

PORODNÍ PÉČE A ZKUŠENOSTI ČESKÝCH ŽEN: KVALITATIVNÍ STUDIE / ĚMA HREŠANOVÁ

Birth Care and the Experience of Czech Women: a Qualitative Study

Abstract: Focusing on Czech birth care, this article examines the birth experience of 40 women who gave birth in different maternity hospitals during the past seven years. It investigates how these women approached birth care and what ideas they had about it. The article builds on semi-structured and narrative interviews with postpartum women, which were conducted within two different research projects. The interviewees differed in many aspects and especially in their general approach to childbirth issues and their interest in the subject. Several key issues emerged out of the thematic analysis of interviews: fear of childbirth, birth care evaluations, priorities and demands, and strategies of their enforcement. These issues are part of a wider concept of birth care, and five different conceptions of birth care were identified in the women's birth narratives. They reflect different attitudes to the medicalization of birth care, different levels of knowledge and interest in childbirth issues, and different perceptions of their own position in the context of care provision.

Keywords: childbirth, birth care, Czech women

Výzkumy zabývající se zkušenostmi rodiček s porodní péčí mají důležitý politický přesah. Ten se odvíjí od samotného faktu, že reprodukce je „vtisknuta“ do ženských těl, v nichž dochází k jejímu dovršení. Vše, co souvisí s reprodukcí, včetně porodu, má proto klíčový význam pro ženská práva (Wolliver 2002: 23). Přesto je v českém kontextu pouze zanedbatelný počet sociálněvědních studií, jež se věnují porodní péči a reflektují její význam pro feministickou teorii i praxi.

Publikované statě se většinou zabývají buď celkovou organizací porodní péče (např. Hašková 2000, 2001, Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008), organizačním kontextem porodnic (Hrešanová 2008), profesí porodních asistentek a jejich klíčovou rolí při poskytování porodní péče (Hrešanová 2004, 2007), zkušeností těhotenství ve vztahu k prenatalním vyšetřením (Hasmanová Marhánková 2009), anebo se zaměřují na těhotenství a porod jako témat, která umožňují kritickou rekonceptualizaci feministických argumentů vztahujících se k tělu, tělesnosti, medicíně a genderovým vztahům (Hasmanová Marhánková 2008). Nebo nabízejí rozumějící vhléd do proměňujících se konfigurací genderových vztahů v rodině jako studie Ivy Šmídové (2008), která klade důraz na otcovské prožívání porodní zkušenosti. Až na výzkumnou zprávu H. Haškové z roku 2000 však v českých klíčových sociálněvědních časopisech nenajdeme ani jeden text, který by podrobněji rozebíral perspektivu českých rodiček a jejich zkušenosti s porodní péčí. Přitom sociálněvědní výzkumy týkající se porodu a porodnictví jsou důležité i pro samotné ženy, které se chystají k porodu. Nejenže jim pomáhají zorientovat se v daném porodním systému, ale jsou přínosné i z hlediska reflexe vlastní porodní a poporodní zkušenosti (viz např. Pollock 1999). Stejně tak podstatné jsou i pro nejrozličnější poskytovatele porodní péče, kteří touží znát představy své klientely.

Tento text nabízí analýzu porodních zkušeností několika českých žen. Je psán ve snaze ukázat, co samy ženy považují v porodní péči za důležité, jaké jsou jejich konkrétní

představy o této péči a co ve vztahu k ní požadují. To vymezují jednak proti tomu, co se jim říká, že mají chtít, a jednak proti tomu, co jiní lidé o rodičkách říkají, že chtějí, ať už jde o jejich partnery, příbuzné či kamarádky, lékaře, porodní asistentky, nejrozličnější organizace anebo knihy a masmédia. Přitom mi nejde o to doložit, kolik žen má jaké požadavky, alespoň nikoliv ve smyslu, v jakém to dovolují velká dotazníková šetření. V předkládaném textu sleduji odlišnou linii. Na základě hloubkových polostrukturovaných a narativních rozhovorů se čtyřmi desítkami žen ukazují, s jakými koncepcemi porodní péče různé skupiny žen pracují a co ve vztahu k nabízeným porodním službám chtějí. Soustředím se především na ty aspekty porodní zkušenosti, které mají potenciál osvětlit různé přístupy žen k porodní péči. Tážu se, jaká témata a aspekty vystupují ve výpovědích mých informátorek jako důležité a proč. Neaspiruji sice na komplexní zmapování potřeb a představ všech žen ve vztahu k porodu a porodnictví, ale v souladu s praxí kvalitativního výzkumu očekávám, že předložené koncepty a pojetí, jež jsou výsledkem mé analýzy, budou příznačné i pro jiné skupiny žen a mohou případně posloužit k dalším šetřením porodních zkušeností žen v ČR.

Předkládaná studie je součástí širšího výzkumného záměru, v jehož rámci se zajímám o to, jak české ženy pojmají samy sebe ve vztahu ke zdravotnickým institucím a dalším expertům v porodnictví v kontextu rozvíjející se občanské společnosti.¹ Dá se totiž očekávat, že porodní zkušenosti a subjektivita současných rodiček stejně jako způsob, jakým nahlíží na práva a povinnosti ve vztahu k mateřské a porodní péči, se výrazně odlišuje od zkušeností jejich matek, které si nemohly svobodně vybrat poskytovatele porodní péče, ani se nemohly organizovat v nevládních a neziskových organizacích a jejich prostřednictvím usilovat o případné změny.

O změnu nejde jen různým neziskovým a nevládním organizacím či profesním uskupením, ale i mně. Je na místě přiznat, že můj projekt, z něhož tento text vychází, má také

politické ambice. Jeho prostřednictvím chci přispět k pozitivní změně českého porodnictví tak, aby bylo schopno uspokojit různé potřeby žen s odlišnými možnostmi. Takovému cíli kvalitativní výzkum obzvláště vyhovuje. Jak poznamenal Norman Denzin a Yvonne Lincoln (2005), kvalitativní výzkum má obrovský potenciál podpořit rozvoj demokratické společnosti a pomoci prosazovat sociální spravedlnost (Denzin, Lincoln 2005: 2–3). Porodní narrativa, která jsem slyšela nejen v průběhu výzkumu, ale i od svých kamarádek a známých, ukazují, že v českém porodnictví jsou potřeby i možnosti některých žen stále ignorovány. To s sebou nese vážné důsledky pro jejich fyzické i psychické zdraví, zdraví jejich dětí, stejně jako pro jejich rodinný život. Právě proto, že porod představuje tak významný milník v životech mnoha žen, je podle mého názoru potřeba usilovně podporovat pozici rodiček v českém porodnictví. Podpora žen v jejich „nejtěžší hodině“ je totiž podle mého názoru klíčovou součástí feministické agendy.

V následujícím textu nejprve představuji výzkumnou metodologii, která zásadně určovala, co jsem se mohla dozvědět o zkušenostech s porodní péčí. V samostatné sekci podávám charakteristiku konverzačních partnerek, jejichž zkušenosti zde představuji. Diskusi o klíčových tématech předchází část, v níž popisuji obecný zájem a přístup žen k porodní problematice. Ta celé debatě poskytuje širší kontext. Následuje sekce o strachu z porodu, který v rozhovorech vystupoval jako nejvýraznější téma. Popisy zkušeností s porodní péčí také významně prolínalo hodnocení poskytnuté péče, kterému se věnuji vzápětí. To odráží představy žen o porodní péči, ale i to, nakolik byly naplněny jejich potřeby. Prioritám a požadavkům na porodní péči i způsobům, jakými se je dotýčné snažily prosadit, se věnuji v další části. Jak hodnocení, tak diskuse o požadavcích a prioritách celkově zrcadlí různé způsoby, jakými ženy pojímalý porodní péči. Na základě analýzy jsem ve výpovědích žen rozeznala několik takových koncepcí. Ty shrnuje poslední část.

Metodologie

Tento text propojuje poznatky dvou odlišných a na sebe navzájem navazujících výzkumných projektů. Prvním z nich je etnografický výzkum dvou porodnic, které jsem ve svém výzkumu označila pseudonymy Javov a Konžany. Obě porodnice se nacházejí v menších městech podobné velikosti. V rámci tohoto výzkumu jsem studovala organizační kultury těchto zařízení. Výsledná studie (Hřešánová 2008) se primárně soustředila na hledisko personálu, především porodních asistentek a porodníků, a perspektivě rodiček se tak příliš nevěnovala.

Ve zkoumaných porodnicích jsem od června 2004 do listopadu 2007 provedla také polostrukturované rozhovory s třiceti dvěma ženami po porodu, které mi pomohly vytvořit si ucelenou představu o tamní porodní péči. Jejich dodatečnou analýzu zde předkládám. Po získání informovaného souhlasu jsem ženy požádala, aby mi vyprávěly o své porodní zkušenosti a o průběhu svého pobytu v porodnici. Následovaly upřesňující otázky, které se také vztahovaly

k průběhu těhotenství, zkušenostem a postojům žen k prenatální a porodní péči a volbě dané porodnice.² Protože se tyto rozhovory odehrávaly v porodnici, bývaly často přerušovány nebo ukončeny návštěvami rodinných příslušníků či nemocničním personálem, především kvůli nemocničním procedurám. To pochopitelně výrazně ovlivňovalo vyprávění žen. Rozhovory s ohledem na tyto skutečnosti trvaly různě dlouho, od půl až po dvě hodiny.

V návaznosti na etnografický výzkum porodnic jsem se v rámci druhého výzkumného projektu rozhodla hlouběji zaměřit na perspektivu a zkušenosti vysokoškolsky vzdělaných žen, které se v prvním výzkumném vzorku vyskytovaly ojediněle. Přitom však v uvažování oslovených porodníků a porodních asistentek hrálo vysokoškolské vzdělání rodiček důležitou roli, neboť představovalo významný znak žen s odlišnými požadavky na porodní péči.

