

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií
Katedra studií občanské společnosti

**ROLE OOS ZABÝVAJÍCÍCH SE PROBLEMATIKOU
PŘIROZENÝCH PORODŮ OČIMA JEJICH
KLIENTEK**

Diplomová práce

Autorka: **Bc. Markéta Švecová**
Vedoucí práce: **PhDr. Marek Skovajsa, M.A., Ph. D**

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně za použití uvedených pramenů a literatury. Souhlasím s tím, aby tato diplomová práce byla zveřejněna v elektronické knihovně FHS UK a byla využívána jako studijní text.

V Praze dne 15. 9. 2009

.....
Bc. Markéta Švecová

Poděkování

Děkuji PhDr. Marku Skovajsovi, M.A., Ph. D za laskavé vedení této práce a za podnětné připomínky a rady.

Děkuji své rodině a svým blízkým za soustavnou podporu a trpělivost.

V neposlední řadě děkuji všem ženám, které mě inspirovaly.

Obsah

Abstrakt.....	6
Klíčová slova.....	6
1. Úvod.....	7
2. Porodnická péče a její modely, porod jako sociální problém.....	9
2.1. Dva modely porodnické péče.....	10
2.2 Historický vývoj.....	12
2.3 Porod jako sociální problém.....	13
2.4 Možnost volby aneb podpora přirozeného porodu ze strany občanské společnosti.....	16
3. Občanský sektor – vymezení a historie, vznik organizací občanského sektoru z pohledu teorie heterogenity.....	20
3.1. Vymezení občanského sektoru.....	20
3.2 Občanský sektor v České republice – historický vývoj a současná situace.....	24
3.2.1 Vývoj do roku 1989.....	24
3.2.2 Vývoj po roce 1989.....	25
3.3 Vztah OS a státu.....	27
3.4 Vznik OOS z pohledu teorie heterogenity.....	29
4. Situace v českém porodnictví po roce 2000.....	32
4.1. Historické pozadí a současné trendy v českém porodnictví.....	32
4.2. Role organizací občanského sektoru.....	33
4.3. Cesta občanské společnosti k přirozeným porodům – konkrétní příklady z praxe.....	35
4.3.1 Centrum aktivního porodu ve Fakultní nemocnici na Bulovce.....	35
4.3.2. Cesta k porodnímu domu – Porodní dům U čápa.....	36
4.3.3. Příběh liberální porodnice ve Vrchlabí.....	38
4.4. Veřejné diskuze o domácích porodech v ČR.....	40
4.4.1 Spory mezi profesemi – lékaři versus porodní asistentky.....	41
4.4.2 Vliv médií.....	42

4.4.3. Dočká se Česká republika dialogu?.....	44
4.5 Současný postoj organizací občanského sektoru.....	46
5. Empirická část.....	48
5.1 Metodologický postup.....	48
5.1.1 Výzkumné otázky.....	48
5.1.2 Metodologie.....	49
5.1.3 Metody sběru dat.....	50
5.1.4 Popis výzkumného vzorku.....	51
5.1.5 Průběh rozhovorů.....	52
5.1.6 Možná rizika výzkumu.....	53
5.2 České OOS, působící v problematice přirozených porodů.....	54
5.2.1 Profesionální organizace porodních asistentek a dul.....	54
5.2.2 Zájmové organizace.....	57
5.2.3 Dílčí úspěchy českých OOS.....	61
5.3 Analytická část.....	64
5.3.1 Kvalitativní analýza rozhovorů.....	64
5.3.2.1 Profil respondentky.....	65
5.3.2.2 Motivace pro využití služeb OOS.....	66
5.3.2.3 Těhotenství jako nemoc – hodnocení lékařské péče.....	69
5.3.2.4 Hodnocení služeb OOS.....	74
5.3.2.5 Genderové aspekty porodu	80
5.3.2.6 Celkové hodnocení současné situace v českém porodnictví.....	82
5.4 Shrnutí výzkumu aneb co OOS a ženy vlastně chtějí?.....	86
6. Závěr.....	91
7. Literatura.....	94
Přílohy.....	102
O autorce.....	116

Slovník důležitých pojmů.....	117
Rejstřík.....	118

Abstrakt

Diplomová práce „Role OOS zabývajících se problematikou přirozených porodů očima jejich klientek“ načrtává hlavní osu problematiky sporů kolem otázky přirozených porodů mezi českými organizacemi občanského sektoru, které se tématem zabývají, a státním zdravotnictvím. Práce je zaměřena na představení tématu porodu jako sociálního problému a přiblížení motivace organizací občanského sektoru se v této oblasti angažovat. Pozornost je věnována také popisu současného stavu situace v České republice. V empirické části jsou blíže představeny konkrétní organizace a jejich činnost. Stěžejním tématem výzkumu, založeného na kvalitativních metodách sběru dat je pohled na celou situaci očima žen – matek a zároveň klientek organizací občanského sektoru, které mají osobní zkušenost s přirozeným porodem. Empirická část je zaměřena na zodpovězení základních výzkumných otázek, týkajících se toho, jak klientky vnímají současnou situaci u nás, co je motivovalo k úvahám o přirozeném porodu a jaké jsou jejich zkušenosti s jednotlivými poskytovateli služeb v dané oblasti.

