třeba něco nabízej, tak aby si nechali čas na rozmyšlenou a v ten okamžik, kdy ta porodní asistentka odejde, tak se tam spolu můžeme o tom bavit, ale je

⁴⁴ I o takovém případě jsem během vlastního výzkumu slyšela. Duly tyto situace pak řeší tím způsobem, že do porodnice nejdou jako profesionální doprovázející osoby, ale jako kamarádky rodičky.

to blbý, když se to probírá před tím personálem, oni to prostě nemají rádi a samozřejmě, že když od začátku je tam ta dula nějak našťve svou přítomností, že se jim do toho moc plete a tak, tak to jako není ideální, aby prostě ten porod probíhal v nějaký klidný atmosféře (...).“ Simona, dula

Díky dlouhodobému a intimnímu vztahu mají klientky ke svým dulám silnou důvěru, a to i v otázce rad ohledně přijetí či odmítnutí různých lékařských procedur:

„(...) a potom bola situácie, keď prišli, že som potrebovala injekciu, ja som sa dlho neotvárala, ale bolo pro ma dôležité, že prišla dula a povedala, ja by som si to dala, hej (...) keď tam prišla sestrička, tak som mala taký ako sebeklok a bola by to bývala blbost, pretože by se to nebolo pohlo a keď mi povedala dula, že áno v tejto situácii už by som si to dala (...) čo bolo dobré (...). Vedela som, že mi to dula nehovorí preto, že by chcela niečo urýchľovať hej, naozaj, že je situácie taká, že to už nejde, že som jej verila, že ona to vzdelaní má a že vie, že nejako se vyvíja situácia.“ Darina, maminka

Role tiché obhájkyně či poradkyně patří mezi významné charakteristiky ve vztahu dula – klientka, a to převážně v institucionálním prostředí porodnic. V této kapitole jsem se snažila nastínit specifickou roli, která nabývá, dle situace a přítomných lidí, dvou pólů. Buď tedy duly vystupují v roli poradkyně za přítomnosti pouze jejich klientů, anebo pak v určitých vyhocených situacích vystupují jako obhájkyně, byť pokorné, ale aktivně se snažící za své rodící klientky řešit nepříjemné okamžiky, jež právě často nastávají v porodnicích.

7.4 Role dul a otců

Přítomnost otců na porodních sálech byla v anglo-americkém prostředí tolerována až na počátku sedmdesátých let (Inhorn 2007). V českém prostředí se pak partner či otec dítěte jakožto doprovod rodičky objevuje v institucionálním prostředí porodnic pochopitelně až po roce 1989 (Hašková 2001). Řada badatelů vnímá přítomnost partnerů, která následně byla doplněna rozšířením jakéhokoliv doprovodu – včetně dul, jako první krok k návratu „lidskosti“ a určité formy intimity do

nemocničního prostředí (Fraňková 2009; Klaus, Kennel, and Klaus 2004; Hodnett et al. 2011).

Mezi klienty dul patří tedy jak samotné rodičky, tak jejich partneři. Dula, ačkoliv to není jejím primárním cílem, pomáhá během porodu i partnerovi či otci dítěte. Dulu vyhledávají maminky, které jdou k porodu samy, ale i maminky chtějící u porodu také svého partnera. Mé informátorky z řad dul kladly silný důraz na přípravu právě i klientů – mužů k porodu:

„Ta role otců je jako pro mě hodně zvláštní (...) to je asi taky několik kategorií tátů, ale hodně mě pomůže, když se s nima vidím před porodem, takže vždycky chci, aby na těch schůzkách byli oba, protože tam se tak nějak dá odhadnout, jak na tom je. Hodně doprovodu mi ztroskotalo na tom, že ti otcové jako přišli naladěni na to, že tohle je fakt zbytečný. A to už jde dobře odhadnout, že mi pak týden ta paní před tím napíše, že situace se změnila (...) jo, ale fakt to jde dobře odhadnout, podle toho jak tam ten otec hraje roli.“ Jolana, dula

Ženy – duly se tak snaží předejít napětí či konfliktu, jež by mohl na porodním sále vzniknout z nepochopení role, kterou coby profesionální doprovázející osoby zastávají:

„Tam je hrozně důležitý, aby ten tatínek jakoby s tím se vším souhlasil, pokud by byl nějak proti tomu, aby tam byla nějaká v podstatě cizí osoba, tak v podstatě tam nemá cenu ani chodit, protože tam nedělá dobrou atmosféru - ten jako nějaký konflikt. Ale většinou jsou ti tatínkové s tím nějak smíření a naopak jsou rádi, že tam někoho mají na koho se můžou obrátit, když neví, co se děje a ta dula uklidňuje často i ty tatínky, že je všechno v pohodě, nemusej se bát, nebo je pošle pryč, protože to je taky někdy dobrý na chvíli.“ Kamila, dula

Jedním ze základních atributů péče či služby duly je kontinuální přítomnost a podpora rodičky během první, druhé a často i třetí doby porodní. Doktoři Marshall Klaus, John Kennel a Phyllis Klausová ve své knize (2004) uvádějí výsledky z komparace výstupů dvou nemocnic, které se týkají počtu hodin celkové přítomnosti doprovodu u porodu. Porodnice porovnávaly celkovou dobu, kterou strávili partneři či otcové a duly u porodu rodiček. Z dat vyplývá, že otcové byli přítomni u porodu jejich

dětí poněkud méně nežli ženy – duly. Zmíněné výsledky však platily pro přítomnost otců převážně v první době porodní. Ve druhé době porodní, tedy již při samotném porodu, se počet hodin přibližoval nepřetržité podpoře ze strany profesionálních doprovázejících osob. Jestliže se jedná o porod, v rámci něhož je rodička doprovázena a podporována jak svým partnerem, tak doulou, pak se obvykle duly ujmou namísto otce role nepřetržitého doprovodu. Činí tak záměrně, aby se otec u porodu cítil fyzicky i psychicky lépe:

„Já myslím, že i ty chlapi to kvitují a myslím si, že i pro ně je příjemný, že si můžou do nějaký míry jako určovat tu svou intenzitu jako příjemnosti, když je toho na ně jako nějak moc, že můžou na chvílku vysublimovat, nadechnout se nějakého čerstvému vzduchu, přinést s sebou nějakou dobrou energii z venku anebo si prostě dojít na jídlo nebo na cigáro anebo se ztratit ve chvíli, kdy je to pro ně nějaký moc náročný, protože prostě jim to nedělá dobře koukat se na tu ženu, jak to tam má, zažívá tu těžkou hodinku a oni nemůžou nic udělat, žádnou velkou akci, aby jí od toho pomohli (...).“ Eva, dula

Jedním z klíčových faktorů, jež ženy – duly zmiňovaly v souvislosti s nepřetržitou přítomností mužů, a který by během porodů měl nastávat pouze minimálně, je jakási péče ze strany rodící ženy o svého partnera. Klientky pak často vynakládají značnou energii a pozornost svému mužskému doprovodu, namísto soustředění se na průběh jejich vlastního porodu. V tu chvíli opět vstupuje dula do interakce mezi rodící ženou a jejím mužem a dočasně přebírá roli pečující a starostlivé partnerky:

„S tím, že oni můžou kdykoliv odejít, to je zas potřeba jako hodně jim vštěpovat, že se nemusí za nic stydět, že to není selhání jako partnera nebo muže, ale naopak je za to chválím, když mi řeknou já jdu radši na kafe, tak je za to pochválím, protože takový ty frajeří, co si chtějí dokázat, že to zvládnou a pak omdlívají nebo je vidět, že ta žena se stará o ně, jsi v pořádku miláčku, jedl jsi a nevádí ti tohleto a vlastně ona už omezuje svoje přirozený chování, není dostatečně uvolněná a ten porod to prostě brzdí, nebo určitě ho ovlivňuje. Je to o té přípravě, aby věděli co si můžou dovolit, co je normální a aby se nestyděli si přiznat, že tohleto už prostě ne, že to nedělá dobře a samozřejmě to i vysvětluji ženám, který třeba na tom jako hodně lpějí, aby muž byl u porodu a přitom on o to nestojí, tak

jako vysvětlit jim prostě, že jí tam k ničemu nebude, samy na to přijdou, že by bylo lépe kdyby tam nebyl.“ Lena, dula

Maminky i duly poměrně často vnímaly jako jeden z přínosů přítomnosti profesionální doprovázející osoby – duly snížení míry zodpovědnosti, kterou jinak na porodním sále mohou partneri či otcové dětí za svojí ženu cítit. Na rozdíl od dul citově zainteresovaní partneri či otcové nemají zkušenost s porody a ani nedisponují znalostí porodního procesu či porodní praxe:

„Já jsem tam měla oba jak partnera, tak dula. Pro mě ty role jsou úplně jiný, ta dula tam pro mě byla důležitá v tom ohledu, že mohla poskytnout nějaký pevný bod, o který já se můžu opřít, protože já jsem nevěděla jakým způsobem budu reagovat na takovou krizovou situaci a stejně jak bude reagovat můj muž, protože jako pro něj to bylo dost emočně vypjatý a věděla jsem, že tam nějakou tu podporu budu potřebovat a že zkrátka by bylo fajn prostě kontaktovat někoho, kdo o tom něco ví a kdo mi takovou podporu může dát, protože není tak v tom strašně angažovanéj.“ Anna, maminka

Duly svou přítomností a pozitivním přístupem k porodnímu procesu mnohdy zklidňují vypjatou atmosféru:

„(...) takže většinou mi přijde, že tam tak nějak jsem v klidu, že tam s nima prohodím pár slov nebo tak, tak mi přijde, že ty chlapi většinou z nich spadne taková ta nervozita nebo zodpovědnost, ale necílím nějak na ty chlapy, jenom spíš, abych věděla, že taky pije, trochu jí, aby tam nezačal kolabovat (...) spíš pracuju s tou maminkou a ono to nějak vyplyne, že ten táta pak je takovej jako víc spokojenej a nemá pocit, že by to všechno musel řešit on sám, takže tím pádem tam vznikne celkově tak atmosféra příjemnější.“ Simona, dula

Zároveň v určitých nesnadných situacích, kdy žena má porodní bolesti anebo se nějakým způsobem lékařsky intervenuje do porodu, mohou partneri začít pociťovat silnou úzkost či paniku, protože pochopitelně v tu chvíli nevědí, co je normální a co již je například patologické:

„A určite i pre manžela to bolo dobré, lebo v situácii, kedy mi tam praskali vodu a ja som jačala, a on na to pozeral, tak to muselo byť pro něj hrozné a potom keď vedel, že mohl se duly pýtať, čo se děje, alebo čo, tak určite to bolo pro něj jednoduchšie, než keď by tam bol sám a nevedel, čo se

děje, ty zdravotníci by asi nemali čas, vysvětľovať (...) takže si myslím, že bol rád, že to nebude iba na ňom.“ Darina, maminka

V této souvislosti pak duly vystupují jako jakýsi mediátor či prostředník mezi rodičovským párem a zdravotním personálem.