Požadavek vysokoškolského vzdělání ideálně splňovaly mé kamarádky a známé, z nichž velká část porodila v době výzkumu své první dítě. Prostřednictvím techniky „sněhové koule“ jsem oslovila i další informatorky z řad jejich známých a v průběhu července a srpna 2010 jsem s nimi provedla celkem osm narativních rozhovorů. Ty se mi zdály být jako nejvhodnější nástroj k odhalení klíčových aspektů porodní zkušenosti a především k uchopení subjektivity rodiček.

V tomto ohledu pro mě byla významnou inspirací kniha *Telling birth stories* Delly Pollock (1999), v níž autorka zkoumá, jak ženy prostřednictvím narace vytvářejí samy sebe (ibid: 7). Podle Pollock (1999: 25) jsou porodní narrativa instinktivně vztahová, konstituují „emoční síť sociálních vztahů“ a mohou tak podle ní významně obohatit perspektivu pracující s konceptem *intimního občanství* („intimate citizenship“). S ním pracuji v probíhajícímu projektu i já, neboť jednak dobře slouží mým snahám odhalit, jaké postoje ženy zaujímají k poskytovatelům porodní péče, a dále podněcuje k přemýšlení o způsobech, jakými ženy přemýšlejí o svých právech v souvislosti s porodem a jak se je pak snaží prosazovat.

V rámci druhého projektu jsem po získání informovaného souhlasu ženy vyzvala, aby mi vyprávěly o svém porodu a především o zkušenostech s porodní péčí. Snažila jsem se přitom zasahovat do proudu jejich vyprávění co nejméně. Rozhovory měly délku až dvě a půl hodiny. Z nich dva trvaly pouze 40 minut, což souviselo s omezenými časovými možnostmi dotýčných. Pět z provedených rozhovorů probíhalo v domácnosti informatorky, jeden v kavárně a parku, další dva v kanceláři naší společné známé. Oproti rozhovorům provedeným v porodnici se tyto výpovědi vyznačovaly obecně větší reflexivitou, což jistě souviselo nejen s prostředím, v němž se uskutečnily, se zvolenou metodou narativního rozhovoru, ale zřejmě i s časovým odstupem, který ženám umožnil danou událost dostatečně zpracovat. Žena s nejčerstvější porodní zkušeností byla v době konání rozhovoru na konci šestinedělí, naopak nejdéle od porodu měla má blízká kamarádka, jež porodila patnáct měsíců před konáním rozhovoru. Větší reflexivita porodní zkušenosti mohla souviset také s obecně vyšším formálním vzděláním těchto žen.

Vzhledem k tomu, že mým hlavním cílem bylo identifikovat klíčové aspekty zkušeností žen a jejich představ o porodní péči, analyzovala jsem nejen polostrukturované, ale i narativní rozhovory prostřednictvím tematické analýzy, která je vhodnou technikou k odhalení dominantních témat v kvalitativních datech (Ezzy 2002: 86–88). K usnadnění analýzy získaných výpovědí a její větší přehlednosti jsem využívala softwaru Atlas.ti.

Charakteristika konverzačních partnerek

Z třiceti dvou žen, s nimiž jsem v porodnicích hovořila, rodila celá polovina z nich podruhé, 12 poprvé a čtyři z informaterek potřetí. Jejich věk se pohyboval od 18 až do 36 let, přičemž většině z nich bylo kolem 30 let. Mezi ženami převažovaly středoškolačky, které často vykonávaly dělnická zaměstnání. Mezi mými informatorkami nicméně bylo i několik žen, které měly dokončenou vysokou školu. Naprostá většina žen pocházela z okolí měst, v nichž se porodnice nacházely. Se ženami, které měly specifické požadavky na porodní péči, kvůli kterým se vydaly do porodnice z větší vzdálenosti, jsem hovořila pouze v několika případech. Tyto ženy představovaly podle porodních asistentek i záznamů v porodních knihách početně významnou část klientely obou porodnic (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008, viz také Hrešanová 2008: 50–55, 178–180).

Všechny informatorky v druhém projektu byly prvoroďičky až na jednu ženu, která již rodila podruhé. Většina z nich měla také dokončené vysokoškolské vzdělání. Z osmi pouze dvě informatorky nepokračovaly po dokončení střední školy s maturitou ve vysokoškolském studiu. Jedna informatorka stále ještě vysokou školu studovala. Věk žen se pohyboval od 25 do 34 let, přičemž polovině z nich bylo 31 let. Ženy rodily ve čtyřech různých porodnicích. Z toho šest z nich rodilo ve stejné fakultní porodnici. Porodní péče, o níž mi ženy vyprávěly, se do velké míry odvíjela od konkrétního fyzického průběhu porodu. Pět z těchto osmi žen porodilo vaginálně s různou mírou lékařských intervencí. Zbývajícím třem ženám byl porod ukončen operativně, přičemž u dvou žen byl císařský řez naplánován.

Zájem o porodní problematiku a přístup k ní

Všech osm žen, s nimiž jsem hovořila v rámci druhého projektu, vykazovalo značně aktivní přístup k porodu, přičemž jejich postoj *nebyl* kritériem, kvůli kterému jsem je požádala o účast ve výzkumu. Oproti tomu většina žen, s nimiž jsem hovořila v porodnicích, neměla nějaký zvláštní zájem o otázky porodu a obvykle nijak neproblematizovala péči, která jim byla poskytována. Kritických k porodní péči bylo v této skupině jen několik žen. I mezi nimi jsem nicméně pozorovala rozdíly v jejich porodních zkušenostech a přístupech k porodní péči, které sledovaly linii rozdílného vzdělání a socioekonomického statusu.

To koresponduje se závěry studií z jiných zemí (například Zadoroznyj 1999, Liamputtong 2005, Martin 1990, Nelson 1982, Lazarus 1994). Ženy s vyšším vzděláním

měly v těchto studiích obvykle mnohem specifičtější očekávání a požadavky na porodní péči a byly také více informované o možných porodních alternativách a širší dostupných služeb v různých porodnicích. Tyto ženy prokazovaly obecně aktivnější přístup k otázkám porodu a poskytovatelům porodní péče než ženy s nižším socioekonomickým statusem, což odpovídá i hledisku porodních asistentek (viz Hrešanová 2008). I informatorky s vyšším vzděláním, které tvrdily, že se o porod nijak zvlášť nezajímal, uváděly alespoň nějaké aktivity vztahující se k porodu, jako například čtení, návštěvu předporodních kurzů či těhotenského cvičení apod. Naopak ženy s dělnickými zaměstnáními žádné takové aktivity nevykazovaly a celkově měly tendenci o porodu hovořit v mnohem pasivnějších termínech. Často zdůrazňovaly roli porodníků a o porodu hovořily spíše jako o něčem, co na nich bylo vykonáno, než o něčem, co samy dokázaly.

I jiné studie z odlišných kulturních kontextů, například autorky P. Liamputtong (2005) v Thajsku nebo M. Zadoroznyj (1999) v Austrálii, ukazují, že středostavovské ženy mají mnohem aktivnější přístup k porodu než ženy z dělnické třídy. Stejně tak velmi mladé ženy (v mém výzkumu například paní Bílá, které bylo osmnáct, nebo paní Růžičková, které bylo dvacet let)³ se zdály zaujímat mnohem pasivnější přístup k porodu než ženy starší. I tyto ženy hovořily o porodu spíše jako o něčem, co se jim a jejich tělům děje, než jako o vlastní aktivitě.

Ženy z prvního výzkumu, které bydlely v okolí porodnic a pracovaly v místních továrnách, byly jako zvláštní kategorie klientely rozlišovány i personálem porodnic. Porodní asistentky a porodníci je nazývaly „vesnické mamky“ nebo „ty naše maminky“ s odkazem na jejich bydliště v okolí. Podle personálu porodnic bylo pro tyto ženy charakteristické právě to, že nevykazovaly zvláštní zájem o otázky porodu a spíše očekávaly radu. Zde je na místě poznamenat, že porodní asistentky i porodníci rozeznávali i další specifické kategorie rodiček. Všimli si přitom především toho, nakolik se ženy o porodní záležitosti zajímají a do jaké míry jsou kritické k lékařským intervencím (více viz Hrešanová 2008: 50–57).

Rozhovor s paní Černou mě upozornil i na další odlišnosti mezi vysokoškolsky vzdělanými ženami a ženami vykonávajícími dělnická zaměstnání v jejich přístupu k porodu. Hlavní rozdíl se zdál spočívat v tom, jaké zdroje obě skupiny převážně užívaly. Ženy, jež pracovaly jako dělnice v okolních vesnicích, většinou nechodily na předporodní kurzy, neužívaly ani internet jako zdroj informací, zřídka také čerpaly z populárních magazínů pro ženy (například těch, které se věnují problematice mateřství) nebo specializovaných knih o mateřství a péči o dítě. Na základě provedených rozhovorů se domnívám, že informace o porodní péči a dostupných možnostech většinou čerpaly jedna od druhé a že jejich hlavním zdrojem informací byly diskuse s ostatními ženami, jež měly porodní zkušenosti. Například paní Zlatá se teprve od jiné ženy přímo v porodnici dozvěděla, jaké vy-

bavení má daná porodnice k dispozici. Jak podotkla, porodní asistentky, které o ni pečovaly během porodu, ji o takových možnostech neinformovaly.⁴

Paní Černá také zdůrazňovala důležitost vlastní zkušenosti s porodní péčí. Řekla mi: „Pokud jste v nemocnici potřetí, tak si všechno nenecháte líbit a taky už víc víte.“ V tomto jejím důrazu vidím důležitost „zkušenostního“ vědění, které může hrát stejně významnou úlohu i u jiných žen z podobného zázemí. Navíc tento úryvek také naznačuje, že i v českém kontextu může platit zjištění Marie Zadoroznyj (1999) z Austrálie, podle něhož ženy z dělnické třídy mají „aktivnější“ přístup až po druhém či třetím porodu.