Klíčová slova

Lékařsky vedený porod

Přirozený porod

Porodní asistence

Organizace občanského sektoru

Zdravotnický systém

Porodnice

Domácí porod

Pacientky - péče

Klientky porodnického systému – služby

Psychický komfort

1. Úvod

Jak hlásá podtitulek knihy *Porodní příběhy*, vydané občanským sdružením *Aperio*, rodíme se jen jednou. Pro rostoucí počet žen v České republice je tato skutečnost důvodem k zamyšlení, jak by si tento výjimečný okamžik svého života představovaly a jak by k němu měly přistupovat. Přibývá žen, které se neztotožňují s modelem lékařsky vedeného porodu, který je téměř bezvýhradně uplatňován v českém porodnickém systému. Řada žen dává přednost modelu přirozeného porodu a hledá cesty, jak naplnit své představy o zrození vlastního dítěte coby přirozeného procesu.

O tomto tématu jsem začala uvažovat před dvěma lety, kdy jsem měla možnost sledovat, s jakými peripetiemi se potýká těhotná žen z malého města, která touží porodit své dítě v klidu svého domova, za přítomnosti „porodní báby“, zcela v souladu s potřebami svého těla a dítěte. Začala jsem se o tuto situaci zajímat a zjistila jsem, že tento fenomén je možné chápat jako společenský problém, střet dvou názorových tendencí, reprezentovaných v tomto případě státem a občanským sektorem.

V České republice během posledních 15 let vznikla řada organizací občanského sektoru, které si kladou za cíl poskytnout české veřejnosti informace, které by představily porod a těhotenství jako přirozený proces, který ženy nutně nemusí prožít v odosobněném prostředí nemocnice, pokud si to nepřejí. Tyto organizace čerpají inspiraci ze Západních zemí a poskytují zázemí ženám, které myšlenka přirozeného porodu oslovila. Poukazují na skutečnost, že počet těchto žen stoupá a že se v České republice v poslední dekádě formuje nová skupina občanů, kteří nejsou spokojeni s nabídkou a kvalitou služeb, poskytovaných těhotným ženám a rodičkám ve státním zdravotnictví a proto žádají více prostoru pro své požadavky.

Předkládaná diplomová práce si klade za cíl představit problematiku přirozených a lékařsky vedených porodů jako společenský problém se zaměřením na aktivity organizací občanského sektoru v této oblasti u nás. Dané téma bude představeno v historickém kontextu a v souvislosti s teoretickým pozadím občanského sektoru. Ve třetí kapitole bude popsán vztah občanského sektoru a státu a vznik organizací občanského sektoru z pohledu teorie heterogenity. Jedna kapitola bude potom věnována vývoji situace po roce 2000 a současnému stavu věcí v České republice s důrazem na roli organizací občanského sektoru v této oblasti.

V empirické části práce bude představeno deset subjektů českého občanského sektoru, které se v problematice angažují. První část páté kapitoly bude věnována jejich aktivitám a dosavadním úspěchům. Druhá část této kapitoly přinese pohled na celou situaci v českém porodnictví očima jejich klientek. Pomocí kvalitativních metod sběru dat bude zjišťováno, jak

tato skupina žen vnímá služby, poskytované státním zdravotnictvím, jak vnímá služby, poskytované občanským sektorem a jak se tyto ženy cítily jako klientky současného porodnického systému v ČR. Výzkum se věnuje také jejich motivaci k využití služeb organizací občanského sektoru a genderovým aspektům celé problematiky. Během výzkumného šetření jsem také hledala odpověď na otázku, v čem spočívá výhoda organizací občanského sektoru v porovnání s jinými formami subjektů, poskytujícími veřejné služby občanům. V závěru práce jsou popsána stěžejní zjištění a shrnuty výsledky empirické části.

Při interpretaci kvalitativních dat hraje samozřejmě důležitou roli osobní stanovisko výzkumníka ke zkoumanému tématu a to, jak se při zpracování výzkumu vypořádá s vlastní situovaností. Osobně je mi bližší myšlenka přirozeného porodu. Přestože jsem se snažila dbát na to, aby byl můj postoj pokud možno nestranný, tato skutečnost může do jisté míry ovlivnit závěry mé práce především v otázce hodnocení přirozených porodů a být tak určitým zdrojem zkreslení. Přesto věřím, že předložená práce může být díky svým přednostem významným příspěvkem do veřejné diskuze a stát se kvalitní výzkumnou sondou do prezentované problematiky. Více se tomuto tématu věnuji v metodologickém úvodu empirické části práce.

2. Porodnická péče a její modely, porod jako sociální problém

Dobrý porod je takový porod, na který žena vzpomíná s pocitem uspokojení a sebenaplnění, ať proběhl kdekoli.