Další významný prvek či atribut, jež se poměrně často objevoval v rozhovorech s mými informátorkami – dulami, byla schopnost „upozadění se“. Duly vnímají porod, v rámci něhož jsou na porodním sále oba budoucí rodiče, jako velice intimní a partnerský akt, do něhož vstupují pouze minimálně:

„Třeba jsou tatínci, kteří jsou jakoby aktivní, jde vidět, že jsou hodně citliví, a ta podpora, ten dotek dělá hodně dobře tý mamince, tak pak se snažím upozadit, pokud ta maminka to tak chce, pokud jí to vyhovuje.“ Lena, dula

Situačně pak tedy na sebe duly berou roli, kterou jim oba partneri propůjčí:

„Takže když je třeba, tak to posunuju někam, ale pak jsou porody, kde ty páry nechám úplně samotný (...) já to беру jako jejich milování, mám k tomu hluboký respekt a oni tam spolu jsou a volají mě jenom, když chtějí s něčím poradit nebo chtějí ukázat, jak masírovat anebo si ten táta potřebuje odpočinout, když jsou tam dlouho, to je fakt hodně jako individuální.“ Jolana, dula

Chce-li být například rodička pouze se svým partnerem, pak dula okamžitě opouští porodní sál a nechá je samotné. Naopak v situaci, kdy rodička požádá svého partnera, aby opustil místnost, dula vystupuje jako jakýsi tlumočník či opět prostředník, který se snaží vysvětlit partnerovi, že je to nezbytné a že se nejedná o nic neobvyklého anebo dokonce osobního:

„(...) jinak prostě našim cílem rozhodně není se tam cpát mezi ty partnery. prostě jedna ze základních vlastností duly je to, jak jsem říkala, že se dokáže upozadit, že prostě není manipulativní, není dominantní, že prostě dokáže se stáhnout a nějakým způsobem jakoby vycítit, co potřebujou, respektive, co potřebuje ta rodička, protože ta je centrem toho všeho dění a vlastně předem musí vědět, že jakoby cokoliv (...), že se musí během toho porodu chovat spontánně, že musí dávat najevo proto,

aby to dobře běželo, by měla dávat najevo prostě svoje preference, to, co teď zrovna potřebuje a taky tam, když teď jde k porodu ten muž, tak je velice důležitý, aby i on prošel nějakou slušnou předporodní přípravou, minimálně by měl vědět, že opravdu ta žena může reagovat jako úplně jakkoliv a na všechno má nárok, všechno je v pořádku a musí prostě dát najevo to, co chce, jestli chce, aby se jí dotýkal ten partner anebo nedotýkal (...).“ Jitka, dula

Již v sedmdesátých letech minulého století psala medicínská antropoložka Dana Raphael, že dulou by mohl být i velmi citlivý a empatický muž (Raphael 1976: 36). O obdobném případě mi vyprávěla jedna z mých informátorek - dul, a to i přesto, že se všechny duly, s nimiž jsem dělala rozhovor, shodly na tom, že úloha či role profesionálních doprovázejících osob - dul je silně internalizovaná či naturalizovaná s ženstvím a potenciálním mateřstvím:

„Vím, že jeden byl zvláštní, už se to nikdy jako neopakovalo, to byl můj druhý porod, to byla maminka, měla manžela, který pracoval v zahraničí, takže my jsme se vůbec neviděli s tím partnerem (...). My jsme se teda neznali, akorát před dveřma jsme si podali ruku s tím manželem a on tedy bez přípravy jakýkoliv a ta maminka ten kontakt potřebovala, vyžadovala, různé jsme se jí dotýkali, dělali jsme různé masáže, co jí dělá dobře a tak, ona si vždycky říkala (...). Teďka způsob dýchání, dělalo jí dobře, když prostě jsem předdýchávala, aby nemusela přemýšlet, byla taková - jak bych to řekla maminka, která vyžaduje tu péči (...) když jsem to všechno dělala, on tak všechno pozoroval, seděl v tom koutku a pozoroval a během těch dvanácti hodin se to začalo měnit, jsem říkala jestli to nechce zkusit taky a on jo, jo. Takže to vyzkoušel, různé ty doteky, masáže, tak jsme se ptali maminky jestli jí to vyhovuje a ona, že jo, je jí to příjemný, protože některým maminkám pak vadí mužskej dotek, já to ukážu tatínkům, aby to mohli dělat oni, jenže maminky pak řeknou ne, ty na mě nesahej, prostě ten mužskej kontakt najednou jim je nepříjemnej není to nic osobního, já na to samozřejmě tatínky připravuji, ale stává se. Nicméně tady to bylo jako v pohodě (...) a porod končil tak, že já jsem seděla v tom koutě a ten tatínek, on úplně fakt přebral mojí roli a já jsem slyšela i svoje slova, co jsem já jí říkala, jak jsem jí vždycky vedla při tý kontrakci, tak on to všechno úplně stejně říkal, tak jsem si říkala, že mi vlastně převzal roli (...) Pak samozřejmě, když jsme se spolu bavili a seznámili potom po porodu s tím tatínkem, tak jsem se na to ptala, že bylo fakt jako vidět, že je hodně empatickej, že se fakt jako dokázal, ono se říká, nacítit na tu ženu, na tu manželku (...) a že vlastně dělal duláka, že tam nebyl vlastně úplně jako

otec, jako partner, takovej ten vystrašenej - miláčku, jak ti je - ale fakt jakoby ta podpora tam byla jako vlastně dufí (...).“ Lena, dula

Role duly a otce u porodu je velice odlišná. Přítomnost duly může jakýmsi způsobem doplňovat a pomáhat úloze partnera či otce dítěte. Dula mu může pomoci „pochopit“ jeho ženu a celý průběh porodu, může jej povzbuzovat, aby se manželky či partnerky nějakým způsobem dotýkal či jí masíroval a tím uvolňoval anebo tlumil bolest během kontrakcí. Úlohou duly je zároveň poznat, kdy již je partner či otec emočně a fyzicky vyčerpaný. Dula by také neměla v žádném případě vstupovat do vztahu, který mezi sebou budoucí rodiče vybudovali, dokáže se tedy jistým způsobem upozadit. Obecně řečeno doprovázející muž – otec či partner, který byl podporován doulou, měl možnost se zapojit do průběhu porodu v takové míře, jež mu nejvíce vyhovovala, a v které se cítil příjemně a nenuceně. Doprovod doulou tedy není služba pouze pro klientky – ženy, ale také pro klienty – muže.

8 ROLE DULY VE VZTAHU KE ZDRAVOTNÍMU PERSONÁLU

8.1 Role duly a porodních asistentek

V mnoha zahraničních odborných člancích se uvádí jako ideální případ spolupráce, všech zdravotních i nezdravotních osob na porodním sále, vytvoření určitého porodního týmu, v rámci něhož by dula měla doplňovat práci porodních asistentek, zdravotních sester anebo porodníků (Jordan 2008; Gilliland 2002; Ballen and Fulcher 2006; Papagni and Buckner 2006; Harris et al. 2012). Profesionální doprovázející osoby – duly nesmějí zasahovat do kompetencí, jimiž disponují porodní asistentky anebo jakkoliv svou klientku vyšetřovat. Na druhou stranu na rozdíl od porodních asistentek nejsou vázány striktními pravidly institucionálního prostředí porodnic, přesto však mají jakousi znalost týkající se činnosti či porodní praxe za oponou. Svým klientkám tedy nabízejí *porodní vědění* plynoucí ze zkušenosti jejich dřívějších doprovodů a osobní přístup, který se během vzájemné spolupráce vytváří. Ženy – duly tak znají přání a obavy svých klientek i klientů, připravují je na příchod miminka a svou nepřetržitou či kontinuální přítomností pak vytvářejí na porodním sále poklidnou a bezpečnou atmosféru. Podobnou úlohu zastávají i soukromé porodní asistentky, avšak ty na rozdíl od certifikovaných dul mohou svou klientku vyšetřovat.