Během rozhovorů se ženami v porodnici jsem se také ptala, proč se rozhodly родit právě v dané porodnici. Odpovědi některých z nich se mi zdály symptomatické pro jejich přístup k porodní tematice. Ženy, které by porodní asistentky ve zkoumaných porodnicích pravděpodobně označily za „vesnické maminky“, mi obvykle řekly, že o výběru porodnice nijak zvlášť nepřemýšlely. Obvykle uváděly dva důvody, proč do dané porodnice šly: jednak proto, že to bylo nejbližší, a dále proto, že prý slyšely, že je to dobrá porodnice, takže neměly žádný důvod jít jinam. V porodnicích jsem ale hovořila i se třemi ženami, které dlouho rozmýšlely, kde porodí. Předem navštívily několik porodnic a porovnávaly prostředí i péči, které tato zařízení nabízela. Podobně si i ženy v druhém projektu aktivně vybíraly porodnice podle různých hledisek, která reflektovala jejich priority a pojetí péče. Z nich pouze Gabriela nijak zvlášť nepřemýšlela o tom, kde bude родit.

Strach z porodu

Nejvýraznější téma ve všech rozhovorech představoval strach z porodu, který bylo možné na základě rozhovorů rozlišit na dva hlavní typy. Jednak se ženy bály bolesti a toho, co se s nimi v porodnici bude dít, jednak se strchovaly o své děti a jejich zdraví. To odpovídá i výsledkům kvantitativního šetření z roku 2000, podle kterého patřily obavy o zdraví dítěte vedle bolestivých kontrakcí k nejhorším zážitkům z porodu (Hašková 2000: 14). Podle některých informátorek z prvního výzkumu je strach z bolesti a strach z neznáma typický především pro mladé ženy, které toho o porodu příliš nevědí a nezajímají se o něj, zatímco strach týkající se zdraví sdílely spíše starší ženy. Tomu však odporují výpovědi informátorek z druhého projektu. Mnoho z těchto žen, prvorodiček kolem třiceti let věku, vyjadřovalo strach z toho, že neví, co přesně je v porodnici čeká, přestože o porodní péči byly celkově mnohem lépe informované než ženy z prvního výzkumného souboru. Nejvýraznějším zdrojem obav u druhé výzkumné skupiny byla samotná poskytovaná péče a přístup personálu. Paní Zelená v tomto ohledu poukazuje na důležitost porodní zkušenosti a popisuje, že při svém druhém porodu se o své dítě opravdu velmi bála, zatímco při prvním ji ani nenapadlo, že by se mohlo přihodit něco zlého.

V tomto ohledu je nutné poukázat na to, že starší ženy jsou obvykle vystaveny většímu množství lékařských tes-

tů a vyšetření. Například paní Hnědé bylo třicet šest let, když porodila své druhé dítě, a pověděla mi, že všechny ty možné rutinní testy a genetické screeniny, které absolvovala, ji nutily o zdraví jejího nenarozeného dítěte přemýšlet mnohem více než při prvním porodu, v důsledku čehož se o jeho zdraví také více strchovala. I mnohé další studie (např. Hasmanová Marhánková 2008 pro český kontext, Passveer, Akrich 2001, Donnovan 2006, Johanson et al. 2002) ukázaly, že lékařské technologie mají stále významnější vliv na to, jak jsou těhotenství i porod v dnešní době prožívány. Lékařské zásahy i vyšetření se stále více stávají jakýmsi opěrnými body, které zvnějšíšku odděleně od samotných těhotných těl vytvářejí platnou trajektorii těhotenství. Subjektivní prožívání těhotenství stejně jako víra těhotné ženy v to, co ne/dokáže její tělo, jsou pak těmito body čím dál tím výrazněji formovány.

Hodnocení porodní péče

Ženy při popisu svých zkušeností spontánně hodnotily porodní péči. Mezi oběma výzkumnými skupinami však v tomto ohledu existoval značný rozdíl. V případě prvního projektu byla většina žen se službami ve zkoumaných porodnicích velmi spokojena. Do tohoto hodnocení se však jistě mohlo promítat i to, že rozhovory probíhaly přímo v prostoru porodnic a byly polostrukturovaného charakteru. Naopak narativní interview, která probíhala v prostředí, v němž se informatorky cítily pohodlně, nabízela konverzačním partnerkám větší prostor k rozboru a hodnocení porodní péče. Ženy v druhé skupině hodnotily poskytnutou porodní a zejména poporodní péči výrazně kritičtěji, z osmi žen pouze dvě (Gabriela a Hana) situaci v porodnici neproblematizovaly. I přes významné odlišnosti v metodologiích, které mohly zabránit tomu, abych se v prostředí porodnic dozvěděla více o záporech poskytnuté péče, se přesto domnívám, že porodní příběhy druhé skupiny žen odhalují významné nedostatky porodní péče, které se ve zkoumaných porodnicích nevyskytovaly. Pět žen z druhé skupiny vyjadřovalo při popisu svých zkušeností s porodní péčí pocity frustrace, deprese, vzteku, zoufalství, bezradnosti, bezmoci, upozorňovaly, že v porodnici měly často pocit, že nemohou a nesmí dávat najevo své emoce apod. Protože tento text chce být, mimo jiné, i příspěvkem do diskuse o možných zlepšeních porodní péče v českých porodnicích, soustředím se v následujících řádcích především na ty aspekty porodní péče, které ony nežádoucí pocity vyvolaly. Pojmenování konkrétních nedostatků a diskusi o nich vnímám jako základ pro jejich případné odstranění.

V rámci prvního projektu se objevily pouze dva typy stížností. První stížnost byla ojedinělá. Paní Modrá a Fialková, které sdílely společný pokoj a porodily v přibližně stejný čas, uvedly, že se na chvíli mohly při porodu slyšet, což pro ně bylo značně frustrující, především pro paní Fialkovou, jež začala родit o trochu později. Přitom podle kvantitativního šetření agentury STEM z roku 2000, které zkoumalo porodní zkušenosti žen v ČR, patřila slyšitelná přítomnost

jiné rodičky k těm nejhorším zážitkům z porodu (Hašková 2000: 15).

Druhý předmět stížností byl nejčastější a vztahoval se k různým aspektům komunikace s personálem. Na přístup porodních asistentek si z prvního zkoumaného vzorku stěžovaly pouze tři nebo čtyři ženy. V tomto ohledu se jasně ukázalo, že různé ženy mají odlišná očekávání ohledně toho, co má porodní asistentka dělat a jak vypadá vhodná porodní péče. Některé ženy chtěly, aby porodní asistentky byly velmi aktivní a intervenovaly do porodního procesu, zatímco jiné ženy vyžadovaly přesný opak. Například paní Nachová si stěžovala, že ty mladé porodní asistentky, které asistovaly u jejího porodu „...jen tak tam stály, ruce v kapsách, nedělaly vůbec nic. Pak ta žena musí tlačit sama a nikdo jí nepomůže...“ Perspektiva paní Nachové je zajímavá zejména ve srovnání s dominantním pojetím role porodní asistentky, které se v současné době prosazuje na mezinárodním poli. Zahrnuje požadavek minimálních intervencí do porodního procesu a vyčkávání.⁵

Ve druhém výzkumném vzorku byl přístup personálu vnímán jako hlavní problém v poskytované péči. Polovina skupiny jej vnímala jako nepříjemný a neprofesionální. Například Františka viděla známky neprofesionality již v paušálně používaném oslovování „maminko“, které podobně jako Alena považovala za infantilizující. Podle Františky by používání příjmení nejen lépe reflektovalo míru informací, které personál o dané ženě má, ale také by redukovalo možnost přistupovat k ní bez respektu. I Běta chyběl v porodnici profesionální přístup. Za jeho základ považuje respekt, slušné jednání a zacházení s „klienty“ poskytované péče. Jako zdravotní sestra, která před mateřskou dovolenou pracovala s drogově závislými v neziskové organizaci, upozorňuje na obrovský důraz, který byl v jejich organizaci kladen na etiku přístupu ke klientům. Běta proto vyjadřuje své rozčarování nad tím, že v porodnici musela čelit hrubému přístupu ze strany některých porodních asistentek i lékařů. Přitom poukazuje na svou snahu být vzornou „pacientkou“, která dodržuje všechny instrukce a chová se slušně.