Zuzana Štromerová

Porod je významný okamžik v životě každého z nás. Je chvílí našeho příchodu na svět a v dospělosti může zásadně zasáhnout do života nás a naší rodiny. Proces porodu je odedávna stejný, ale dnes jsme svědky toho, jak je ze strany různých zájmových skupin stále více kladen důraz na to, aby byla otázce průběhu porodu věnována mimořádná péče.

Zastánci perinatální psychologie věří, že průběh porodu a to, jak jej matka a dítě prožívají, může významně ovlivnit jejich vztah i další vývoj a psychiku dítěte. Je prokazatelné, že plod má schopnost prožívat a manifestovat prožitky na úrovni libé a nelibé již v těle matky. Tento jev lze nazvat elementární duševní život plodu (Kapr, Koukola 1998: 53) a můžeme z něj vyvodit, že již tak malé dítě na podmínky a okolnosti porodu citlivě reaguje. Tato skutečnost posloužila také například americkému psychiatrovi českého původu Stanislavu Grofovi k vytvoření konceptu čtyř archetypů nazvaného bazální perinatální matrice, jež vypracoval na základě zkoumání části lidského nevědomí, vztahujícího se k období kolem porodu a jehož pomocí vysvětloval potíže svých pacientů. Porodní asistentka Zuzana Štromerová uvádí ve své knize Možnost volby: „Všechno, co se během porodu děje, bude mít vliv na to, jak bude žena vnímat po porodu sama sebe. Zrovna tak může porod ovlivnit její vztah k dítěti, její vztah k partnerovi, vztah partnerů k miminku, vztah ke společnosti, do které děťátko přichází, a to nejen těsně po porodu, ale na další dlouhá léta“ (Štromerová 2005: 13).

Nikdo z nás asi nepochybuje o tom, že porod probíhá v porodnici pod odborným dohledem lékařů a moderní techniky. Převážná většina mých vrstevníků a generace mých rodičů tak přišla na svět a nikdo z nás se nad tím asi příliš nepozastavuje. Bereme to jako fakt. V průběhu posledních 20 let však u nás v souvislosti s porevolučními změnami a společenskou transformací, která ovlivnila i české porodnictví, sílí hlasy, které tvrdí, že lékařsky vedené porody by neměly být jedinou možnou cestou a stále více se hovoří o porodech přirozených nebo dokonce domácích.

2.1 Dva modely porodnické péče

Dvojitý přístup k porodnické problematice se v průběhu 2. poloviny 20. století objevil ve většině rozvinutých společností. Zhruba v polovině 20. století v porodnické praxi převládl **model lékařsky vedeného porodu**, který se odehrává v porodnici a spočívá v urychlení porodu invazivními technikami a tlumení porodních bolestí medikamenty. Tento způsob vedení porodu má zajistit bezpečnost rodičky a plodu díky preventivním činnostem lékaře za účelem eliminace možných komplikací, i její psychosomatický komfort plynoucí z minimalizace bolesti (Zeman, Doležal: 2000). Lékařský model využívá účinky analgezie a anestezie nebo hormonu oxytocinu k urychlení porodu a zpravidla je dodržována také určitá předem daná porodní rutina jako je holení, klystýr či provedení epiziotomie (nástřihu hráze neboli perinea). Porod v nemocnici je spíše koncipován jako gynekologická operace, která se odehrává na operačním sále za přítomnosti specialistů a z níž jsou vyloučeni příbuzní a laické osoby. Pozornost se soustřeďuje na fyziologickou stránku procesů, se ženou se zde zachází jako s pacientem (Kapr, Koukola 1998: 51 - 52).

Model přirozeného porodu, vedeného zpravidla porodními asistentkami, je založen na důvěře v instinktivní a intuitivní chování žen během porodu, které nesmí být narušováno vnějšími zásahy, tedy ani aktivními zásahy zdravotníků. Rolí lékařů by mělo být pouze dohlížení na bezpečný průběh celého procesu a provádění občasných neinvazivních kontrol postupu porodu (Hašková 2001: 17). Tento přístup je založen na předpokladu, že ženy jsou schopné zvládnout porod vlastními silami, pokud jsou jim k tomu vytvořeny optimální podmínky. Vychází z toho, že má-li žena při porodu dostatečnou psychickou podporu a minimálně stresové prostředí, produkuje její tělo přirozenou cestou a v dostatečném množství hormony, potřebné pro spontánní porodní činnost (Labusová 2005: 4). Přirozený porod má podle jeho zastánců zajistit bezpečnost rodičky a plodu i psychosomatický komfort plynoucí z odbourání strachu z porodu a komplikací způsobených preventivními zásahy (Odent 1995). Takový porod probíhá zpravidla ve specializovaném zařízení, jako jsou porodní domy nebo malá porodní centra. Ta však existují pouze v některých zemích a proto se řada žen rozhodne родit doma. Pak hovoříme o tzv. domácích porodech.