Následující ukázka nám ve shrnutí ukáže, jak ženy – duly obecně vnímají či interpretují rozdíly mezi jejich vlastní rolí a činnostmi porodních asistentek:

„Dula je u hlavy a porodní asistentka mezi nohama (...) to je ten hlavní rozdíl, protože je to každý o něčem jiném, nedokážu poznat v jakém postavení je dítě, nevím jak je otevřená. Porodní bába nemá čas, sílu a motivaci být emocionálně s každou klientkou (...) mají strašný práce a nemůžou být vyloženě jedna ku jedny, na to nemají kapacitu a ta emocionální podpora, to je to hlavní (...) to je to, co dělá dula. Tak jako já nedokážu vést porod, tak porodní asistentky nemají tu kapacitu být s tou ženou emocionálně (...) člověk má pocit, že by šel studovat tu porodní asistentku a dělal to, jenomže ve chvíli, kdy se dostanete do toho prostředí, do školy, do výcviku, tak se z vás stává zdravotník a je velmi

těžké zůstat současně zdravotníkem a současně lidským člověkem. A je spousta porodních bab a zdravotníků, kteří jsou lidský, ale je to hrozně těžký v tom to ustát (...). Nezávidím zdravotníkům jejich profesi, myslím si, že není vůbec jednoduchá. Ono je to tak, že jsou tlačeni do těch ne příliš lidskéjch pozic systémem, pojišťovnama (...).“ Monika, dula

Duly často zmiňovaly, že jejich role není v žádném případě spojená s rolí jakékoliv zdravotní osoby a proto by si nedovolily vést samotný porod. Avšak již v páté kapitole *Porodní příběhy* jsme si ukázali průběh porodu jedné z mých informátorek – maminek či klientek dul, v rámci něhož dula byla jedinou osobou, která vedla domácí porod. Tento konkrétní případ je spíše výjimkou, nežli pravidlem, přesto se domácí porody pouze za asistence dul v našem prostředí vyskytují. Obě organizace sdružující certifikované duly, tedy Česká asociace dul a České duly, oficiálně nepodporují domácí porody vedené pouze dulou a vylučují ze svých řad takovéto duly. Vyskytují se pak certifikované duly, které nespadají ani pod jedno z existujících českých sdružení. Nicméně v případě, který jsem v této práci prezentovala, se jedná o stálou členku „dulí“ organizace. Můžeme tedy říci, že oficiálně se porody doma vedené dulami nepodporují, avšak objevují se:

„(...) třeba ta moje dula není v asociaci, protože chodí k porodům doma, což česká asociace nepodporuje (...) ona chodí bez porodní asistentky, protože má desetiletou praxi s porody doma, průměrně odrodí tři až šest rodiček, což je hodně, takže ona má těch porodů za sebou hodně a zrovna i na ni byla stížnost, protože ona jak je nešťastná, jak to chodí v té porodnici, tak prostě se stalo, že tam po někom vyjela (...). A ona potom odešla z asociace, protože se jí nelíbilo, jak se k tomu asociace postavila (...). Prostě tam vládne takový nějaký strach, že nebudeme nějak dobře přijímány, ale i tak nejsme nebo si nemyslím, že jsme.“ Markéta, dula

Certifikované duly, jež nepatří do oficiálních českých „dulích“ sdružení pak někdy bývají ostatními dulami kategorizovány jako *divoké duly*:

„Samozřejmě se mi nelíbí, když nějaká žena vystupuje jako dula, ale není dula (...). Mě se to nelíbí, ale někdo nemá prostě na výběr jako třeba ta moje dula, ta na to nemá papíry, ale životní zkušenosti. Ona fakt jako ví, já mám k ní naprostou důvěru, já bych se s ní nebála porodit kdekoliv a když si není jistá, tak se jede okamžitě do porodnice.“ Markéta, dula

Divokými dulami však bývají primárně označovány ženy, které neprošly „dulím“ kurzem a ani tedy nejsou nuceny dodržovat etický kodex sdružení. Obvykle to jsou například kamarádky, jež o sobě prohlašují, že jsou dulami, a to i přesto, že v kurzu nikdy nebyly či jej neabsolvovaly:

„Ale stává se nám, že tam tu maminku hájej tolik, že pak nám choděj stížnosti, třeba na asociaci, byla tady vaše dula a ta nám tady dělala brikule, ale ona to není naše dula ona je takzvaná divoká, která jenom řekla, že je dula. Tak je lepší se tak raději neprezentovat, říct já jsem tady doprovod, ale zas je fajn, že ta kamarádka se neřídí etickým kodexem, takže může tomu porodníkovi klidně jednu vrazit (...), což mi nemůžem. Má to i svý výhody, může se víc ozývat, my do toho jako vstupovat moc nemůžeme.“ Kamila, dula

Další prvek, o kterém často duly v souvislosti s porodními asistentkami hovořily, byla kontinuální přítomnost či osobní přístup. Dula, jak již bylo mnohokrát řečeno, setrvává po celou dobu se svou klientkou. Naopak porodní asistentka v institucionálním zařízení nemá k dispozici tolik času, aby se mohla na plno věnovat pouze jedné rodičce:

„Ta porodní asistentka tam má x dalších maminek a pamatuju si, že ty moje porodní asistentky tam se mnou vůbec nebyly, že jsem byla na tom porodním sále, ještě před tím, než jsem začla rodit, že jsem byla sama a dula tam byla celou dobu se mnou, občas přišla paní doktorka už rodíme, ještě ne a potom tam běhaly porodní asistentky, ty byly hrozně milí, ale musely běhat tam za tou maminkou a tam, takže oni se vám nevěnujou (...).“ Elizabeth, maminka

Emoční či psychická podpora, na kterou profesionální doprovázející osoby kladou velký důraz, patří mezi důležitou roli dul a zároveň je také jedním z hlavních atributů odlišující práci porodních asistentek a profesionálních dul:

„Já jsem tam opravdu, bez ohledu na to, jak to budou prožívat, jak se budou chovat, takže já jsem vždycky na jejich straně. Jo, i když tam ta maminka bude propadat hysterii nebo já nevím prostě bude se chovat úplně nestandardně, jako kdo říká, co je standart u porodů. Jo, prostě když jsou ty porodní asistentky, zase jak který, dneska je jich spousta taky jako vstřícnejch a taky to respektuje, že ta maminka v danej okamžik se potřebuje nějak chovat, ale zase je jich spousta, který prostě chtějí to mít

*nějak v klidu - jako moc nám tady neřvěte a prostě odbíhají, že jo, odbíhají k nějakým jiným maminkám, takže ten vztah je takovej odměřenej.“
Simona, dula*

Splnění rutinních povinností, jimiž jsou porodní asistentky zahlceny, dle dul, spíše tvoří náplň jejich práce a odvádí tak vlastní pozornost od rodičky:

„A v těch porodnicích (...) moje zkušenost je třeba v leckterých porodnicích jsou ty porodní báby jako výborný (...), ale myslím, že je více pohlcuje ta administrativa a to, že nemají jenom jednu tu maminku, ale mají třeba tři a mají tam jakoby tu velkou zodpovědnost (...) jede se na to, aby měly splněny všechny monitory, aby tohle udělaly.“ Šárka, dula

Činnost duly je bezesporu efektivnější, pokud je v konkrétním porodním zařízení či nemocnici již nějakým způsobem zavedená. Duly doporučují svým klientkám rozličné porodnice, právě s ohledem jednak na akceptování jejich přítomnosti a také na tamější porodní praxi a zdravotní personál. Jestliže již existuje nějaký druh vztahu mezi doprovázející ženou – doulou a porodní asistentkou, který je založen na vzájemné důvěře a respektu, pak můžeme hovořit o jistém vytvoření výše zmíněného porodního týmu:

„Taky v části těch porodnic si myslím, že jsem navázala dobré vztahy s tím personálem místním, třeba tady v pražském Podolí s porodníma asistentkama, kam chodím nejvíce (...) to Podolí je otevřeno přítomnosti i více lidí, takže vlastně otec u porodu i dula (...) i s těma porodníma asistentkama už si jako jedna druhou pamatujeme, takže vím, že ona tam žádnou prasárnu u toho porodu neudělá, stejně jako ona ví, že já tam nebudu žvanit nebo vyvádět něco, na co nemám praxi nebo mluvit za klientku nebo zasahovat do toho více než mi přísluší (...), takže už se tam buduje nějaká taková důvěra, což si myslím, že může být pro ty rodičky taky výhodou (...) prostě ví, že bych zazvonila, když by se opravdu něco dělo (...).“ Eva, dula

Na druhou stranu častějším modelem je doprovod klientek v porodních zařízeních, v rámci nichž nejsou duly zavedené a nemají tedy navázaný osobní vztah s místním zdravotním personálem. Pak se obvykle duly snaží chovat velmi obezřetně, aby nebyla jejich činnost vnímána jako

křížení rolí s porodními asistentkami či lékaři. To například znamená, že zcela výjimečně dula se svou klientkou řeší možnosti realizace rozličných lékařských intervencí před zdravotním personálem. Naopak před porodními asistentkami či lékaři vystupuje v roli doprovodné osoby, která respektuje profesionalitu a vědomosti tamějších zdravotníků. Mají totiž s klientkami dopředu dohodnuto, že na každé vážné rozhodnutí si maminka – rodička řekne o chvilku, aby jej zvážila. A právě během tohoto okamžiku se obvykle obrací na svou dula:

„Já je tam beru jako profesionály, kteří mají nějakým způsobem vytyčenou tu svojí roli, a za tím musí jít, že jo (...) někdy se je snažím jako trochu obehrát, tím, že jim říkám - já to jako chápu, my tomu rozumíme, tak ještě nám dejte deset minut. Oni se dají velmi lehce, protože když jim ukážete, že je jako posloucháte, že je respektujete, tak oni jsou v pohodě. A ještě když jim jako dáte pocit, že za to můžou jako oni, že se to zlepšilo, tak jako ještě líp jo (...), takže někdy nám tyhle hry hrajou, ale to záleží na tom, kdo tam je (...).“ Jolana, dula

Následně dula artikuluje porodní asistentce to, co si klientka přeje a opět vystupuje jako jakýsi pokorný prostředník či mediátor mezi svojí klientkou a zdravotním personálem:

„Já si myslím, že jít do nějakého ataku při porodu nemá vůbec žádný význam, protože to akorát naruší tu atmosféru a ten personál si akorát může smlsnout na tý mamince, vždycky si najde důvod jak, takže vždycky s tou pokorou přijít s nějakým tím požadavkem, který máme a snažit se opravdu v klidu je o to poprosit a vyjednávat v klidu, že jako já jako konfliktní typ nejsem a konflikt jsem nikdy neměla, ale je pravda, že v takovejch menších porodnicích, kde na nás vůbec nejsou zvyklí, tak samozřejmě nahlížejí na nás jako, že jako na nějaký revizory, jo, že mají pocit, že jim koukáme pod prsty, pod ruce a že nabádáme maminky k nějakým nepatřičným věcem a tak dále.“ Lena, dula

Několik českých dul má původní zaměstnání ve zdravotnické sféře, zcela výjimečně se pak vyskytují v roli duly i porodní asistentky. Avšak ve chvíli, kdy doprovází své klientky, vždy vystupují jako duly, tedy jako emoční a fyzická podpora, nikoliv jako soukromá porodní asistentka, jež vyšetřuje a dohlíží na monitory:

„(...) jako nevšímám si monitoru, to je jejich věc, fakt si všímám jen ty klientky. Takhle jsem prožila první porod, kdy jsem hlídala monitory, tak to jako nejde (...).“ Kája, dula

Zatímco porodní asistentky nemají časovou možnost věnovat se plně jedné rodičce, tak duly mají. Zároveň z role zdravotního personálu logicky vyplývá kompetence vyšetřovat, provádět rozličné lékařské intervence anebo vést porod, duly tuto funkci zastávají zcela výjimečně. Klientky společně s doulou obvykle procházejí celým předporodním a porodním procesem, v rámci něhož vzniká osobní vztah a důvěra. Dula pak poměrně často vystupuje v roli pokorného prostředníka, který artikuluje zdravotnímu personálu klientčino přání. V ideálním případě jsou duly určitým způsobem „zavedené“ v konkrétních porodnicích a mají tak tedy jistou formu důvěry a prostor pro práci se svou klientkou.