V narativních rozhovorech v rámci druhého projektu ženy často uváděly příklady, kterými dokládaly arogantní a hrubý přístup personálu k rodičkám. Bez ohledu na to, jak dané ženy hodnotily poskytnutou porodní péči, pouze jeden z osmi provedených rozhovorů nepopisoval nějaký nepříjemný incident s personálem při poskytování porodní péče. Nepříjemné incidenty s několika zdravotníky negativně poznamenaly první dny po porodu u pěti žen z této skupiny. Čtyři z osmi žen shodně uváděly, že na oddělení šesti nedělí měly silný pocit, že porodní asistentky „obtěžovaly“ a zdržovaly je od práce, jako by se jich musely „něčeho doptávat“. Cecilie shrnuje, že v porodnici jí „...hrozně scházelo takový to lidský chování“. Alena tyto pocity upřesňuje:

...nával hormonů, pak to dítě, jseš tam prostě sama a teď očekáváš, že prostě jsou za to placení, a pak ještě máš pocit, že oni ti dělají nákou hroznou službu, že se jich musíš doptávat,

že oni dělají něco, co není náplní jejich povolání. Takže ty jseš pak v pozici, Ježíš, já jsem ta hysterická matka, když já po nich něco chci. Když prostě, jo vona chudák je tam, jsou tam dvě na celý oddělení a holt jako, kdyby se měly babrat takhle s každým, jako se babrají se mnou, no holt na to tady není prostor. Fakt jsem tam měla pak pocit takovýho provinění, že jako votravuju.“

Podobně Běta reflektuje:

„Emočně to bylo hodně náročný období, furt měl člověk pocit, že je obtěžuju a že si nemůžu dovolit být za hysterku, že už bych se vůbec ničeho nedopídila. A že musím být hrozně milá, a nezlobte se, a já nechci otravovat, abych se vůbec něčeho... prostě být taková ta podležavka.“

Běta slova zároveň poukazuje na to, jak významné jsou i v kontextu porodnice nároky genderových norem. Personál od rodiček očekává, že budou empatické, úslušné, chápající, nesobecké, submisivní, milé, nebudou příliš prosazovat své nároky. Na druhou stranu ženy mají pocit, že se musí chovat tak, aby nebyly považovány za „hysterky“. Právě hrozící přehodnocení agrese žen po porodu na „hysterii“, přestože ta může být reakcí na nedostatky v poskytované péči, má obrovský potenciál ženy disciplinovat. Karen Martin (2003: 56) v této souvislosti upozorňuje, že disciplinace rodiček neprobíhá pouze prostřednictvím sociálních institucí, ale že ženy samy sebe disciplinují prostřednictvím „internalizovaných technologií genderu“, které si v průběhu genderové socializace osvojily. Autorka používá tento termín v návaznosti na foucaultovský koncept technologie já (*technology of self*), který odkazuje k „vědění, diskursům a praktikám, které konstruují materiální svět a náš vztah k němu (...) a konstituují nás jako subjekty, jako to, kdo jsme“, utvářejí to, za koho se považujeme (Martin 2003: 56–57). Martin zdůrazňuje, že naše já i naše subjektivita jsou genderované, o sobě zpravidla přemýšlíme v genderových kategoriích. O způsobech a nástrojích jejich utváření pak uvažuje jako o technologiích genderu, jež jsou součástí genderového systému i nás samých. Tvoří z nás genderované bytosti a jako takové nepřestávají působit ani při samotném porodu, jakkoliv ten se může jevit jako čirá záležitost „přírody“ (Martin 2003: 57–58).

Z druhého výzkumného vzorku byly nejkritičtější čtyři ženy, z nichž tři rodily ve fakultní nemocnici. Problém spatřovaly především ve *způsobu komunikace* ze strany porodních asistentek i lékařů-porodníků. Běta v této souvislosti podotkla:

„Je sice hezký, že je porodnice super moderní, maj to tam nejhezčí a nejmodernější na světě, ale způsob, jakým se některý doktoři chovaj, to je jak za hlubokýho totáče.“

Na podobnosti s odosobněným socialistickým zdravotnictvím, které bylo chápáno jako systém ignorující lidskou důstojnost, odkazovala ostatně i Františka, jež rodila v jiné porodnici než Běta. Podle Františky a Aleny s tímto postojem také souvisí nedostatečná vážnost ke svobodě volby ohledně přijímané péče. Především Františka podotýkala, že již pouhé vznesení otázky týkající se intervencí se setkávalo s nepřátelskou reakcí personálu. Alena, Běta, Dana a Fran-

tiška pak zdůrazňovaly, že v porodnici se s nimi zdravotníci nebavili. Dana uvedla, že po nějaké době...:

„...tak se s vámi nikdo v těch porodnicích nebaví. Ani v té x [porodnice, v níž rodila poprvé], ani v té fakultce, nikdo vám neřekne, my vám dáváme kapačku a na co je. Ne, tady si sedněte a tak to je. Nikdo to s tebou nekonzultuje. Prostě my děláme svojí práci. To se maximálně zeptali, jestli mi můžou dát klystýr nebo ne. Ale to je všechno.“

Větou „Prostě děláme svou práci“ Dana odkazuje především na technickou stránku zdravotní péče, která je podle ní pro zdravotníky prioritní. To potvrzuje i Karen Reiger a Rhea Dempsey (2006). Podle nich je důraz na technické zvládnutí tělesných potíží významným aspektem konzumeristické společnosti, který silně ovlivňuje porodní očekávání. Jak dále zdůrazňuje Alena i Běta, (po)porodní péče pak nabývá v první řadě významu aplikace lékařských technologií na „pacientčina“ těla, ale již příliš nezahrnuje „pečování“ ve smyslu psychické a emocionální podpory. Zcela případně to ilustruje Běta. Po porodu se lékařka pustila do šití natržených porodních cest, ale Běta vyjekla bolestí. Lékařka se na ni obořila, že ji to nemůže bolet, protože jí podala „dvac-ku mezokainu“. Běta protestovala, že:

„...to opravdu bolí, jestli si myslí, že si to vymejšlim, tak řekla, prosím vás, sestřičko, na mě už nemluvila, jo, chytněte tady paní ruku, ať si do toho nesahá, já tady mam sterilní prostředí. Ale já sem tam nesahala.“

Právě od takové „redukce“ péče na technickou dovednost se ale podle Františky odvíjí daný způsob komunikace. Zdravotníci v porodnici, kde rodila, podle ní „sbírali informace“ místo toho, aby se aktivně ptali či naslouchali.

Danina výpověď ukazuje také na několik klíčových „nedostatků“ v komunikaci personálu a zároveň odhaluje, jaké představy ona sama má o tom, jak by taková komunikace měla ze strany personálu vypadat. Nedostatek faktických informací potřebných pro skutečné uplatnění informované volby pociťovaly ale i Alena a Františka. Alena například dále zdůrazňuje, že oficiální materiály porodnic i přístup konkrétních dvou porodníků ve fakultní nemocnici sice proklamovaly možnost informované volby, nikdo jí však neposkytl ty informace o jejím stavu, péči a případných důsledcích, na jejichž základě by mohla informovanou volbu vhodné péče skutečně uplatnit. Zdá se, že právě v rozporu mezi tím, co porodnice oficiálně proklamovaly, a konkrétní realitou poskytované péče spočíval hlavní zdroj rozčarování mnohých žen v této skupině. Františka tento dojem potvrzuje:

„Jó, padlo tam [na předporodním kurzu] hodně informací, jak to prostě probíhá všechno... Právě že ten, co tam přednášel, tak říkal, že si tam můžete volit ty různé věci, takže když jsem se pak na to zeptala, tak ta jiná paní doktorka [při porodu] říkala, a to vám jako říkal kdo! Chci to jméno! Takže najednou je to celý úplně jinak.“

Ostatně i můj předchozí výzkum poukázal na mnohé rozpory mezi „oficiální rétorikou“ porodnic a skrytými sděleními předporodních kurzů (Hřešanová 2008: 69).

Františka se sama snažila získat informace, které pro ni byly důležité, podobně jako Běta. Obě ale uvádějí, že odpovědi na své otázky často nedostaly, anebo to dlouho trvalo, než je dostaly. Bylo běžné, že je zdravotníci odkazovali na další osoby, které jim informaci měly podat, ale v koloběhu nemocničního života se žádost matek o informace vytratila. Běta nedostala ani základní informace týkající se zdraví jejího dítěte, například že její dítě bylo umístěno po porodu do inkubátoru nebo že má málo tepů za minutu apod. Potřebné informace nebyly na žádost poskytnuty ani Aleně.

Předchozí úryvky z rozhovorů ukazují, že urgentním problémem bylo pro Danu, Františku, ale i Bětu především to, že léky i intervence byly jim či jejich dětem podávány bez vysvětlení či upozornění. Přitom dostatek informací a příjemnou komunikaci považovala naprostá většina žen z druhé zkoumané skupiny za stěžejní bod poskytované porodní péče. Podobně i ženy z prvního výzkumného vzorku uváděly, že pro ně bylo silně skličující, pokud nedostaly informace o péči, která jim byla v porodnicích poskytována. Například paní Modrá, druhorodička, mi prozradila, že během prvního porodu pro ni bylo nejhorší, že jí nikdo nevěnoval pozornost, nikdo jí nic nevysvětlil a ona nevěděla, co se bude dít. Dotyčná se nijak zvlášť nezajímala o porod a související otázky, neměla vysoké vzdělání a pracovala v blízké továrně, ale přesto chtěla vědět, co s ní budou zdravotníci dělat. Její případ ukazuje, že i ty ženy, které nemají specifické požadavky na porodní péči, jasné představy, přání a zájem o tematiku porodu, *chtějí* vědět, co se s nimi děje a co je s nimi při poskytování zdravotní péče prováděno.

Velmi výrazný zdroj negativních pocitů představovala pro ženy hrozba odloučení od dítěte, kterou nakonec nedobrovolně prožila většina žen v druhém výzkumném vzorku. Ze sedmi žen, které po porodu byly odloučeny od svého dítěte, hovořily tři z nich o tomto prožitku jako o traumatickém.⁶ Alena mi na mou otázku, jak se kvůli oddělení od dítěte cítila, odpověděla:

„Bylo to hrozný no, pocitově prostě strašný! Prostě takovej ten pocit štěstí, že jsem ráda, že jí mám, a teď jsem si říkala, kde teď je?? Aby se jí tam něco nestalo nebo aby byla v těch nejlepších rukou, ale může být v lepších rukou než je máma??!“

Uvádí, že pro ni byly pocitově horší všechny ty starosti, které měla, když byla oddělena od dítěte, než když musela překonávat své vyčerpání a únavu při péči o něj. Tři ženy v této skupině se dítěte nedočkaly ani po několika urgentních.