Zásadní rozdíl těchto dvou přístupů spočívá v odlišném způsobu chápání péče o ženu a dítě při normálním porodu (Labusová 2005: 4). Při lékařsky vedeném porodu se počítá spíše s pasivní rolí rodičky, přirozený model porodu je naopak založen na její aktivní roli, přičemž oba přístupy se mohou prolínat. V ideální situaci by vedle sebe paralelně fungovaly oba porodnické modely. Zdá se však, že jediná země, kde lze o takové ideální situaci hovořit, je

zatím jen Holandsko, kde se přirozené a domácí porody staly součástí celého porodnického systému (Smulders 2002: 98).

Je třeba zdůraznit, že přirozené porody nejsou vhodné pro všechny ženy a za všech okolností, ale především pro porody fyziologické, tedy jen pokud je žena zdravá a průběh těhotenství normální. V žádném případě se tato metoda netýká porodů patologických, kterých je asi 5 % na celkovém počtu porodů a které se řeší zásahy akutní biomedicíny (Hašková 2001: 14).

Výhodou klasického porodnictví je možnost rychlého zásahu v případě komplikací a možnosti zachování zdraví pro matku a dítě v případě předčasného narození nebo poporodních zdravotních komplikací. Odpůrci tomuto modelu však vytýkají, že porod v nemocničním prostředí přestal být paušálně považován za přirozený fyziologický proces a nerizikový jev a že v důsledku toho dochází často k tomu, že lékařské zásahy a medikace se objevují i tam, kde nejsou zapotřebí (Labusová 2005: 4). Řada žen si stěžuje na to, že prostředí porodnic je neosobní, postrádaly přítomnost partnera, personál je neinformoval o zákrocích, které prováděl nebo že novorozené dítě bylo bezprostředně po porodu matce odebráno kvůli nezbytným vyšetřením. Na druhé straně však moderní medicína dosahuje výborných výsledků a převážně většině žen lékařsky vedený porod vyhovuje, neboť plně důvěřují zkušenostem lékařů, technické vybavenosti porodních sálů a možnostem, které má moderní medicína k dispozici.

K výhodám přirozeného porodu se řadí individuální a osobní zacházení s rodící ženou i jejím partnerem a citlivé zacházení s novorozencem a dále možnost ženy rozhodnout o průběhu porodu a prostředcích, jichž bude k jeho zdárnému zakončení použito. Za hlavní nevýhodu přirozených porodů je považována zhoršená možnost poskytnout okamžitou pomoc v případě vzniku akutního nebezpečí, neboť z lékařského hlediska je porod považován za proces nepředvídatelný a nevypočitatelný a tudíž potenciálně rizikový. Zastánci druhého modelu oponují, že při přirozeném průběhu porodu k nečekaným komplikacím nedochází a případné problémy lze vystopovat předem a včas se přesunout do porodnice (Labusová 2005: 5). Přirozený přístup k porodu přesun do porodnice nevyklučuje a vždy je zohledněna možnost rychlé přepravy. Zastánci přirozených porodů neodmítají vymoženosti současné lékařské vědy a techniky, ale rozcházejí se s příznivci aktivně lékařsky vedeného porodu v tom, kdy je využít (Hašková 2001: 15).

V celé práci se budu dále držet terminologie, označující tento model jako přirozený. Lze se také setkat s označením alternativní, ale vzhledem k tomu, že termín „alternativní“ označuje vztah k něčemu jinému, známému, stabilnímu, dominantnímu, používají zastánci

přirozených porodů tento termín neradi, protože odmítají sekundární a marginální pozici. Zároveň se také obávají spojitosti s alternativní medicínou, která je často chápána jako šarlatánství (Hašková 2001: 21).

2.2 Historický vývoj

Podívejme se na vývoj těchto dvou přístupů z historického hlediska. Až do období před druhou světovou válkou se i ve vyspělých společnostech rodilo převážně v domácím prostředí a to způsobem, jaký dnes označujeme za přirozený. Až do konce 18. století byly poskytovatelkami péče výhradně porodní asistentky (dříve porodní báby). Masový přesun rodiček do nemocnic začal po 2. světové válce v souvislosti se vzrůstající urbanizací a rozvojem medicínských možností. Hlavními poskytovateli péče se stali lékaři. Nemocnice nově nabízely sterilní prostředí a vysokou koncentraci specialistů a technického vybavení, které bylo větší zárukou bezpečnosti rodičky i plodu. Brzy tento přístup převážil a domácí prostředí přestalo být pro porod vhodné (Mrzlíková Susová 2004: 9). Aktivní lékařsky vedený porod se stával rutinní praxí ve všech společnostech západního typu, současně však v Evropě došlo k potlačení role zkušených a do té doby tradičních porodních asistentek (Thompson 2002: 69). V důsledku tohoto vývoje se podařilo redukovat rizika porodu a rapidně snížit perinatální i mateřskou úmrtnost, přestože je třeba mít na paměti, že roli zde hrály také další faktory, jako např. zavedení prenatální péče v těhotenských poradnách, zlepšení celkových životních a pracovních podmínek, výživy, hygieny atd. (Mrzlíková Susová 2004: 10).