8.2 Role duly v institucionálním prostředí porodnic

V předchozí kapitole jsem se pokusila analyticky odlišit sociální roli profesionálních doprovázejících osob – dul a porodních asistentek. I přes rozdíly, které jsou dané formou jejich kompetencí a působením, jsou si tyto dvě role velmi podobné. Porodní asistentky bývají často vnímané také jako jakési nositelky chybějící „lidskosti“ v institucionálním prostředí porodnic, zatímco lékaři již tak vnímání nebývají. Na rozdíl od porodníků jsou také více chápány jakožto představitelky *přirozených porodů*, zejména pak soukromé porodní asistentky, které se specializují na porody doma (Hrešanová 2008; Kozáková 2013).

Duly se učí důvěřovat fyziologii ženského těla, které je připravené porodit a nesoustředí se na možné patologie. Svým pozitivním přístupem pak mohou dodávat klientce sebedůvěru ve schopnost zažít *přirozený porod*, zatímco lékaři často uvažují či pohlížejí na porod již v jeho možných komplikacích a tak i často jednají s rodičími maminkami:

„To se musí změnit fakt od základu, hlavně přístup k těm maminkám, jako maminka není kus masa, kterému musíme něco udělat, a není nemocná, není pacientka. Vůbec změnit ten statut ženy jako pacientky, ve chvíli, kdy by se jí začalo říkat jako klientka, tak by se toho změnilo opravdu docela

dost, není nemocná, pokud samozřejmě neprochází nějakým rizikovým, ale o tom se vůbec nebavíme, takže ten lékař je tam fakt jenom od toho, aby z povzdálí sledoval a podchytil něco, kdyby se dělo. Takže to vstupování, neměli by opravdu do toho ti zdravotníci vstupovat, pokud to není bezpodmínečně nutné a já myslím, že těch vzorů tady okolo Německo, Rakousko, Velká Británie, kde to funguje, máme dost, stačí se podívat k sousedům (...).“ Kamila, dula

Důvěra ve schopnost ženského těla porodit přirozeně se pochopitelně týká pouze nerizikových či fyziologických těhotenství. Duly často zažívají i porody, které jsou komplikované a musí se tedy do nich lékařsky zasahovat:

„Jinak si myslím, že jsme si velmi rychle zvykli na to, nebo jsme přijali jako jasný fakt, že všechny děti po porodu žijou, a to já si zase myslím, že je díky českému porodnictví (...). Vytratil se ale hrozně ten lidský přístup, že ženy mají nějaké své potřeby a že ty potřeby jsou individuální. Jestli bych rušila porodnice, já bych je nerušila, je spousta žen, co ty porodnice potřebuje a je to v pořádku a byla jsem u několika porodů, kdy jsem byla vážně ráda, že jsme v nemocnici a byla jsem u hodně porodů v porodnicích a říkala jsem si škoda, že nebyly doma, tam by si to užili víc. Stačil by přístup toho, nejenom zázemí, aby to bylo jako doma, ale ten přístup. Pořád jsou ty porodnice jako nemocnice, a to je myslím hned to, jako, že to zúzkostní (...). Já si myslím, že ten lékařský přístup nebo to vzdělání, který bych teda rozhodně neměnila, protože dvacet procent dětí žije díky tomu, co naši lékaři uměj, ale trochu se zapomíná na to, jaký dopad to má na ty děti a ty maminky.“ Šárka, dula

Téma lidskosti či osobního přístupu se v rozhovorech vyskytovalo poměrně často:

„Myslím si, že by bylo prima, pohlížet na porod jako komplexně, protože já si myslím, že zdravotnictví je naprosto úžasný tým, co dokáže, když je krizová situace a to je úctyhodný, obdivuhodný, ale velmi často ta krizová situace není a tam si myslím, že nějaká taková jako harmonizace vlastně nejenom porodnictví, ale i zdravotnictví, chybí mi tam lidskost (...) myslím si, že hlavní je ten vztah člověka s člověkem, že zdravotníci jsou přetížení, unavený a nemají na to kapacitu a myslím si, že to chybí hodně moc (...).“ Monika, dula

Komplexnost porodní péče, jak v předchozí citaci zmiňuje jedna z dul, shrnuje názor všech mých informátorek z řad dul. Ty by uvítaly rozšíření

kompetencí porodních asistentek, zavedení porodních domů a právní úpravu týkající se porodů doma. Zdravotníci by také měli respektovat zodpovědnost žen či obecně rodičů:

„A pak bych samozřejmě uvítala, kdyby tady byla možnost svobodný volby pro všechny (...) a osobní zodpovědnost, takže jakoby bych byla ráda, aby tady byl prostor, aby prostě v tom systému zdravotního pojištění se našel prostor pro to, aby i pojišťovny hradily péči těch porodních asistentek, aby bylo možno si zvolit místo porodu jako domov nebo jakkoliv jiný, aby tady vznikly nějaký alternativy porodní, aby tady vznikl alespoň jeden porodní dům na větší město, ale to už je jakoby na delší práci. Jednak teda úplně v prvním kole by mě stačilo, aby porodní asistentky pracovaly samostatně a řešily fyziologický věci (...), že by jako hodně pokleslo těch vstupů do porodů.“ Eva, dula

Duly svým pozitivním přístupem a důvěrou v přirozenost a schopnost porodit nahrazují v institucionálním prostředí nemocnic chybějící prvek lidskosti. Jejich role tak spočívá v komplexní pomoci a péči či konkrétně v pochopení a respektování individuálních potřeb klientek a klientů.

9 ZÁVĚR

V předkládané diplomové práci bylo mým cílem popsat a porozumět roli a percepci žen dul, jejichž primární úlohou je emoční a fyzická podpora žen i mužů v období těhotenství, porodu a šestinedělí. Svou kontinuální přítomností a pozitivním přístupem, týkající se důvěry ve schopnost ženského těla porodit „přirozeně“, napomáhají vytvářet v často „bezemočních“ prostředích porodních sálů takovou atmosféru, jakou jejich klientky a klienti v daný okamžik potřebují. Během vlastních porodů pak obvykle zastávají „tradiční“ postavení zkušené a porodu znalé ženy, která doprovází rodičku.

Porod dítěte bezesporu patří mezi zlomový okamžik v životě ženy i celé rodiny a jako takový jej jistým způsobem vytváří a rámuje. Nabývá tedy nejen individuálních, ale také celospolečenských rozměrů, jež se místem i časem značně proměňují. Na našem území se veškeré porody v minulém století, rozvojem medicíny a moderních lékařských metod, přesunuly z prostředí domácností do prostředí institucionálních nemocnic. Tato změna s sebou na jedné straně přinesla významné snížení perinatální úmrtnosti, a na straně druhé vytvořila ze samotného porodu sofistikovanou gynekologickou operaci, v rámci níž na porodním sále byla pouze rodička, a to v roli pacientky. Pod vlivem nastupující komercializace a individualizace docházelo k vnitřním proměnám porodní péče. Redefinoval se vztah k rodičce, která již nebyla imanentně chápána jako pacientka, ale stala se klientkou, o níž porodnice aktivně usilují. Porodnice se tak začínají otevírat veřejnosti, pořádají prohlídky porodních sálů i poporodních pokojů anebo umožňují či tolerují přítomnost doprovodných osob během porodů, v rámci nichž můžeme nalézt i profesionální doprovázející ženy – duly.

Nyní se pokusím shrnout odpovědi na výzkumné otázky, které se týkaly role a percepce žen dul. V empirické části práce jsme si ukázali, že v žádném případě nelze mluvit o jedné všezahrnující a obecné roli, spíše se jedná o celé spektrum sociálních rolí, které jsou do značné míry

určené právě jejich klienty. Zmíněnou část práce jsem rozdělila do tří úrovní či sfér analýzy, na nichž jsem se pokusila jednotlivé role a s ním spojená očekávání, plynoucí z vnímání dul samotnými rodiči v kontextu jejich vzájemné spolupráce, více popsat a interpretovat.

První oblastí analýzy byla kapitola s názvem *Role duly coby průvodkyně mateřstvím*. Ta se věnovala fenoménu mateřství jakožto esenciálně ženské „kvalitě“. Duly tak odpovídají na „žádost“ svých klientek sdílet porodní zkušenost s jinou ženou. Dalším tématem, objevující se v této kapitole, bylo chápání či vnímání dul v roli jakési nositelky či představitelky konceptu *přirozeného porodu*, který však není cílem jejich služby. Jako poslední téma se pak v této kapitole diskutovalo *porodní vědění*, kterým duly jako představitelky tzv. *diskrepantní role* disponují. Mají znalosti týkající se zákulisních praktik konkrétních porodních zařízení a mohou tak poskytnout své klientce rady ohledně porodního plánu a výběru vhodné porodnice.

Druhou úrovní analýzy byla kapitola nesoucí název *Role duly ve vztahu ke klientům*, v rámci níž jsem se pokoušela interpretovat role, které profesionální doprovázející osoby zastávají v kontextu interakce s jejich klientkami a klienty. Kontinuální spoluprací během těhotenství, porodu a šestinedělí se mezi doulou a její klientkou vytváří intimní vztah, který je založen na vzájemné důvěře. Duly taktéž mohou vystupovat v roli poradkyň či obhájkyň. Další významnou sociální rolí, kterou ženy – duly zastávají, je role mediátora či prostředníka, a to jak mezi partnerským párem, tak mezi rodičkou a zdravotním personálem. Ve vztahu k roli otce či partnera se duly učí upozadění se, tedy jejich rolí je mimo jiné také jistá schopnost „přečíst“ situaci a vhodně se jí přizpůsobit.