Není divu, že v mnoha příbězích mých informátorek, které vypovídají o zkušenosti s porodní péčí, je patrný pocit zoufalství. Ten pochopitelně souvisel i se stavem fyzického vyčerpání a náročností péče o novorozence, nicméně u čtyř žen byla nejčastějším zdrojem takového zoufalství právě nedostatečná, nebo dokonce zcela chybná péče ze strany porodních asistentek. Výstižně na tento problém upozornila Alena:

„...ale jako, v takovýmdle případě, kdy nejenom že není možný, aby ta matka s dítětem byla, ale není ani v silách toho

personálu to dítě prostě za ty tři hodiny vzít a prostě přiložit ho k prsu té matce, to si myslím, že by mělo být naprosto samozřejmý v jedné z nejmodernějších porodnic, asi, v zemi a Baby Friendly, a oni to prostě neudělají, tak jako, vo čom ta péče je?!"

Nedostatky nacházely ženy i v poporodní péči. Konverzační partnerky v druhém výzkumném vzorku často uváděly, že nedostaly téměř žádné informace o tom, jak dítě přebalovat, koupat nebo jak jinak o něj pečovat. Nejvíce stížností se v obou zkoumaných skupinách vztahovalo k nedostatečné podpoře při kojení, které v tomto ohledu vystupovalo jako dominantní téma. Podle paní Nachové je to způsobeno tím, že porodní asistentky nemají dostatek času pomoci matkám s kojením, neboť jsou extrémně vytížené kvůli jiným pracovním úkonům. Můj etnografický výzkum porodnic potvrzuje, že obě zařízení trpěla značným nedostatkem porodních asistentek, porodníků a především pomocného zdravotního personálu (Hřešanová 2008: 131–136). Z výpovědi druhé skupiny žen vyplývá, že stejným problémem trpěly i další porodnice, zejména ta fakultní.

Čtyřem z osmi žen se zkušeností ze dvou různých porodnic kojení nikdo po praktické stránce neukázal. Tyto ženy dostaly jen informace o kojení v podobě brožury a dvě z nich měly také možnost zhlédnout v porodnici instruktážní film. To v nich vzbuzovalo dojem, že kojení je něčím „samozřejmým“, co musí jít „samo od přírody“. To, že tomu tak nebylo, dále posilovalo jejich zoufalství, pochyby o svých schopnostech i pocity viny. Alena vystihla své rozpoložení takto:

„A samozřejmě tam pak přichází takový to: A co já jsem za matku, když nedokážu nakojit vlastní dítě, to jsem si taky myslela. Jsem si říkala, Ježíši Marja, vždyť já nemám vůbec žádné instinkt, já prostě nevím, co mam dělat! (...) Samozřejmě je tam i tuhleto, já jsem brečela, říkala jsem si, já jsem hrozná matka, nenakrmím svoje dítě, vono mi umře, co jsem to prostě za matku jako!“

Péče, kterou především informátorky z druhého výzkumného vzorku popsaly v souvislosti s kojením, často porušovala doporučení, která se daná porodnice zavázala splňovat v souladu s používáním certifikátu *Baby Friendly Hospital Initiative*.⁷ Zejména se jednalo o dodržení půlhodinové lhůty po porodu, během níž má být novorozeně přiloženo k prsu matky. S tím se ve zkoumaných porodnicích setkala i paní Pruhová, které dali dítě přiložit až pět hodin po porodu, nebo paní Sytá. Dále nebyla v porodnicích často realizována povinnost ukázat matkám, jak kojít a pojímat kojení jako výlučný zdroj výživy dítěte, také chyběl přístup k matce a dítěti jako jedné neoddělitelné jednotce. Zatímco některým z mých informátorek nevadilo, že jejich děti jsou bez jejich souhlasu dokrmované umělou výživou, jiné vnímaly tento zákrok jako velmi vážnou intervenci do procesu kojení, ke které nedaly souhlas. Například Alena byla přesvědčena, že pro zdraví jejího dítěte je výlučné kojení to nejlepší. Byla proto roztrpčená, když se od asistentky dozvěděla, že její dítě bylo nakrmeno umělou výživou, a v pro-

pouštěcí zprávě následně stálo, že dítě bylo „kojeno výhradně mateřským mlékem“.

Františka popisuje svou zkušenost s kojením jako „jednu velkou depresi“. Problémy s kojením byly podle ní v porodnici vnímané jako tabu, o kterém se nehovoří. Přitom až později zjistila, že v jejím okolí „nikdo nekojil“, což považuje za nesmírně důležitou informaci, protože: „...vy máte pocit, že to nejde jenom vám, že jo.“ Františka i Gabriela, ženy z druhé skupiny, jež měly s kojením největší problémy, se shodují, že ani letáky a příručky ke kojení nejsou v tomto ohledu příliš užitečné, protože namísto praktických rad, co dělat při problémech, se soustředí převážně na vysvětlení toho, proč je vůbec dobré kojít. To opět posiluje dojem, že kojení je něco „přirozeného“, „instinktivního“, co není třeba se učit. Přitom kojení považovaly všechny ženy v druhém výzkumném vzorku za zásadní nutnost. Některé z nich podotkly, že tlak na to, aby kojily, vnímaly ze všech stran. Podle Františky i Gabriely je dnes kojení pojímáno jako „povinnost“, jejíž nesplnění má důležitý morální rozměr. První jmenovaná měla v porodnici pocit, že kvůli problémům s kojením a tomu, že je její dítě malé, ji porodní asistentky kriticky hodnotily jako „špatnou matku“.

Priority a požadavky na porodní péči

Mezi ženami, s nimiž jsem v porodnicích provedla rozhovory, se vyskytovalo mnoho těch, které neměly specifické požadavky na porodní péči, a jejich přání ohledně porodní péče byla spíše nejasná. Z rozhovorů vyplývalo, že způsob, jakým jim byla daná péče poskytnuta, považovaly za ten jediný možný, a ačkoliv jisté procedury byly někdy považovány za nepohodlné nebo nepříjemné, ženy je obvykle braly za „normální“ součást toho, jak to při porodu „musí být“ (viz například rozhovor s paní Červenou, od níž tato formulace pochází). Většinou šlo o ženy, které neměly příliš velké povědomí o dalších porodních alternativách a nezajímaly se o ně. Z rozhovorů vyplývalo, že tyto ženy přemýšlely pouze o těch možnostech, které jim byly nabídnuty. To není překvapující. Jak zdůrazňují výzkumníci zapojení do komparativního projektu *Birth by design*: „Ženy chtějí (pouze) to, co je jim nabídnuto, ale to, co je jim nabídnuto, je ovlivněno jejich přáními“ (DeVries, Salvesen, Wieggers, Williams 2001: 259). Navíc i mnohé další studie (např. Davis-Floyd 2004, Craven 2005, Lazarus 1994) ukazují, že co rodičky chtějí, ovlivňují do značné míry poskytovatelé porodní péče, například porodní asistentky, porodníci a gynekologové, ale i všeobecní lékaři, laktiční poradkyně apod. Vliv poskytovatelů zdravotní péče se obzvláště projevoval v momentě, kdy se ženy v porodnicích rozhodovaly, zda si nechat či nenechat dát epidurál. Z rozhovorů vyplývalo, že výsledné rozhodnutí bylo nakonec z velké části ovlivněno názorem porodní asistentky, jež o danou ženu v průběhu porodu pečovala. Například paní Výrazná si epidurál přála, avšak jeho aplikaci si nechala rozmluvit asistující porodní asistentkou, což po porodu hodnotila pozitivně.

Jeden z mála konkrétních požadavků, který výrazně vystupoval v rozhovorech v prvním projektu, se týkal doprodu u porodu. Ten ostatně jako důležitý vnímala i druhá skupina. Přibližně u poloviny informátorek z obou výzkumných skupin byl na porodním sále přítomen jejich partner. Mnoho z těchto mužů strávilo se svou rodící partnerkou celou dobu porodu od příchodu do porodnice. Naprostá většina rodiček přítomnost svého partnera u porodu hodnotila velmi pozitivně. Partneri se jim při porodu snažili pomáhat, například jim masírovali záda nebo je informovali o tom, „co se děje“, včetně toho, co se děje „tam dole“, jak vyjádřila jedna informátorka. Hana vyzdvihuje, že v jejím případě partner plnil důležitou roli jakéhosi zprostředkovatele komunikace s porodními asistentkami, které tato žena při kontrakcích vůbec nevnímala. Cecílie, pro kterou byl požadavek stále přítomnosti partnera u porodu zcela nejdůležitější, vyjadřuje obrovskou vděčnost za možnost, že jí to bylo umožněno. Partner pro ni představoval klíčovou oporu. Ale ně se naopak tento požadavek nepodařilo naplnit. Po úvodních vyšetřeních jí personál oznámil, že v porodnici není prostor pro to, aby byl její partner i nadále s ní, což vnímala velmi nepříznivě. Cecílie, ale i některé další ženy uváděly, že pro ně partner představoval jakousi „pojistku“, že je personál neodbude. Například podle paní Strakaté „...doktoři víc kontrolují, jestli je všechno v pořádku“, doprovází-li rodičku při porodu její partner. Toho dotyčná považuje za důležitého advokáta práv a zdraví rodičky v nemocničním prostředí. Ostatně takové pojetí přítomnosti partnera u porodu sdílají i rodičovské páry, s nimiž ve své studii hovořila Iva Šmídová (2008: 20).

Většina žen zakusila nějakou formu medicínské intervence do porodního procesu, například epiziotomie nebo administraci oxytocinu k uspořádání porodu apod. Všechny ženy až na jednu výjimku také dostaly nějakou formu medikace. To odpovídá i národní statistice, podle níž pouze 12,9 % rodiček žádnou medikaci při porodu nedostalo, přičemž však 45,4 % všech porodů bylo kvalifikováno jako „bez komplikací“ (ÚZIS 2010). Podle některých kritiků současného stavu porodnictví takové statistické údaje naznačují, že rodičky často dostávají medikaci preventivně, a to i v případě, kdy to není z fyziologického hlediska zapotřebí. Ve srovnání rodiček je zajímavé, že v kontextu porodnic pouze paní Strakatá (24 let, SŠ, třetí porod) a paní Veselá, (31 let, vyučená, druhý porod) kritizovaly lékařské procedury, jako je holení a klystýr, které považovaly za jeden z nejhorších zážitků poskytnuté péče. Ani tyto informátorky však explicitně neproblematicovaly provedené lékařské zásahy do porodního procesu. Naopak ženy v druhém výzkumu byly k lékařským intervencím do porodu poměrně kritické.