Jako reakce na tento vývoj se v 60. letech začala objevovat kritika vědecké biomedicíny¹ a medikalizace moderního života vůbec. V Západní Evropě v té době vznikala self-care, self-help a patientská hnutí a kritice se nevyhnulo ani porodnictví (Hašková 2001: 8, 17). Od některých medicínských zásahů, které byly do té doby interpretovány jako nezbytné, se začalo postupně upouštět a začalo se diskutovat o možných alternativách.

Koncept přirozeného porodu je považován za radikální vyústění kritiky lékařsky vedeného porodu. Průkopníkem nové techniky vedení porodu byl nejprve francouzský porodník Frederick Leboyer, který prosazoval postupy snižující stresové vlivy na rodičku a novorozence a kladl důraz na maximální ohled na dítě za účelem minimalizace porodního

¹ Podle Kapra a Koukoly se jedná o vědeckou medicínu zaměřenou na fyziologické procesy. Západní racionální bio-medicína je podle nich postavena na Descartově pojednání o oddělení duše od těla, které ještě v dobách silného vlivu křesťanství v Evropě umožnilo racionální zkoumání fyzické stránky člověka. Bio-medicína jako racionální věda dodnes soustřeďuje pozornost především na měřitelnou, dělitelnou a kvantifikovatelnou fyzickou stránku nemocného (Kapr, Koukola 1998).

traumatu. Svůj přístup shrnul v knize *Porod bez násilí*, publikované v roce 1974. Jeho koncept byl později dále rozpracován a zpopularizován v první polovině 80. let 20. století jeho následovníkem Michele Odentem, který vedl více než 20 let porodnické oddělení v Pithiviers ve Francii, kde uplatňoval Leboyerovy postupy a své zkušenosti shrnul v knize *Znovuzrozený porod*. Tento vývoj vedl ve vyspělých demokratických státech již od 80. let 20. století k postupnému vzniku dvou paralelně fungujících porodnických modelů, popsanych výše (Mrzlíková Susová 2004: 10). V západních zemích dnes doma s porodní asistentkou rodí 1 – 5 % žen, kromě Holandska, kde je jich celá jedna třetina (Jirásková 2007: 39).

Do České republiky se tato debata dostala v důsledku historického vývoje až po roce 1989. Zastoupení dvou výše zmíněných porodnických modelů je u nás dosud nevyvážené, protože přirozený porod není všeobecně přijímán jako standardní řešení (Labusová 2005: 5). K situaci v ČR se podrobně vrátím v jedné z následujících kapitol.

2.3 Porod jako sociální problém

Z určitého úhlu pohledu by se mohlo zdát, že porod je záležitostí spíše medicínskou. Porody si spojujeme především s nemocničním prostředím. Jakmile žena v České republice otěhotní a navštíví svého gynekologa či gynekoložku, stává se pacientkou (Sokačová 2006: 4). Význam, průběh a výsledek porodu v čase se však mění a i některé výše uvedené skutečnosti dávají tušit, že porod je zároveň definován v závislosti na socio-kulturním kontextu. Z kulturního hlediska má zrození – stejně jako smrt – zásadní význam. Bývá obklopeno pravidly, mýty a rituály (Simkin 2002: 28). Navíc je porod významnou událostí životního a rodinného cyklu, neboť je zároveň zrozením nové rodiny a je tedy popsán také jako důležitý sociální činitel (Hašková 2001: 12, 14). Péče poskytovaná ženám v těhotenství a při porodu představuje tedy historicky podmíněný jev, který je třeba chápat v širším kontextu zahrnujícím jak zdravotní, tak sociální, psychologické a etické aspekty (Mrzlíková Susová 2004: 9).

Porod byl odedávna záležitostí žen. Rodící ženy provázela a ochraňovala porodní bába spolu s dalšími ženami (Simkin 2002: 30). Dnes je za standardní považován porod ve zdravotnickém zařízení pod vedením lékařů. Přirozené vedení porodu je prosazováno především porodními asistentkami, které s přesunem porodů do nemocnic ztratily svoji autonomní funkci asistentky rodičky a staly se asistentkami lékařů či ženskými sestrami. Porodní asistentky dnes usilují o to, aby se na jejich profesi přestalo pohlížet jenom jako na odvětví zdravotních sester a začalo být uznáváno jako nezávislé povolání (O'Connor 2002: 23). Mohlo by se zdát, že ožívování původní profese porodních bab je vzhledem k současným

možnostem medicíny krokem zpět, ale porodní asistentky nabízí ženám to, co jim dnešní zdravotnictví nabídnout nedokáže: sociální a psychickou podporu. Proto část tohoto zdravotnického personálu stále volá po profesní autonomii. I když středo- a východoevropské zdravotnictví po pádu železné opony přirozeně prošlo několika fázemi reformy, v mnoha ohledech v něm dodnes setrvává praxe, která byla běžná v dobách totalitního režimu. Zdravotnictví obecně vykazuje velmi dobré výsledky, co se týče mateřské a perinatální úmrtnosti. Stále je však věnováno jen velmi málo pozornosti prožitkům žen, vlivu lékařských zákroků na délku a obtížnost porodu či vlivu chování nemocničního personálu na psychiku matky. Nedostatky v psychosociálním přístupu lékařského personálu k rodičkám ostatně přiznávají i sami lékaři. Zdeněk Hájek, zástupce přednosta gynekologicko-porodnické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze přiznal, že personál je stále ještě mnoho dlužen rodičkám a jejich rodinám, zejména pokud jde o mezilidské vztahy (Ryntová, Wallerová 2002: 55).