Poslední úrovní analýzy, která se týkala vlastního výzkumu, byla kapitola *Role duly ve vztahu ke zdravotnímu personálu*. Zde jsem se věnovala sociální interakci mezi doulami a porodními asistentkami. Tyto profese se navzájem liší převážně v kompetenci, která umožňuje vykonávat rozličné zdravotní procedury či vyšetřovat rodičku. Zároveň se

také odlišují mírou časové možnosti kontinuálně nastávající maminku doprovázet. Naopak jejich společnou rolí je emoční podpora, jež rodičky taktéž vnímají ze strany porodních asistentek. Ženy – duly ve vztahu ke zdravotnímu personálu obvykle zastávají již výše zmíněnou roli mediátora či prostředníka a také roli pokorného doprovodu, který aktivně „nebojuje“ na porodním sále, ale spíše diplomaticky vyjednává klientčino přání.

Kdybychom se nyní pokusili zobecnit role a z nich plynoucí očekávání mohli bychom identifikovat několik zásadních rolí, které profesionální doprovázející ženy – duly zastávají, a to sice *rolí mateřské postavy, emoční, fyzické a kontinuální opory, nositelky porodního vědění* či v intencích Ervinga Goffmana *rolí diskrepantní, roli důvěrnice, poradkyně a tiché obhájkyně, roli spojenou se schopností situačně se upozadit a roli prostředníka či mediátora*. Množství rolí, které ženy – duly zastávají, je nepřehledné, nelze tak definovat určitý počet rolí, protože každá klientka a její dula navazují specifický vztah, který je vybudován ke vzájemné symbióze či harmonii v průběhu jejich spolupráce a jako takový je dočasný a neopakovatelný. Obecně jsou tedy role, které duly zastávají, podobně jako porod sám v kontextu přechodového rituálu, na jakémsi pomezí či v liminaritě. Jsou nejasné a neurčité, nacházejí se mezi domácím (intimním) a nemocničním prostředím, mezi blízkou kamarádkou rodičky a zdravotním personálem.

V kontextu ženského, ale i mužského reprodukčního zdraví se objevuje široké množství námětů a témat vhodných pro kvalitativní empirické výzkumy. Antropologie a sociologie porodu nám nabízí zajímavé perspektivy, jimiž bychom mohli na zmíněnou problematiku nahlížet. Témata, zabývající se profesionálními doprovázejícími ženami – dulami, patří, v oblasti antropologického či sociologického bádání našeho prostředí, spíše mezi opomíjená. Bylo by například velice zajímavé sledovat vztah, který duly budují s otci či partnery svých klientek anebo strategie či způsob jakým se pokoušejí „zavést“ v konkrétních porodnicích.

10 SEZNAM POUŽITÉ LITERAURY A PRAMENŮ

- Arat, Gizem. 2013. Doulas' Perceptions on Single Mothers' Risk and Protective Factors, and Aspirations Relative to Child-Birth. *The Qualitative Report* 18 (Art. 4): 1 - 11.
- Ballen, Lois Eve, and Ann J. Fulcher. 2006. Nurses and Doulas: Complementary Roles to Provide Optimal Maternity Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 35(2): 304 - 311.
- Berg, Marie, and Anna Terstad. 2006. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery* 22: 330 - 338.
- Bernard, Russell H., Pertti J. Peltto, Oswald Werner, and James Boster, et al. 1986. The Construction of Primary Data in Cultural Anthropology. *Current Anthropology* 27(4): 382 - 396.
- Breedlove, Ginger. 2005. Perceptions of Social Support from Pregnant and parenting Teens Using Community-Based Doulas. *Journal of Perinatal Education* 14(3): 15 - 22.
- Brownlow, Charlotte and Lindsay O'Dell. 2002. Ethical Issues for Qualitative Research in Online Communities. *Disability & Society* 17(6): 685 - 694.
- Callaway, Helen. 1978. "The Most Essentially Female Function of All": Giving Birth. In *Defining Females. The Nature of Women in Society*. S. Ardener eds. Pp. 163 - 185. London: Croom Helm.
- Campbell-Voytal, Kimberly, Judith F. McComish, Joan M. Visger, Carolyn A. Rowlnad, and Jacqueline Kelleher. 2011. Postpartum Doulas: Motivations and Perceptions of Practise. *Midwifery* 27(6): e214 - e221.
- ČAD. 2011. Stanovy občanského sdružení Česká asociace dul. http://www.duly.eu/wp-content/pdf/stanovy/stanovy_cad_2011.pdf [cit. 14. 2. 2014].

České duly o.s. 2009. Výroční zpráva o.s. České duly za rok 2009. <http://www.mojedula.cz/files/pdf/vyrocní-zprava-ceske-duly-final.pdf> [cit. 14. 2. 2014].

České duly o.s. 2010. Výroční zpráva o.s. České duly za rok 2010. <http://www.mojedula.cz/files/pdf/vyrocní-zprava-2010.pdf> [cit. 14. 2. 2014].

České duly o.s. 2012. Výroční zpráva o.s. České duly za rok 2012. <http://www.mojedula.cz/files/vz-2012.pdf> [cit. 14. 2. 2014].

České duly o.s. 2009. Akreditační řád sdružené České duly o.s. <http://www.mojedula.cz/files/akreditacni-rad-sdruzeni-ceske-duly.pdf> [cit. 14. 2. 2014].

Davis-Floyd, Robbie. 2001. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigma of Childbirth. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 75(1): 5 - 23.

Doležal, Antonín. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum.

DONA. 2012. Position paper. http://www.dona.org/PDF/Birth%20Position%20Paper_rev%200912.pdf [cit. 14. 2. 2014].

Eftekhary, Sahba, and Michael C. Klein. 2010. The Life of a Canadian Doula: Successes, Confusion, and Conflict. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 32(7): 642 – 649.

Etický kodex. 2011. Etický kodex České asociace dul (ČAD). http://www.duly.eu/?page_id=128 [cit. 28. 3. 2014].

Etický kodex. 2009. Etický kodex sdružení České duly. <http://www.mojedula.cz/files/eticky-kodex-sdruzeni-ceske-duly.pdf> [cit. 28. 3. 2014].

Fielding, Nigel. 2010. Virtual Fieldwork Using Access Grid. *Field Methods* 22(3): 195 - 216.

Fraňková, Marta. 2009. Do porodnice s doulou – očekávaná sociální opora u porodu. Magisterská diplomová práce, Masarykova univerzita, Brno.

Foucault, Michel. 2010 (1963). *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart.

Gabriel, Cynthia. 2011. *Natural Hospital Birth. The Best of Both Worlds*. Boston, Massachusetts: The Harvard Common Press.

Gentry, Quinn M., Kim M. Nolte, Ainka Gonzalez, Megan Pearson, and Symeon Ivey. 2010. „Going Beyond the Call of Doula“: A Grounded Theory Analysis of the Diverse Roles Community-Based Doulas Play in the Lives of Pregnant and Parenting Adolescent Mothers. *Journal of Perinatal Education* 19(4): 24 - 40.

Gilliland, Amy L. 2002. Beyond Holding Hands: The Modern Role of the Professional Doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 31(6): 762 - 769.

Goffman, Erving. 1999 (1959). *Všichni hrajeme divadlo. Sebe prezentace v každodenním životě*. Praha: Nakladatelství Studia Ypsilon.

Harris, Susan J., Patricia A. Janssen, Lee Saxell, Elaine A. Carty, George S. MacRae, and Karen L. Petersen. 2012. Effect of a collaborative interdisciplinarity maternity care program on perinatal outcomes. *Canadian Medical Association Journal* 184(17): 1885 - 1892.

Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2008. Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů. *Biograf* (47): 56 odst.

Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2009. Těhotenství v perspektivě sociálních věd. *Sociální studia. Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity* 4: 55 - 71.

Hašková, Hana. 2001. *Názorové diferenciaci k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Hodnett, Ellen D. 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186(5):160 - 174.

Hodnett, Ellen D., Simon Gates, Justus G. Hofmeyer, Carol Sakala, and Julie Weston. 2011. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Review*.

Hrešanová, Ema. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.

Hrešanová, Ema, and Jaroslava Hasmanová Marhánková. 2008. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis* 44(1): 87 - 112.

Hrešanová, Ema. 2011. Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie. *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 12(2): 63 - 74.

Hrešanová, Ema. 2012a. Medicínská antropologie a její aplikace. In *Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie*. T. Hirt, eds. Pp. 211 - 236. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.

Hrešanová, Ema. 2012b. Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: Přehled Klíčových konceptů. *Antropowebzin* 3: 177 – 189.

Iliadou, Marie. 2012. Supporting women in labor. *Health Science Journal* 6(3): 385 - 391.

Inhorn, Marcia C, eds. 2007. Defining Women's Health. A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies. In *Reproductive Disruptions. Gender, Technology, and Biopolitics in the New Millennium*. Pp. 1 - 43. New York: Berghahn Books.

Jordan, Elizabeth T., and Shirley E. Van Zandt. 2008. Doula Care: Nursing Students Gain Additional Skills to Define Their Professional Practise. *Journal of Professional Nursing* 24(2): 118-121.

Kandert, Josef. 1995. Žena v jiných kulturních perspektivách. *Sociologický časopis* 31(1): 49 - 60.

Keller, Jan. 2004. *Úvod do sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Klaus, Marshall H., H. John Kennell, and H. Phyllis Klaus. 2004. *Porod s doulou. Rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. Praha: One Woman Press.

Koumouitzes-Douvia, Jodi, and A. Catherine Carr. 2006. Women's perceptions of their Doula Support. *Journal of Perinatal Education* 15(4): 34 - 49.

Kozáková, Kateřina. 2013. „Neposlušné“ matky – specifika chápání a prožívání přirozeného porodu s přihlédnutím k představám a očekáváním a následné žité zkušenosti žen v České republice. Magisterská diplomová práce, Západočeská univerzita, Plzeň.

Křiváková, Zita. 2009. Sociálně pedagogické aspekty ve vzdělávání dul. Magisterská diplomová práce, Masarykova univerzita, Brno.

Kupferer, Harriet. 1965. Couvade: Ritual or Real Illness. *American Anthropology* 67(1): 99 - 102.

Kuželová, Monika. 2003. Historie přípravy těhotných žen k porodu. *Moderní babictví* 2: 39 - 42.