Mnohé ženy v druhé zkoumané skupině měly také přesné představy o tom, jakou péči chtějí či nechťejí. V tomto ohledu se podobaly tzv. přírodačkám, kategorii žen se specifickou představou o porodní péči a požadavky na minimální lékařské intervence, kterou ve zkoumaných porodnicích personál rozeznával (více viz Hrešanová 2008, Hrešanová,

Hasmanová Marhánková 2008). Podobnost s „přírodačkami“ nalezneme i v jejich velké informovanosti o porodní péči, vyšším vzdělání a socioekonomickém statusu. Na rozdíl od mnohých „přírodaček“ si nicméně žádná z mých informátorek nesešla tzv. porodní plán, který je soupisem specifických požadavků na porodní péči a častým nástrojem proti přílišné medikalizaci.

Základním požadavkem žen v druhém výzkumném vzorku bylo především získat dostatek potřebných informací o zdravotní péči. Ty mé informátorky vnímaly jako základ pro přijetí zodpovědnosti za své zdraví, od něhož se pak odvíjí jejich informovaná rozhodnutí o zdravotní péči. Jak podotkla Běta: „Já jako pacientka, abych mohla dobře spolupracovat, nepodcenit nějaký věc nebo naopak nepřecenit, nedělat hysterku, tak potřebuju informace.“ Bětin přístup k porodní péči tak odhaluje klíčové rysy její koncepce zdraví a zdravotní péče, které odrážejí hodnoty individualismu a související pojmy sebedisciplíny, sebekontroly či vlastní zodpovědnosti. Ty jsou příznačné pro neoliberální diskurs v západních kapitalistických společnostech pozdní modernity či postmodernity (viz Bryant et al. 2007, Nettleton 2006: 42). V rámci neoliberálního diskursu jsou jednotlivci konceptualizováni jako „aktivní občané“ s právem na sebeurčení a s povinnostmi ke své komunitě či státu, které jsou ovšem uplatňovány v prostředí volného trhu (Bryant et al. 2007: 1195). Pojem občanství se stává soukromou záležitostí ve společnosti, jež je stále více komodifikována (Susen 2010: 261–262) a také individualizována. Nová pojetí občanství implikují konkrétní identitu (Plummer 2003: 59). Významným se v postmoderním světě stává koncept individuální volby, který je však opět chápán především v termínech trhu (viz Plummer 2003: 23–25). V tomto ohledu lze tedy vysledovat souvislost se šířícím se vlivem konzumerismu. Jak Bryant s kolegy (2007: 1195) dále podotýkají, tyto neoliberální koncepty sebedisciplíny, sebekontroly a vlastní zodpovědnosti stále více proměňují nejrůznější sféry intimních světů jednotlivců v pozdní modernitě, ať již jde o oblast sexuality, rodičovství nebo zdraví. Mnohé ženy v druhém výzkumném vzorku pracovaly s podobně vymezeným konceptem zodpovědnosti již při výběru vhodné porodnice. Vedle Běty i Alena, Františka a Eva uváděly, že poměrně dlouho zvažovaly možné alternativy a přitom se snažily získat maximum informací od známých a rodinných příslušníků, z různých internetových zdrojů či knih o českém porodnictví apod.

Hlavní způsob, jak se tyto ženy snažily v porodnici uplatnit své právo na informovanou volbu, představuje strategie „hodně se ptát“. Dosáhnout svého a získat informace, které považovaly za nezbytné pro zdraví svého dítěte, se snažily kromě Cecílie všechny ženy v této skupině. Gabriela a Hana obzvláště zdůrazňovaly, že ve fakultní porodnici, v níž rodily, je zapotřebí se „ozvat a říct si, když něco potřebuješ.“ Podle nich si ženy musí uvědomit, že „tam nejsou samy“ a následně podle toho k personálu přistupovat. Právě ale opakované připomínání svých potřeb může činit některým ženám problémy.

Běta zpětně lituje, že při prosazování svých požadavků nebyla „vostřejší“. Přemýšlí nad tím, zda by pak dostala informace a péči, které postrádala. Zdá se, že podobné úvahy napadají i jiné ženy. Podle výpovědí několika žen z této skupiny je zpětně mrzí, že při porodu či po něm neudělaly některé věci jinak a více netrvaly na svých představách. Tuto lítost nad tím, že se jim nepodařilo vzepřít se „řádu“ pro dobro svých dětí, je podle mého soudu opět nutné vidět jak v kontextu dominantních sociálních norem organizace, tak v souvislosti s internalizovanými technologiemi genderu, přestože je jasné, že k disciplinaci rodiček a jejich ochotě podřít se platným normám slouží i mnohé další „technologie“ utvářející osobní identitu (Martin 2003: 58). Zároveň ženy konstatují, že by podle nich nemělo být zapotřebí „bejt vostrá“, aby se dozvěděly klíčové informace o zdravotním stavu svého dítěte, seznámily se se základními principy kojení, získaly odpovědi na položené dotazy, anebo měly dítě u sebe, když chtějí. Jak věří, to by mělo být „standardem“.

Mezi další specifické požadavky žen z druhého výzkumného vzorku patřila přání týkající se předporodní přípravy, třeba odmítnutí klystýru nebo spinální analgezie. Pro Františku bylo vedle dobré komunikace s personálem nejvyšší prioritou právě podávání utišujících léků, které chtěla mít pod kontrolou. Pro další ženy byla hlavním kritériem možnost být s dítětem nebo důraz na kojení. Žádná z této skupiny žen ale neuváděla nějaký specifický požadavek, například na porodní polohu nebo materiální vybavení porodnice, jež by jim sloužilo při první či druhé době porodní. Jen pro dvě z mých informátorek hrálo materiální zázemí a pěkné vybavení při výběru porodnice roli. Ve střetu s nemocniční realitou se dokonce zdálo, že mnohé z nich své požadavky redukovaly na přání získat alespoň základní informace o těch aspektech péče, které považovaly za prioritní. Jak „lehko“ se sleví ze svých původních požadavků, vysvětlila Dana. Ta uvedla, že kdyby chtěla...

„...po porodu dítě a voni mi řekli, no to prostě nejde, tak se s nima asi nehádám. Protože jsem byla tak emočně unavená, člověk neví, že jo, zašitá, unavená, takže potom z těch nároků se lehko sleví jako. Ale hlavně je tam pořád takový to, že vy jste pacientka, vy vo tom nic nevíte, my jsme doktoři a my víme, co je pro to dítě nejlepší. Takže si myslím, kdybych tam začala mluvit o nějaké alternativě, že na mě koukaj jako na blba a řeknou, nojó ale takhle to tady neděláme, a nazdar!“

Doplňuje, že některé své požadavky se při prvním porodu bála prosazovat, protože si uvědomovala, že v kontextu porodnice je již dostatečně neobvyklým nárokem její vegetariánství. Podobně i Běta upozorňovala na náročnost období po porodu, kdy je „člověk takovej křehkej“.

Charakter požadavků, které informátorky z druhého výzkumu měly, je podstatný v kontextu debaty, v níž je zdůrazňováno, že i v českém prostředí roste počet žen, které volbu porodní péče vnímají v rozměrech jakýchsi „menu“ porodnic s nabídkou porodních „služeb“ (viz Hřešánová, Hasmanová Marhánková 2008: 108, srov. Hřešánová 2008). Na podobnou tendenci zaměňovat termín *volby* ve

smyslu větší kontroly žen nad porodní péčí za ona „mnohačetná menu“, jež však podporují privatizaci zdravotní péče, upozornila v severo-americkém kontextu kdysi i A. Lippman (1999). Konkrétní význam konceptu volby i charakter požadavků jsou však odrazem celkového pojetí porodní péče, které daná žena zastává.

Pojetí porodní péče

Různé ženy mají rozličné představy a priority ve vztahu k poskytované porodní péči, které se od sebe mohou výrazně lišit. Na to ostatně některé z informátorek samy upozorňovaly. Například Alena, zastánkyně výhradního kojení, v této souvislosti podotkla, že to, co pro ni bylo nepřijatelné, bylo pro jinou matku „naprosto skvělé“. Odkazuje na ženu, s níž v porodnici sdílela pokoj a jež byla zcela nadšená z možnosti krmit své dítě glukózou. Hodnocení, priority i požadavky žen na porodní péči odrážejí, jakým způsobem dotyčné konceptualizují porodní péči. Na kontinuu možných koncepcí porodní péče jsem mezi svými informátorkami celkově identifikovala zhruba pět výrazných kategorií, které se od sebe lišily nejméně ve třech klíčových rysech.

Nejvýraznější byl postoj k medikalizované porodní péči, podle něhož jsou uvedená pojetí seřazena. Dalším znakem byla informovanost o porodní péči, jež úzce souvisí s posledním, třetím aspektem. Tím je vnímání vlastní pozice a subjektivity ve vztahu k poskytovatelům porodní péče a míra, do jaké je toto vnímání ovlivněno konzumerismem. Základem konzumerismu v porodní péči je představa, že rodička je aktivní aktérkou, která si cíleně vybírá mezi nabízenými službami, zvažuje jejich pro a proti a odhaduje, co je pro ni nejvýhodnější nebo nejvhodnější. Porodní péče je tak pojímána jako zboží, nezbytnou podmínkou pro prosazování konzumerismu je tedy vytvoření prostředí, jež nese prvky trhu (viz Hřešánová 2008: 144–146, též Hřešánová, Marhánková 2008).