Nezřídka vztah mezi rodičkou a personálem sklouzne do vztahu podřazenosti a nadřazenosti a klientce se nedostává potřebné podpory. Marie Vnoučková z Hnutí za aktivní mateřství (HAM) opět upozorňuje na to, že ženy neusilují o lepší přístup kvůli svému vyššímu pohodlí, ale proto, že to, jak prožijí porod, ovlivní jejich další život s dítětem, vzájemný vztah a podobně (Ryntová, Wallerová 2002: 56). Často je ze strany žen také kritizována absence individuálního přístupu a kontinuální péče během těhotenství, porodu a po porodu. Objevila se i diskuze o kompetenci rodiček spolurozhodovat o záležitostech, týkajících se jejich porodu. Zastánci přirozených porodů argumentují, že rodící žena, která je na porod dostatečně připravená, zná své tělo a je si vědoma svých možností, sama nejlíp ví, co je pro ni dobré. Zdravotnictví však patří k těm typům organizací, v nichž jsou o prospěšnosti jimi nabízených služeb oprávněni polemizovat pouze odborníci, a vzhledem ke klientům panuje názor, že sami nedokáží posoudit, co jim prospívá a co naopak škodí (Hašková 2001: 34). Mezi lékaři a rodičkou dodnes přetrvává spíše direktivní přístup a i snaha porodních asistentek osamostatnit svoji profesi je často vnímána ze strany lékařů nelibě.

Zjednodušeně bychom mohli říct, že jde o spor nespokojených matek a porodních asistentek s lékaři. Situace však není tak jednoduchá. Porodní asistentka a ředitelka Evropského institutu porodní asistence v Dublinu Marie O'Connor ve svém příspěvku, který zazněl na mezinárodní konferenci o přirozeném porodu, nazvané Přivádíme děti na svět, která se uskutečnila v roce 2001 v Praze, upozornila, že jde spíše o problém samotného nastavení systému péče. Většina zdravotnických systémů i zdravotních pojišťoven v evropských zemích favorizuje v péči o těhotné ženy práci porodníků – specialistů (O'Connor 2002: 20). Porodníci

jsou velmi kvalitně připraveni, ale porodnické služby a systém péče je vytvářen jimi, často bez ohledu na potřeby těch, kteří péči přijímají. Porod se stal medicínským problémem, nemocniční péče je roztržštěná a zahrnuje velké množství pečovateli. Systém zdravotnictví se stal neosobním (O'Connor 2002: 22). Pokud se žena s touto nabízenou péčí nespokojí, musí si soukromou péči koupit od porodních asistentek s vlastní praxí, přestože platí zdravotní pojištění a na péči v těhotenství dle svého výběru by měla mít nárok. Zdravotní pojišťovny často odmítají se samostatně pracujícími asistentkami uzavírat smlouvy. Podle Marie O'Connor jsou po celé Evropě rozšířeny zákony a regulace, diskriminující porodní asistentky, jimž oficiální zdravotní politika brání v převzetí zodpovědnosti za péči o zdravé ženy při porodu, přestože jsou vyškolenými odbornicemi na normální porod (O'Connor 2002: 23). Doprovod rodiček při domácím porodu je sice legální, ale ženy často nemají zaručenou žádnou odbornou pomoc, protože domácí porody nejsou součástí systému porodnické péče (Ryntová, Wallerová 2002: 56). Marie O'Connor jde ve své kritice evropského modelu ještě dál a označuje porod za lukrativní byznys. Ve většině evropských zemí se porodníci těší monopolu na porodnické služby, který zajišťuje celonárodní zdravotní a pojišťovací systém (O'Connor 2002: 22). A to přesto, že porodní asistentky často poukazují na fakt, že jejich péče by v řadě případů státu vyšla levněji, než péče lékařů (Jirásková 2007: 39). Na vině pak ovšem nejsou lékaři, ale způsob nastavení systému péče.

Porodní asistentky usilují především o svobodné vykonávání své praxe a o možnost volby pro rodící ženy. Nejde o svěření veškerých porodů do jejich péče, odmítnutí jakýchkoli odborných lékařských postupů či využití technologie. Porodní asistentky byly vyškoleny, aby umožnily ženám prožít porod tak, jak si samy přejí, což dnes v mnoha zemích kvůli nedostatku jiných možností znamená родit doma. Ideálně by však porodní asistentky a lékaři měli spolupracovat a dát ženě možnost se rozhodnout podle svého stavu a možností. V knize Hovory s porodní bábou, která je pojatá jako rozhovor s jednou z nejvýraznějších osobností současné české porodnické sféry Ivanou Königsmarkovou, k tomu tato porodní asistentka říká: „K bezpečnému a bezproblémovému porodu potřebuje žena pocit bezpečí. Některá žena se cítí bezpečně doma, jiná v péči lékařů a v prostředí nemocnice. Ale vždy by mělo být respektováno její rozhodnutí“ (Doležalová 2006: 78).