Lazarus, Ellen. 1994. What Do Woman Want? Issues of Choise, Control, and Clas in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly* 8(1): 25 - 46.

Lothian, Judith A. 2006. Home Birth: The Wave of the Future? *The Journal of Perinatal Education* 15(3): 43 - 46.

Lothian, Judith A. 2009. Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *The Journal of Perinatal Education* 18(3): 48 - 54.

Lothian, Judith A. 2010. How Do Women Who Plan Home Birth Prepare for Childbirth? *The Journal of Perinatal Education* 19(3): 62 - 67.

Lothian, Judith A., and Alyson Grauer. 2012. Giving Birth: „We Just Don't Talk About It“. *Journal of Perinatal Education* 21(2): 123 - 126.

Low, Lisa Kane, Amy Moffat, and Patty Brennan. 2006. Doulas as Community Health Workers: Lessons Learned from a Volunteer Program. *Journal of Perinatal Education* 15(3): 25 - 33.

Lipovetsky, Gilles. 2007. *Paradox štěstí. Esej o hyperkonzumní společnosti*. Praha: Prostor.

Malinowski, Bronislaw. 1913. *The Family among the Australian Aborigines*. London: University of London Press.

Maříková, Hana. 2004. Rodina: proměny mateřství, otcovství, a rodičovství. In *ABC feminismu*. L. Formánková and K. Rytířová eds. Pp. 41 - 51. Brno: Nesehnutí.

Meyer, Bruce A., Jane A. Arnold, and Debra Pascali-Bonaro. 2001. Social Support by Doulas During Labor and the Early Postpartum Period. *Hospital Physician* 37(9): 57 – 65.

Mezinárodní iniciativa za porodní péči pro matku a dítě. 2008. Deset Kroků pro poskytovatele porodní péče. http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci_czech_6-09.pdf [cit. 14. 2. 2014].

Moscucci, Ornella. 2003. Holistic obstetrics: the origins of „natural childbirth“ in Britain. *Postgraduate Medical Journal* 79: 168 - 173.

Ortner, Sherry B. 1998. Má se žena k muži jako příroda ke kultuře? In *Dívčí válka s ideologií. Klasické texty angloamerického feministického myšlení*. L. Oates - Indruchová, eds. Pp. 89 - 114. Praha: Slon.

Papagni, Karla, and Ellen Buckner. 2006. Doula Support and Attitudes of Intrapartum Nurses: A Qualitative Study from the Patient's Perspective. *Journal of Perinatal Education* 15(1): 11 – 18.

Pascali-Bonaro, Debra, and Mary Kroeger. 2004. Continuous Female Companionship During Childbirth: A Crucial Resource in Times of Stress or Calm. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49(4): 19 - 27.

Pascali-Bonaro, Debra. 2003. Childbirth Education and Doula Care During Times of Stress, Trauma, and Grieving. *The Journal of Perinatal Education* 12(4): 1 - 7.

Raphael, Dana. 1976. *The Tender Gift: Breastfeeding*. New York: Schocken Books.

Rohwer, Shayna A. 2010. Information, Kinship, and community: Perceptions of Doula Support by Teen Mothers Through an Evolutionary Lens. PhD dissertation, University of Oregon.

Roztočil, Aleš. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada.

Simkin, Penny. 2013. *The Birth Partner. A Complete Guide to Childbirth for Dads, Doulas, and All Other Labor Companions*. Boston, Massachusetts: The Harvard Common Press.

Silverman, David. 2005. *Ako robiť kvalitatívny výskum. Praktická príručka*. Bratislava: Ikar.

Skupnik, Jaroslav. 2010. *Antropologie příbuzenství. Příbuzenství, manželství a rodina v kulturně antropologické perspektivě*. Praha: Slon.

Slepičková, Lenka, Eva Šlesingerová, and Iva Šmídová. 2012. Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext. *Sociologický časopis* 48(1): 85 - 106.

Štembera, Zdeněk and Petr Velebil. 2003. Vývoj perinatální úmrtnosti v ČR. *Interní medicína – mezioborové přehledy* 3: 21 - 25.

Tinková, Daniela. 2010. *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo.

Toušek, Laco. 2012. Vybrané aspekty metodologie aplikované antropologie. In *Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie*. T. Hirt, eds. Pp. 25 - 106. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.

Trueba, Guadalupe, Carlos Contreras, Maria T. Velazcu, Enrique G. Lara, and Hugo B. Martinez. 2000. Alternative Strategy to Decrease Cesarean Section: Support by Doulas During Labor. *The Journal of Perinatal Education* 9(2): 8 - 13.

Turner, Victor. 2004 (1969). *Průběh rituálu*. Brno: Computer Press.

Van Gennep, Arnold. 1996 (1909). *Přechodové rituály. Systematické studium rituálů*. Praha: Lidové noviny.

Van Hollen, Cecilia. 1994. Perspectives on the Anthropology of Birth. *Culture, Medicine and Psychiatry* 18: 501 - 512.

WHO. 1996. Safe Motherhood. Car in Normal Birth: a practice guide. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 [cit. 14. 2. 2014].

11 RESUMÉ

This diploma thesis, based on the theoretical foundations of anthropology and sociology of the childbirth, addresses the certified accompanying persons - doulas who by their activity or presence provide continuous emotional and physical support to the clients during pregnancy, childbirth and the postpartum period. As a result, they replace the "traditional" presence of the experienced and knowledgeable women during the actual act of the change from the roles of partners into the roles of parents.

In the historical and intercultural perspective were the pregnant women often during the pregnancy, the childbirth and the postpartum accompanied and supported by other women. In our area, all births in the last century shifted from the domestic environment full of various ritual practices to the institutional environment of the maternity hospitals. This change has brought along a significant reduction in the prenatal mortality but it also created a surgery from the birth itself. Under the influence of the rising commercialization and individualization of obstetric care, the obstetric care has been changing. Maternity hospitals began to open to the public and the delivery rooms started to tolerate the presence of the accompanying persons, among whom we can find the certified doulas.

The thesis focuses both on the social role of professional accompanying persons and also on parents' experiences and perceptions of the cooperation with the doulas. The specific social roles which doulas have, become of very intimate, however only temporary, qualities.

12 PŘÍLOHY

Příloha A: Medailonky žen – dul

Příloha B: Medailonky žen – klientek dul

Příloha C: Etický kodex České asociace dul

Příloha D: Etický kodex českých dul

Příloha E: Scénář A – Témata a otázky k polostrukturovaným rozhovorům
s *dulami*

Příloha F: Scénář B – Témata a otázky k polostrukturovaným rozhovorům
s *klienty dul*

Příloha A: Medailonky žen – dul

Jolana (37 let) doprovází k porodům již sedm let a má dvě malé děti. Má vysokoškolské pedagogické vzdělání a dlouhá léta pracovala na prvním stupni základní školy. Následně se začala více zabývat dětmi, které „trpěly“ poruchou koncentrace – soustředění a pozornosti. Jedním z možných příčin zmíněné poruchy může být porucha mozku zapříčiněná nevhodnou předporodní přípravou a porodem. Tato životní etapa Jolanu přivedla k doprovázení a snaze pomoci ženám s porodem.

Markéta (27 let) absolvovala oficiální „dulí“ kurz v roce 2011/2012 je maminkou malé holčičky. Studovala filozofickou fakultu, avšak v době těhotenství studium přerušila. Její porod proběhl v domácím prostředí za asistence dul. V době, kdy jsme spolu dělaly rozhovor, doprovázela svou první klientku ve velké pražské nemocnici. Kromě doprovodů se dlouhodobě věnuje rané péči, rozvoji a vzdělávání dětí v souladu s jejich individuálním vývojem.

Lena (43 let) doprovází k porodům sedm let a je matkou dvou dětí. Má vysokoškolské vzdělání v oblasti ekonomie. Paralelně se věnuje této práci i doprovodům a přípravě budoucích rodičů. Původně chtěla být porodní asistentkou, ale ze zdravotního hlediska jí to nebylo umožněno. O problematiku porodů se začala zajímat po svém prvním porodu, který, jak sama podotkla, nebyl ideální.

Jitka se zabývá problematikou porodů přes dvacet let. Má vysokoškolské vzdělání a původně vyučovala francouzštinu. Napomohla uvést profesi doprovázejících osob - dul do České republiky. Je matkou dvou dospělých dětí.

Šárka absolvovala oficiální „dulí“ kurz v roce 2007/2008 a za svou sedmiletou praxi doprovázela přes sto maminek. Má vysokoškolské vzdělání v oblasti humanitární a pastorační práce. Je maminkou čtyř dětí. V její spolupráci vznikl metodický manuál o kojení v rámci projektu

významné neziskové organizace. Nyní se věnuje projektu propojující mezigenerační soužití.

Eva (42 let) za svou šestiletou „dulí“ praxi doprovodila přes sto klientek a klientů. Má vysokoškolské vzdělání v oblasti ekonomie. Po svém prvním porodu, který nebyl nijak traumatický, avšak přinesl více otázek než odpovědí, se rozhodla zabývat více tématikou mateřství. Je maminkou tří dětí a v dnešní době se přípravě, laktačnímu poradenství a doprovodům rodičů věnuje naplno.

Kamila se zapsala do jednoho z prvních oficiálních kurzů dul, aktivně doprovází přes devět let. Je maminkou čtyř dětí, z nichž dvě byly narozené doma. Má středoškolské vzdělání a pracuje ve sféře státní správy.

Monika (45 let) v době našeho rozhovoru byla dulou ve výcviku s možností doprovázet k porodům, avšak ještě neměla takovou klientku. Je matkou dvou dětí. Má středoškolské vzdělání a aktivně se posledních dvanáct let věnuje pomáhající profesi. Dlouhodobě se zabývá aromaterapií a bylinkářstvím.

Simona (36 let) absolvovala oficiální „dulí“ kurz v roce 2009/2010 a aktivně doprovází přes dva roky. Je maminkou tří dětí. Její první porod byl klasicky lékařsky vedený, ač nebyl pro Simonu traumatický, měla pocit, že se musí na příští daleko více připravit. Na svůj druhý porod již s sebou měla dula. Má vysokoškolské vzdělání v oboru ekonomie.