První z těchto koncepcí odpovídá existující poskytované péči. Charakterizuje ji akceptace stávající porodní péče bez ohledu na její možné variace nebo to, do jaké míry je zakotvena v lékařském modelu porodní péče. Ženy, jež je zastávají, přijímají péči, „tak, jak je“, berou ji jako něco, co „tak musí bejt“, považují ji za normu a označují za „normální“ – například paní Kostková. Nezahrnuje specifické požadavky na porodní péči. S tímto pojetím se také pojí nízká informovanost o existujících možnostech porodní péče. Ta může být výsledkem vědomého rozhodnutí „nebýt informována“, jako tomu bylo u Gabriely, anebo paní Kostkové. Obě tyto ženy byly přesvědčeny, že „moc informací škodí“, a proto je lepší „to moc neřešit“ (Gabriela), protože: „Člověk je pak akurát vystrašený, když se dozví, co se může stát“ (paní Kostková). Nízká informovanost může být ale stejně tak výsledkem jiných životních okolností, například časové zaneprázdněnosti apod.

Druhé pojetí výrazně staví na lékařském modelu porodu, odpovídá klasické porodní péči. Od předchozí koncepce se

však liší především tím, že zahrnuje značnou obeznamenost s konkrétními lékařskými zákroky a technologiemi. Například Hana byla obecně velmi dobře informována o tom, proč se která lékařská vyšetření provádějí, a tato vysvětlení přejímala. Lékaře vnímala jako osoby, jež mají právo kontrolovat prostřednictvím vhodných technologií, zda ženy správně sledují dané instrukce a referují o svém zdravotním stavu. Při rozhovoru například uvedla: „...a voni už to viděli na tom monitoru, že tam ta kontrakce je, voni to tím hlídají, že nešvindluješ...“ Medicínský paternalismus považovala v oblasti porodní péče za legitimní. Podobně i Cecílie, Gabriela, Hana, ale i paní Nachová, Šedá či Hnědá internalizovaly biomedicínskou argumentaci a přijímaly související opatření proti vzniku porodní patologie. Tyto ženy sdílely přesvědčení, že porod je inherentně rizikovým procesem. Lékař je v rámci tohoto pojetí pojímán jako rozhodující autorita, což dobře ilustruje rozhovor s Hanou. Ta popisuje, jak jí ráno přinesla porodní asistentka snídani, kterou však odmítla s tím, že jí na začátku jejího pobytu bylo řečeno, ať již nic nejí. Asistentka musela Hanku ujistit, že jídlo jí povolil lékař.

Pohled Běty reprezentuje *třetí* možné pojetí porodní péče. Běta s lékařskou koncepcí porodní péče v mnohém teoreticky souhlasila, avšak na rozdíl od žen zastávajících předchozí pojetí hodnotila poskytnutou porodní péči značně kriticky. To jistě souviselo s jejím vzděláním v ošetřovatelství a adiktologii, i s jejími zkušenostmi s poskytováním zdravotní péče jako služby, která nebyla v porodnici v jejím případě uplatněna. Její kritické hodnocení se významně odvíjelo především od způsobu, jakým vnímala a pojímala svou pozici v rámci systému porodní péče. Pro tu bylo klíčové právo na informovanou volbu, koncept osobní zodpovědnosti a mocensky rovnocenný vztah mezi osobou poskytující a přijímající danou péči. Běta byla také o možnostech porodní péče velmi dobře informována a v těhotenství se v této oblasti dále vzdělávala. Můžeme konstatovat, že podobně jako v posledním, pátém pojetí se i v této koncepci porodní péče projevuje specifická subjektivita, jež je silně ovlivněna ideou konzumerismu.

Čtvrté pojetí porodní péče představuje koncepci, která zahrnuje preferenci nemedikalizované porodní péče a alternativních porodních praktik, jež však není v kontextu porodnice uplatňována nebo pouze minimálně. Například Dana mi sdělila, že po zmapování svých zdrojů a možností byla již předem smířená s tím, že se jí její představy o porodní péči, které odpovídaly alternativnímu porodu, nepodaří v dostupných porodnicích uskutečnit. Stejně tak paní Strakatá by si přála родit ve vodě, nebo by „chtěla zažít, aby když dítě vyndají, hned jí ho dali na břicho“. Jak však uzavřela, to v dané porodnici „nedělají“. Obě ženy měly jisté povědomí o různých porodních praktikách, které získávaly z četby, například časopisu *Aperio*. To však nezahrnovalo podrobnosti o možnostech českého porodního systému, třeba znalost toho, které porodnice nabízejí porod do vody.

Páté pojetí porodní péče reprezentuje pohled Aleny, Evy, Františky, ale i paní Strábrné. I když i mezi jejich koncep-

ce existují rozdíly, spojuje je již to, že byly k lékařskému modelu porodní péče nejvíce kritické – až na poslední jmenovanou. Také nejvýrazněji přistupovaly na ideu konzumerismu. V této koncepci porodní péče má důležité místo informovaná volba a svobodné rozhodování. Toto pojetí porodní péče zahrnuje specifické požadavky na porodní péči. Ty se však v případě těchto žen ukázaly být se zavedenou nemocniční praxí v rozporu. Nejvíce přistupovala na ideu konzumerismu Alena. Porodní péči chápe v termínech nabízené služby a při uvažování nad českým porodnickým systémem vyjadřuje politování nad tím, že neumožňuje родit v porodním domě. Dodává, že by byla ochotna si „i připlatit“, protože se domnívá, že možnost uskutečnit své představy o porodní péči „se vyplatí“. Zdůrazňuje, že o porodní péči nemají rozhodovat zdravotníci, ale samotné ženy, respektive rodiče. Alena konkrétně uvádí:

„Já si právě myslím, že je to o tom, aby se dělalo to, co chce ta matka! Protože, samozřejmě, když matka chce vyhodit dítě z okna, tak to nemyslím, ale ...prostě ta matka, ty rodiče jsou za to dítě sto procentně zodpovědný, a jestliže ty rodiče řeknou tohleto, takhle to prostě chceme mít, tak si myslím, že oni [zdravotníci] jsou povinný to takhle udělat, fakt si to myslím.“

Pro tyto ženy bylo také shodně důležité mít určité věci pod vlastní kontrolou, ať již šlo o podávání utišujících léků, nebo možnost mít dítě u sebe. To opět odkazuje na jejich socio-ekonomické zázemí. Podle některých autorek (Martin 1990 cit. dle Lupton 1994, Liamputtong 2005: 245, viz Hrešanová 2008: 176) je důraz na kontrolu nad všemi sférami vlastního života základním požadavkem středostavovských žen. Celkově můžeme konstatovat, že s touto koncepcí porodní péče je nejvíce spjata specifická subjektivita autonomního jedince, který chce provádět samostatná rozhodnutí relativně nezávisle na lékařských autoritách a přijímat za ně zodpovědnost.

Závěr

V tomto textu jsem popsala zkušenosti čtyř desítek žen, které rodily v šesti českých porodnicích. Mou snahou bylo přitom ukázat, jakými různými způsoby české ženy uvažují o porodní péči. Identifikovala jsem pět různých pojetí porodní péče, přičemž lze předpokládat, že takových pojetí jistě existuje ještě více. Studované případy poukazují na sílící vliv konzumerismu, který ovlivňuje představy o tom, jak má být porodní péče poskytována i jak se má rodička vztahovat k personálu v kontextu zdravotní instituce. Je však nutné si povšimnout, že i tyto představy jsou součástí stávajícího genderového řádu, který určuje, jak se má rodička při porodu chovat. Pozice rodičky v rámci mocenských vztahů k lékařům a porodním asistentkám v současném českém porodním systému by mohla být námětem samostatné studie.

Od různých koncepcí porodní péče se odvíjí i to, zda dotyčné ženy byly spokojené s poskytnutou péčí a jak ji hodnotily. Moje analýza ukázala, že mnohé z nich zakoušely v porodnicích negativní pocity, které často pramenily prá-

vě z onoho způsobu, jakým byla péče poskytnuta. V několika případech se projevil rozpor mezi očekáváními, jež souvisela s rétorikou porodnic, a konkrétní realitou poskytované péče. Nejpalčivěji bylo zakoušeno oddělení matky od dítěte, nedostatek informací o poskytované zdravotní péči, nepříjemná komunikace a nedostatečná podpora při kojení.

Porod je hraniční životní zkušeností, která má potenciál ženy významně posílit, anebo také oslabit. Jak jsem ukázala, je to období, kdy je žena obzvláště zranitelná a „křehká“ a kdy vyžaduje adekvátní podporu, které se jí ne vždy dostane. Přitom i ojedinelé selhání systému, které může v makroperspektivě znamenat zanedbatelné množství případů, může mít sáhodlouhé negativní dopady na zdraví těchto žen a jejich dětí i rodinný život obecně, zvláště přihlédneme-li ke skutečnosti, že naprostá většina dnešních žen potřebuje porodní péči pouze jednou či dvakrát za život. Výzkum porodní péče z perspektivy žen umožňuje porozumět této hraniční životní zkušenosti a tranzici k mateřství. Stejně tak dovoluje identifikovat slabiny stávajícího systému porodní péče.

Tato stať mohla nabídnout jen omezený vhled do zkušeností s porodní péčí. Chceme-li znát potřeby různých žen s různými představami o porodní péči a zabránit možnému paralyzujícímu dopadu porodních traumat na životy konkrétních žen, musíme pokračovat ve zkoumání této problematiky. Feministický výzkum by měl systematicky studovat porodní zkušenosti, neboť ty mohou výrazně vstupovat do způsobu, jakým na sebe ženy pohlížejí. Věřím, že je nutné rozvíjet emancipační potenciál porodní zkušenosti, a přispět tak ke zlepšení zdraví žen a jejich dětí a tím i k posílení pozice žen ve společnosti obecně.