Porod se tedy stal společenským problémem. Iniciativy, usilující o změnu však stále narážejí na nesouhlas a nepochopení z řad laické i odborné veřejnosti. Nežádka dochází k vyhroceným střetům, plným emocí a neschopnosti dialogu, za čímž se skrývá patrně především neochota měnit zaběhnutý systém a osvědčené metody a obtížné prosazování nových reforem. Jeden z problémů, který řadě zdravotníků brání přijmout přirozený porod

jako alternativu k lékařsky vedenému porodu, je podle mého také skutečnost, že na porodníky jsou dnes kladeny velké nároky a vysoká míra zodpovědnosti. Jejich činnost do značné míry podléhá daným pravidlům porodnické péče, což vede k vysoké rutinizaci a standardizaci volených postupů (Hašková 2001: 36). Český porodník, jeden z účastníků dotazníkového šetření porodnic, provedeného agenturou STEM v roce 2000 na zadání Nadace Open Society Fund Praha pro potřeby výzkumu uvedl, že porodnictví je povolání s nejčastějšími soudními dohrami, protože s příchodem rodičky do porodnice na sebe veškerou zodpovědnost bere personál. Lékař říká: „(...) většinou vás nikdo neobviní z toho, že jste něco udělal zbytečně navíc, protože to se i hůře dokazuje. Ale obviní vás z toho, že jste něco neudělal.“ (Hašková 2001: 34). Na lékaře je tedy během jejich práce vyvíjen velký tlak a stává se, že se pro určitý zákrok rozhodnou z obavy, aby něco nezanedbali a rodička či její rodina je nezažalovali (Ryntová, Wallerová 2002: 56). Také podle Marie O'Connor bylo přes 70 procent všech britských a amerických porodníků alespoň jednou soudně žalováno a britští lékaři uvádějí, že za vzestup počtu císařských řezů prováděných ve Spojeném království je zodpovědný právě strach ze soudních procesů (O'Connor 2002: 23). Proto se ani nelze divit, že lékaři na kritiku svých postupů ze strany zastánců přirozených porodů reagují často emocionálně a striktně se od iniciativ asistentek, provozujících vlastní živnost, distancují. Situaci to však nijak nezjednodušuje, spíše naopak. Obě strany jen obtížně hledají cestu ke společnému dialogu.

2.4 Možnost volby aneb podpora přirozeného porodu ze strany občanské společnosti

Jak už jsem zmínila, v západních zemích se porodní problematika stala tématem veřejných diskuzí již v 80. letech 20. století. Postupně se veřejně projevila potřeba formulovat potřeby a zájmy žen, jimž centralizovaná lékařská péče a nemocniční prostředí nevyhovují, a které proto prosazují humanizaci porodnictví a přehodnocení rutinních porodnických praktik. I když faktem zůstává, že ženy, kterým nevyhovuje model lékařské péče a které požadují možnost rozhodnout se svobodně o průběhu svého porodu, jsou dnes v menšině, jejich snaha o změnu současného stavu je nepřehlédnutelná. Přirozený či domácí porod je záležitostí pouze určitého typu žen, v závislosti na jejich přesvědčení nebo zkušenostech. Ze strany těchto žen však vzniká dostatečná poptávka, kterou může uspokojit nabídka porodních asistentek. A tak začala být veřejná diskuze o způsobech poskytování porodní péče a požadavcích reforem záhy podporována občanskou participací. V případě porodnictví se jedná především o zapojení ženských sdružení, hnutí a aktivit do dialogu o problémech spjatých s reálně poskytovanou porodní péčí (Hašková 2001: 8). Ženy se vložily do debat o tématu, které se

jich bezprostředně týkalo a dovolávaly se svých práv rozhodovat o svém těle a svých dětech. Ze strany občanské společnosti vznikla potřeba hájit zájmy určitých skupin, která vyústila v model přirozeného porodu, jež se dnes více či méně daří prosazovat jako paralelu k modelu lékařskému. Řada žen už dnes nechce porod pouze přežít, ale také jej prožít a učinit jej aktem vědomé volby.