Kája (33 let) při svém zaměstnání aktivně doprovází již čtvrtým rokem. Je maminkou dvou dcer školního věku. Má středoškolské vzdělání v oboru zdravotnictví. Její druhý porod začal o šest týdnů dříve, a tak s sebou neměla žádný doprovod ani manžela. Zážitek pocitu osamění na porodním sále jí přivedl k myšlence stát se dulou a pomáhat tak rodičkám i v těchto komplikovaných situacích.

Příloha B: Medailonky žen – klientek dul

Elizabeth (21 let) pochází z Prahy, kde stále žije se svojí rodinou a partnerem. Během vysokoškolského vzdělání porodila své první dítě. S partnerem si již na začátku těhotenství řekli, že u porodu nebude přítomen, ale v žádném případě nechtěla родit sama. Následně se od své maminky dozvěděla, že existují ženy specializující se na doprovody, tedy duly. A tak vyhledala jejich služby. Rodila v Mělníku s minimem rutinních lékařských zásahů.

Eliška (36 let) žije ve východočeském kraji s manželem a dvěma syny. Má středoškolské vzdělání a v současné době je na mateřské dovolené s osmiměsíčním synem. První porod byl klasicky lékařsky vedený a Eliška si z jeho průběhu téměř nic nepamatovala. Po patnácti letech od porodu prvního dítěte opět otěhotněla a začala si hledat rozličné, alternativní možnosti porodu. V průběhu těhotenství měla absolvovat nemalý počet ultrazvuků a amniocentézu, všechna tato vyšetření z valné většiny odmítla absolvovat. Porod proběhl v domácím prostředí za asistence jejího staršího syna a duly, která se dostavila na konec druhé doby porodní.

Jana (34 let) žije se svým manželem a čtyřmi dětmi v ústeckém kraji. Má středoškolské vzdělání a v současné době je na mateřské dovolené. Během druhého těhotenství vyhledala dulu. Společně s partnerem a dulou rodila v centru aktivního porodu v Kadaňi. Další dva porody již proběhly vně porodnických zařízení.

Anna žije se svým manželem a dvouletým synem v Praze. Má vysokoškolské vzdělání z oboru psychologie a dlouhá léta pracovala na lince důvěry pro děti. O tématu těhotenství a mateřství psala i diplomovou práci a o dulách tedy věděla již ze školních let. V době těhotenství vyhledala služby duly. Společně s ní a partnerem rodila ve velké pražské nemocnici. Nyní sama prochází „dulím“ výcvikem.

Darina (30 let) nyní žije se svým manželem a malým synem v Jeseníku. Jejím mateřským jazykem je slovenština. Má vysokoškolské vzdělání a profesí je farářka. Společně se svým manželem a doulou rodila v Krnovské porodnici. V průběhu jejího prvního těhotenství se začala zevrubněji zajímat o rozličné informace a i o možnost doprovodu profesionální ženy - duly.

Příloha C: Etický kodex České asociace dul

Etický kodex české asociace dul (ČAD)⁴⁵

1. Posláním duly je poskytovat především emocionální, psychickou i fyzickou oporu rodící matce a její rodině. Dula ženě poskytuje podporu, předává zkušenosti a potřebné informace již během těhotenství, ženu (a jejího partnera) citlivým způsobem doprovází při porodu, rodině je nápomocná i v šestinedělí. Klade si za cíl přispívat k dobré tělesné a duševní pohodě matek a novorozenců.
2. Dula ČAD (*) je připravena klientku doprovázet jak při porodu v nemocnici, tak v porodním domě nebo při porodu doma.
3. Dula ČAD neposkytuje zdravotnické služby. Nepřebírá žádnou zodpovědnost za zdravotní stránku porodu, pokud není zároveň porodní asistentkou nebo lékařkou – porodníkem. Dula ČAD nezasahuje do kompetencí lékařů, porodních asistentek ani dalšího zdravotnického personálu. Dula ČAD poskytuje specifickou podporu rodící ženě, a v tomto smyslu je součástí porodního týmu.
4. Pokud dula nabízí i služby jiné profese (např. porodní asistence, homeopatie, fyzioterapie), je nezbytné, aby nabídku i výkon takových služeb zřetelně a jednoznačně oddělila od své práce duly.
5. Dula ČAD klientku doprovází bez ohledu na národnost, sociální postavení a pověst klientky či členů její rodiny.
6. Dula ČAD plně respektuje lidská práva, lidskou důstojnost i svobodu volby klientky. Plně respektuje odpovědnost klientky za svá rozhodnutí i za jejich případnou změnu. Dula své služby poskytuje vždy s akceptací individuálních hodnot, postojů a přání každého jedince.
7. Dula ČAD je plně odpovědná za úkony a informace, které v rámci své práce poskytuje. Dula ČAD klientce/klientům neuděluje rady; rodiče sami zodpovídají za svá rozhodnutí.
8. Dula ČAD má právo odmítnout poskytnutí svých služeb z odborných a kapacitních důvodů nebo z důvodů, které odporují jejímu svědomí.
9. Dula ČAD nesmí žádným způsobem zneužít ve vztahu ke klientce a její rodině jejich důvěru. Se všemi informacemi ohledně zdravotního, psychického či sociálního stavu klientky a její rodiny nakládá jako s důvěrnými a soukromými, vyjma situací, kdy si vyžádá písemný souhlas klientky k použití přesně vymezených údajů ke konkrétnímu účelu.
10. Dula ČAD se prokazuje kartičkou vydanou výborem ČAD. Seznam dul ČAD je uveden na stránkách www.duly.cz.
11. Dula ČAD si vede záznamy o setkáních s klientkou a doprovázených porodech. Od klientky si získává zpětnou vazbu o její spokojenosti s poskytnutými službami (např. formou písemného dotazníku vlastnoručně vyplněného klientkou).
12. Dula ČAD se pravidelně vzdělává, udržuje či zvyšuje úroveň svých znalostí, schopností a dovedností pro výkon práce duly. Pravidelně by se měla účastnit setkání organizovaných ČAD, konzultovat s kolegyněmi složitější případy a pravidelně procházet supervizí. Frekvenci doporučených setkání, konzultací a supervizí určuje a doporučuje ČAD.
13. Etická a odborná komise ČAD má právo a povinnost vyjadřovat se k problémům souvisejícím s odbornou a etickou úrovní poskytování služeb duly a k dodržování tohoto etického kodexu. Komise může porušování odborných a etických pravidel řešit pohovorem s příslušnou duloou, případně odebráním či pozdržením platnosti certifikace duly, podmínečným vyloučením z

⁴⁵ Jedná se o doslovnou citaci z dokumentu *Etický kodex České asociace dul (ČAD)*, který je dostupný z adresy http://www.duly.eu/?page_id=128 [cit. 28. 3. 2014].

ČAD nebo může uložit dule povinnost pracovat po stanovenou dobu pod supervizí konzultantky.

14. Vzájemné vztahy mezi dulemi ČAD stojí na kolegiálním, čestném a korektním jednání. Dula ČAD za všech okolností jedná poctivě, s respektem vůči svým klientkám a jejich rodinám i k ostatním dulem a dalším profesionálům, s nimiž při své práci přichází do kontaktu.
15. Povinností dule ČAD je dodržovat tento etický kodex. Dále má povinnost hájit svou profesionální i lidskou čest, dodržovat zákony ČR, respektovat obecně uznávané morální, etické a společenské normy a bránit poškození dobrého jména a pověsti členů České asociace dul.

(*)

Dula ČAD je buď certifikovaná dula ČAD (která získala Osvědčení), dula absolventka (která ukončila prezenční část kurzu) a dula studentka (která se právě účastní kurzu) nebo absolventka vzdělávacího programu pro dule pořádaného organizací, jejíž certifikát ČAD uznává, a je zároveň členkou ČAD. Povinnost dodržovat etický kodex ČAD mají rovněž všechny dule, které se aktuálně účastní základního kurzu pro dule ČAD, a to i v případě, že nejsou členkami ČAD.

Příloha D: Etický kodex Českých dul

Etický kodex sdružení České duly⁴⁶

1. Sdružení České duly chápe profesi duly jako profesionála v oblasti pomáhající profese, jehož hlavní kompetencí je pomáhat a provázet ženu na její individuální cestě k vlastnímu porodu v takové míře, na kterou je žena sama připravená. Česká dula poskytuje především emocionální, psychickou, fyzickou podporu, předává zkušenosti a potřebné informace ženě a její rodině. Dula sdružení České duly doprovází ženu k takovému porodu, jaký si žena sama vybere a způsobem, na jakém se společně dohodnou, je s klientkou v dobrém kontaktu a provází klientku celým předporodním, porodním a poporodním procesem v míře stanovené vzájemným kontraktem. Pokud dula sdružení České duly působí na úrovni osvěty, vzdělání či politiky, odděluje tuto práci od přímé práce s klienty.
2. Česká dula je připravena klientku doprovázet jak při porodu v nemocnici, tak v porodním domě nebo při porodu doma. Při porodech doma doprovází klientku jen tehdy, pokud je žena současně také v péči porodní asistentky.
3. Česká dula neposkytuje zdravotnické služby a nepřebírá žádnou zodpovědnost za zdravotní stránku porodu, nezasahuje do kompetencí lékařů, porodních asistentek ani dalšího zdravotního personálu. Česká dula nezasahuje do oblastí, které nejsou v její kompetenci, má dobrý přehled o hranicích své profese a plně je respektuje. Česká dula má kontakty na odborníky z oblastí pomáhajících profesí, kteří mohou ženu podpořit či ji pomoci v případě, že její potřeby nespadají do kompetencí duly Českých dul.
4. Česká dula klienta informuje pravdivě a přesně o své profesní kvalifikaci a na požádání svou kvalifikaci doloží příslušnými doklady.
5. Česká dula je plně odpovědná za úkony, rady a doporučení, které v rámci své profese poskytuje. Ctí rámec dohodnutého kontraktu a přijme jen takovou zakázku, která odpovídá úrovni jejích zkušeností a znalostí vzhledem k potřebám klientky.
6. Česká dula plně respektuje lidská práva, lidskou důstojnost i svobodu volby klientky. Plně respektuje odpovědnost klientky za svá rozhodnutí i za jejich případnou změnu. Dula své služby poskytuje vždy s akceptací individuálních hodnot, postojů a přání každého jedince. Klientku provází bez ohledu na národnost, sociální postavení klientky či členů její rodiny. Česká dula jedná v souladu s platným právem a nepodporuje, nepřispívá a nenapomáhá vědomě jednání, jež je nepoctivé, nezákonné, neprofesionální nebo diskriminační.
7. Česká dula má právo odmítnout poskytnutí svých služeb z odborných a kapacitních důvodů nebo z důvodů, které odporují jejímu svědomí.
8. Česká dula zachovává během spolupráce s klientkou i po jejím skončení mlčenlivost ohledně informací, které se v průběhu spolupráce dozvěděla. Během své práce dbá na důvěrné a bezpečné zacházení se všemi záznamy a daty v souladu s platnou legislativou. Získané informace zveřejňuje jen tehdy, je-li tak jasně domluvena s klientem a v takové podobě,

⁴⁶ Jedná se o doslovnou citaci z dokumentu *Etický kodex Českých dul*, který je dostupný na adrese <http://www.mojedula.cz/files/eticky-kodex-sdruzeni-ceske-duly.pdf> [cit. 28. 3. 2014].

kteřou klient písemně odsouhlasil. Česká dula zachovává mlčenlivost také ohledně informací, které se dozvěděla v průběhu supervize, intervize či vzdělávacích aktivit o jiných kolegyních, s výjimkou bodu 11.