Literatura

- Bryant, J., Porter, M., Tracy, S., Sullivan, E. 2007. „Caesarean birth: Consumption, safety, order, and good mothering.“ *Social Science and Medicine*, Vol. 65, No. 6: 1192–1201.
- Craven, C. 2005. „Is Reproductive Healthcare Access a ‘Consumer Rights’ Issue?“ *Anthropology News*, Vol. 46, No. 1: 16–19.
- Davis-Floyd, R. 2004. „Consuming childbirth. The Qualified commodification of midwifery care.“ Pp. 211–248 in Taylor, J. et al. (eds.). *Consuming motherhood*. New Brunswick, Jersey: Rutgers University Press.
- Denzin, N., Lincoln, Y. 2005. „Introduction.“ Pp. 1–32 in Denzin, N., Lincoln, Y. (eds.). *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, London: Sage.
- DeVries, R., Salvesen, H., Wiegers, T., Williams, S. 2001. „What and (why) do women want? The Desires of women and the design of maternity care.“ Pp. 243–266 in DeVries, R. et al. (eds.). *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.
- Donovan, S. 2006. „Inescapable burden of choice? The impact of a culture of prenatal screening on women’s experiences of pregnancy.“ *Health Sociology Review*, Vol. 15, No. 4: 397–405.
- Ezzy, D. 2002. *Qualitative analysis*. London: Routledge.
- Hasmanová Marhánková, J. 2008. „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství – příklad genetických screeningů.“ *Biograf*, roč. 47: 56 odst.
- Hasmanová Marhánková, J. 2009. „Těhotenství v perspektivě sociálních věd.“ *Sociální Studia*, roč. 6, č. 4: 55–71.
- Hašková, H. 2000. „Současná porodní a poporodní praxe v ČR.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, roč. 1, č. 4: 13–15.
- Hašková, H. 2001. *Názorové diferenciace k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Hřešanová, E. 2004. „Porodní asistentky ve dvou porodnicích ČR: etnografická studie.“ Pp. 284–293 in Darulová, J. et al. (eds.). *Sféry ženy: žena skromná a žena veřejná*. Banská Bystrica: Fakulta humanitních věd University Mateja Bela a Sociologický ústav AV ČR.
- Hřešanová, E. 2007. „Midwives, Women, and the Professionalization of Midwifery: An Ethnographic Study of Two Maternity hospitals in the Czech Republic.“ *Cognitione, Creier, Comportament/ Cognition, Brain, Behavior*, Vol. 11, No. 2: 371–96.
- Hřešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Vydavatelství ZČU.
- Hřešanová, E., Hasmanová Marhánková, J. 2008. „Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami.“ *Sociologický časopis*, roč. 44, č. 1: 87–111.
- Johanson, R., Newburn, M., MacFarlane, A., 2002. „Has the medicalisation of childbirth gone too far?“ *British Medical Journal*, Vol. 324, No. 7342: 892–895.
- Lazarus, E. 1994. „What do women want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth.“ *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 8, No. 1: 25–46.
- Liamputtong, P. 2005. „Birth and Social Class: Northern Thai Women’s Lived Experiences of Caesarean and Vaginal Birth.“ *Sociology of Health and Illness*, Vol. 27, No. 2: 243–270.
- Lippman, A. 1999. „Choice as a risk to women’s health.“ *Health, risk and society*, Vol. 1, No. 3: 281–291.
- Lupton, D. 1994. *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- Martin, E. 1990. „The Ideology of Reproduction: The Reproduction Ideology.“ Pp. 300–314 in Ginsburg, F., Tsing, A. L. (eds.). *Uncertain terms: negotiating gender in American culture*. Boston: Beacon Press.
- Martin, K. A. 2003. „Giving birth like a girl.“ *Gender and Society*, Vol. 17, No. 1: 54–72.
- Nelson, M. K. 1982. „The Effect of Childbirth Preparation on Women of Different Social Classes.“ *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 23, No. 4: 339–352.
- Nettleton, S. 2006. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Pasveer, B., Akrich, M. 2001. „Obstetrical trajectories. On training women/bodies for (home) birth.“ Pp. 229–242 in DeVries, R. et al. (eds.). *Birth by Design. Pregnancy, Ma-*

- ternity Care, and Midwifery in North America and Europe. New York: Routledge.
- Plummer, K. 2003. *Intimate Citizenship. Private decisions and public dialogues*. Seattle, London: University of Washington Press.
- Pollock, D. 1999. *Telling Bodies, performing birth. Everyday narratives of childbirth*. New York: Columbia University Press.
- Reiger, K., Dempsey, R. 2006. „Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity.“ *Health Sociology Review*, Vol. 15, No. 4: 364–373.
- Susen, S. 2010. „The Transformation of citizenship in complex societies.“ *Journal of Classical Sociology*, Vol. 10, No. 3: 259–285.
- Šmídová, I. 2008. „Otcovství u porodu. Re-konstrukce genderových vztahů v rodině.“ *Sociální studia*, Vol. 5, No. 1: 11–34.
- ÚZIS. 2010. *Rodička a novorozenec 2009*. [online] Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 20. 4. 2011]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/rodička-novorozenec-2009>>.
- Waldenström, U. 2007. „Normal childbirth and evidence-based practice.“ *Women and Birth* Vol. 20, No. 4: 175–180.
- WHO, UNICEF. 2009. *Baby friendly Hospital Initiative. Background and Implementation* (section 1). [online]. Geneva: World Health organization, UNICEF, Wellstart International [cit. 27. 3. 2011]. Dostupné z: <<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594950/en/index.html>>.
- WHO. 1996. *Care in normal birth: a practical guide*. [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 7. 8. 2011]. Dostupné z: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>.
- Woliver, L. R. 2002. *The Political geographies of pregnancy*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.
- Young, D. 2009. „What is normal childbirth and do we need more statements about it?“ Editorial.“ *Birth*, Vol. 36, No. 1: 1–3.
- Zadoroznyj, M. 1999. „Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth.“ *Sociology of Health and Illness*, Vol. 21, No. 3: 267–289.
- řila, označuji ženy, s nimiž jsem hovořila v porodnicích, způsobem, jakým byly často osločovány i ve zkoumaných porodnicích, tj. oslovením „paní“ a příjmením. Naopak ženy v rámci druhého projektu označuji smyšlenými křestními jmény, neboť většina z nich patří do okruhu mých přátel.
- 4** Pochopitelně je možné, že dotyčná informována byla, avšak například v důsledku stresu z nové situace si informace nepamatovala. Následující text však dokládá, že v některých zařízeních nebyly rodičky o poskytované péči informovány systematicky.
- 5** Tento přístup je zároveň považován za důležitou podmínku pro tzv. normální průběh porodu, který je obvykle definován jako spontánní fyziologický průběh porodu, do něhož není zvnějšku zasahováno (viz Waldenström 2007: 175–176, Young 2009, WHO 1996).
- 6** Alena dostala dítě k přiložení hodinu po (operativním) porodu, následně za tři hodiny a pak až za půl dne s informací, že je již „najezené“. Přes noc do desáté hodiny dopoledne dalšího dne byly od sebe odděleny. Podobně Běta rodila v půl páté ráno, kdy jí dítě dali k přiložení, až v půl jedné odpoledne jí ošetřující lékařka přišla informovat o tom, že dítě zůstane na novorozeneckém oddělení, na kojení jej dostala večer po vizitě. Některé ženy, například Hana, však nepovažovaly své oddělení od dítěte za problém.
- 7** *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI) je program iniciovaný organizacemi WHO a UNICEF. Deset minimálních globálních kritérií pro získání statusu BFHI zahrnuje mimo jiné: psanou formu politiky kojení, s níž jsou seznámeni všichni zaměstnanci nemocnice; výcvik všech členů personálu porodnice k tomu, aby mohl tuto politiku kojení prosazovat; pomoc matkám v iniciaci kojení do půl hodiny po porodu; povinnost ukázat matkám, jak kojít a udržet laktaci i v případě oddělení od dítěte; zákaz podávat novorozencům něco jiného k pití a jídlu než kojení, pokud není lékařsky indikováno; praktikovat rooming-in umožňující, aby matka a dítě byly spolu 24 hod.; na požádání podporovat kojení; nedávat dětem umělá šidítka, dudlíky apod. (WHO, UNICEF 2009: 3).

© Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., Praha 2011

Poznámky

1 Výsledná studie vznikla za částečné finanční podpory motivačního systému Západočeské univerzity v Plzni, část POSTDOC10, a za podpory postdoktorského výzkumného projektu GA ČR P404/11/P089.

2 Použitý návod k rozhovorům se ženami po porodu (*interview guide*) byl zveřejněn v příloze výsledné etnografické studie (více viz Hrešanová 2008: 211).

3 Všechna jména konverzačních partnerek uvedená v tomto textu jsou pseudonymy. Pro snadné odlišení toho, v rámci jakého projektu jsem s citovanou informátorkou hovo-

*Ema Hrešanová působí jako odborná asistentka na katedře sociologie na Západočeské univerzitě v Plzni. Doktorát z oboru sociologie získala na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně v roce 2009. Dlouhodobě se zabývá sociálněvědním výzkumem v oblasti genderu a zdraví, konkrétně porodu, porodnictví a lidské reprodukce. V roce 2008–2009 obdržela stipendium Fulbrightovy komise ke studiu těchto témat na University of North Carolina, Chapel Hill v USA. Je autorkou knihy *Kultura dvou porodnic: etnografická studie* (2008). Korespondenci zasílejte na: ehresano@kss.zcu.cz.*