9. Česká dula má povinnost se průběžně vzdělávat v souladu s Akreditačním řádem sdružení České duly a prochází pravidelnou supervizí. Důležitou kompetencí České duly je umět pečovat sama o sebe a svoje znalosti používat k tomu, aby se dobře rozvíjela jako profesionál v oblasti pomáhající profese. Duly sdružení České duly prochází 3,5 letým výcvikem, který sestává ze sebezkušenostní části, výukové části a supervidované praxe.
10. Etická komise sdružení České duly má právo a povinnost vyjadřovat se k problémům souvisejícím s odbornou a etickou úrovní poskytování služeb duly a k dodržování tohoto etického kodexu. Komise může porušování odborných a etických pravidel řešit pohovorem s příslušnou doulou, případně odebráním či pozdržením platnosti certifikace duly, podmíněným vyloučením ze sdružení České duly nebo může uložit dule povinnost pracovat po stanovenou dobu pod supervizí konzultantky.
11. Vzájemné vztahy mezi dulami sdružení staví na kolegiálním, čestném a společensky korektním jednání. Pokud je členka sdružení České duly přesvědčena, že kolegyně jedná neetickým způsobem, konfrontuje jí s tímto faktem. Při neúspěšném řešení se zavazuje informovat etickou komisi Českých dul.
12. Povinností České duly je dodržovat tento etický kodex. Dále má povinnost hájit svou profesionální a lidskou čest, dodržovat zákony ČR, respektovat obecně uznávané morální, etické a společenské normy a bránit poškození dobrého jména a pověsti členů sdružení České duly.

Česká dula je buď certifikovaná Česká dula, dula absolvent, a dula ve výcviku (kteřá se právě účastní výcviku sdružení České duly) nebo absolventka vzdělávacího programu pro duly pořádaného organizací, jejíž certifikát sdružení České duly uznává, a je zároveň členkou sdružení České duly. Povinnost dodržovat etický kodex mají všechny duly účastníci se aktuálně výcviku sdružení České duly a to i v případě, že nejsou členkami sdružení.

Příloha E: Scénář A – Témata a otázky k polostrukturovaným rozhovorům s *dulami*

Úvodní představení výzkumu:

Snažím se zjistit, jaké je to být ženou dulou a co tato služba či práce obnáší. Můj výzkum je zaměřen na roli či úlohu doprovázejících osob, tedy dul. Je zcela anonymní, nikde nebude uvedeno Vaše jméno, místo ani přesný čas, kdy byl rozhovor prováděn.

Základní údaje:

Vzdělání (původní zaměstnání či profese):

Počet dětí:

Druh certifikace dul:

Délka praxe dul:

ČAD či ČD:

Témata o otázky:

Obecně k doprovázejícím osobám - *dulám*

- Jak byste popsala činnost či službu žen dul (co vše zahrnuje Vaše práce)?
- Co Vás vedlo k tomu stát se doprovázející osobou, tedy dulou (zkušenost s vlastním porodem)?
- Čemu se nejvíce věnujete → doprovodu u porodů, laktačnímu poradenství, jinému typu poradenství aj?
- Co máte nejraději na této práci či službě, a naopak co nejméně?
- Jaká by podle Vás měla být dobrá či „ideální“ dula?

Zkušenost vlastního porodu

- Jaký jste měla porod či porody (alternativní porody aj.)?
- Byla u Vašeho porodu či porodů dula, matka, kamarádka či manžel?
- Mohla by podle Vás plnit úlohu duly u porodu Vaše kamarádka, matka anebo manžel?
- Myslíte si, že je důležitá pro tuto službu či práci zkušenost vlastního porodu?
- Jak podle Vás vypadá dobrý a zdravý porod?

Služba dul a rodiče

- Jak Vás obvykle rodiče vyhledávají, skrze ČAD či ČD, nebo skrze přátele aj.?
- Vyhledávají Vás spíše ženy, které již mají dítě či děti anebo prvorodičky?

- Mají tyto rodičky jasnou představu o průběhu porodu popřípadě již mají jasnou vizi o porodním plánu anebo jej s nimi tvoříte?
- Jakou mají rodiče představu o budoucím průběhu jejich porodu → upřednostňují alternativní cesty porodu (přirozený porod bez medikamentů anebo domácí porod)?

Doprovázení rodiček při porodu

- Máte zkušenost s tím doprovázet nějaké ženy při porodu?
- Jak byste popsala vaši pozici během porodu?
- Jak pomáháte rodící mamince?
- Užíváte nějaké specifické techniky – alternativní uvolnění bolesti, alternativní porody, masáže, specifické střídání poloh, asociace aj.?
- Maté zkušenost i s otcem u porodu?
- Věnujete se mu (otci) také nějakým způsobem?
- Jak se k Vám chovají pracovníci v porodnicích – porodní asistentky, zdravotní sestry či porodníci?
- Jak se dle Vás odlišuje přístup zdravotního personálu a dul k rodičkám.

Kdyby respondentky řekly, že prozatím zkušenost s doprovodem u porodu nemají, tak ať se pokusí odpovědět podle toho, co si myslí nebo jak to cítí.

- *Jakou pozici podle Vás má zaujímat dula během doprovázení u porodu?*
- *Má dle Vás dula užívat nějaké alternativní techniky či pomáhat s rozhodováním rodiče?*
- *Jak se dle Vás odlišuje přístup zdravotního personálu a dul k rodičkám.*

Sdružení (kolektiv) žen dul

- Jak byste popsala kolektiv Vašich dul, scházíte se pravidelně, řešíte společně nějaké Vaše zkušenosti?
- Cítíte se někdy pracovníčně přetížená?
- Je nějaká věc, kterou byste chtěla změnit v současné české porodní praxi?

Příloha F: Scénář B – Témata a otázky k polostrukturovaným rozhovorům s klienty dul

Úvodní představení výzkumu:

Snažím se zjistit, jakou mají maminky i tatínkové zkušenost s doprovázející osobou, tedy s dulou. Můj výzkum je zaměřen na roli či úlohu doprovázejících osob, která úzce souvisí s jejich vnímáním právě rodiči využívajících těchto služeb. Je zcela anonymní, nikde nebude uvedeno Vaše jméno, místo ani přesný čas, kdy byl rozhovor prováděn.

Základní údaje:

Vzdělání (zaměstnání či profese):

Počet dětí:

Témata o otázky:

Obecné otázky týkající se informovanosti a role dul

- Jak jste se dozvěděla o možnosti využití takovéto služby (prostřednictvím ČAD/ČD či kontaktem od přátel aj.)?
- Využila jste jednu nebo více dul (popřípadě změnila jste dula)?
- Jaké služby jste od dul využila (laktační poradenství, doprovod u porodu, předporodní či poporodní schůzky)?
- Jednalo se o Vaše první těhotenství anebo jste již měla vlastní zkušenost s porodem?
- Co Vás vedlo k tomu využít těchto specifických služeb dul?
- Je pro Vás důležité, že dula má vlastní zkušenost s porodem a výchovou dětí?
- Myslíte si, že může žena, která nemá vlastní děti zastávat úlohu duly?

Zkušenost porodu

(memos – odlišovat první, druhý aj. porod – vícerodička by mohla srovnat porody a porodní péči i s ohledem na využití služby dul)

- Volala jste Vaší dule, aby dorazila za Vámi do porodnice anebo domů?
- Rodila jste v porodnici?
- Měla jste vytvořený porodní plán?
- Jaký byl průběh první a druhé doby porodní, tzv. zažila jste klasické procedury jako je předporodní příprava (holení, klystýr) anebo jste zažila císařský řez?
- Uvažovala jste o jejich odmítnutí (**radila jste se s dulou o případném odmítnutí**)?
- Využila jste nějaké techniky uvolnění bolesti – medikamenty, specifické polohy aj. (**jestliže měla dula, pak jistě využívala určité specifické procedury - jaké**)?

- Kdo byl u porodu přítomen – otec dítěte, maminka, kamarádka či **dula**?
- Kdo porod vedl - porodní asistentka či porodník?
- Co pro Vás znamenal doprovod u porodu (kamarádka, otec, dula) **a jak jste vnímala či jak jste se cítila s doulou po svém boku na porodním sále?**
- V čem Vám pomohla?
- Myslíte si, že by mohla dulu nahradit vaše kamarádka, maminka anebo dokonce otec dítěte?
- Mohla byste se pokusit odlišit přístup personálu nemocnice (porodních asistentek, porodníků) a doprovázející duly k Vám během porodu?

Další služby dul

- Využila jste i jiné služby dul jako je laktační poradenství, vázání šátků, plenek anebo nějaký specifický druh poradenství (poporodní schůzky – koupání atd.)?
- Jste s Vaší doulou stále v kontaktu?
- Vyhledala byste opět její služby?
- Myslíte si, že by každá těhotná ženy či maminka měla mít povědomí anebo možnost využít takovýchto specifických služeb?