V České republice spustily vlnu občanské iniciativy v této problematice porodní asistentky, které se odmítaly smířit se svojí rolí v současném českém porodnictví a s překážkami, které jim bránily provozovat vlastní praxi. Již v průběhu 90. let získaly zkušenosti z řady evropských zemí a začaly usilovat o lepší postavení porodních asistentek v ČR a o možnost samostatného výkonu zdravotnického povolání. Získat respekt ze strany státu a zdravotníků pro jejich úsilí se ukázalo jako velmi obtížné, a tak se pro asistentky stalo řešením vzít situaci do vlastních rukou. Samostatně se v rámci zdravotnického systému svých požadavků dovolávaly jen těžko a tak ke slovu přišly možnosti, které občanům v podobné situaci nabízí občanská společnost. Situaci začaly řešit v 90. letech 20. století, kdy nezávisle na státu vzniklo několik občanských sdružení a profesních organizací, jejichž prostřednictvím začaly porodní asistentky zveřejňovat své požadavky a cíle, poskytovat informace o situaci široké veřejnosti, pořádát profesní konference či vydávat publikace. Zároveň se tak otevřel prostor pro formulaci a prezentování zájmů samotných žen, které aktivity porodních asistentek zaujaly a inspirovaly. Záhy vzniklo několik občanských sdružení a iniciativ z popudu žen – matek, které samy začaly svými aktivitami vyjadřovat svoji nespokojenost se současnou situací v českém porodnictví a usilovat o změnu. K porodním asistentkám a matkám se přidaly také duly (osoba nápomocná během těhotenství, při porodu a v poporodním období), ženská hnutí zaměřená na podporu kojení atd.

Porod mě v následujících kapitolách bude zajímat především jako předmět občanské iniciativy. Trendy, které jsem popsala výše, jsou výsledkem snah o polidštění porodní péče a zajištění potřeb rodičích žen a jejich rodin (Šimkin 2002: 30), které vzešly významnou měrou právě od žen samotných. Většina porodnických zařízení a center, poskytujících ambulantní péči porodních asistentek, má status nestátních neziskových organizací, které občanskou společnost reprezentují. Národní organizace porodních asistentek jsou sdruženy v Mezinárodní konfederaci porodních asistentek (ICM), nevládní organizaci, jejímž cílem je podporovat, reprezentovat a posilovat profesní organizace porodních asistentek na globální úrovni. Členem se může stát každá nezávislá autonomní organizace nebo skupina porodních asistentek (Drejer 2002: 65). Nutno dodat, že ICM má velmi úzký vztah ke Světové zdravotnické organizaci (WHO), která porodní asistenci aktivně podporuje v rámci své

politiky „Bezpečného mateřství“ a k UNICEF, Dětskému fondu OSN. Aktivita porodních asistentek a požadavky žen tedy skutečně nejsou nijak zanedbatelné a mají silnou podporu i ze strany mezinárodních organizací.

Přestože je dnes z pohledu neziskových organizací situace stále neuspokojivá, občanské aktivity v této oblasti již v řadě zemí přinesly své ovoce. Je to možná také tím, že občanské iniciativy, usilující o změny v současném systému jsou často jedinou účinnou metodou, umožňující na problém upozornit a požadavky veřejnosti prosadit. Porodní asistentka Ivana Königsmarková se domnívá, že pokud si nebudou na péči stěžovat sami pacienti, těžko se ve zdravotnictví něco změní. Také diskuzi o sporných otázkách porodnické péče musí vyvolat samy ženy, aby se věci daly do pohybu (Doležalová 2006: 37, 98). Paní Königsmarková se domnívá, že nemalou vinu na současné, (z jejího pohledu) neuspokojivé situaci nesou i porodní asistentky a ženy-matky samy, ať už z pohledu nízké úrovně profesní hrdosti, absence zodpovědnosti za své zdraví a zdraví svých dětí nebo špatné informovanosti a nízké úrovně právního vědomí (Königsmarková 2002: 10). Proto by se měly samy aktivně starat o zlepšení podmínek a ne jen čekat, až to někdo jiný udělá za ně. A proč právě prostřednictvím občanského sektoru? Český sociolog Martin Potůček cituje ve své knize dánského autora Mortena Kjarum: „Klíčovou funkcí neziskových organizací je jejich působení v roli tlumočnicků požadavků občanů. Dosahují toho tím, že umožňují občanům aktivní účast na svých činnostech a zvyšují míru povědomí o těchto požadavcích. Jejich prostřednictvím se artikulují přání a potřeby občanů, a tak se přetavují do politických nároků, které se tím stávají součástí politického procesu.“ (Kjarum, In: Potůček 2005: 105). Občanský sektor navíc umožňuje daleko lepší regulaci takových činností, které vyžadují celostní přístup, vcítění se do potřeb ostatních a ochotu jim pomoci, nebo které předpokládají značnou důvěru na straně klientů ve srovnání s regulací, kterou poskytuje stát a trh. Organizace občanské společnosti jsou také pružnější a tvořivější než rozsáhlé byrokratické instituce nebo mohou nezbytné standardy poskytované péče zajišťovat v mnoha ohledech efektivněji než instituce (Potůček 2005: 106, 107).

Nutnost aktivní občanské participace v případě snahy o prosazení požadavků českých žen a porodních asistentek ostatně vyplynula i z příspěvku pediatra Stanislava Tůmy, profesora Univerzity Karlovy a někdejšího ředitele Odboru vědy a vzdělávání Ministerstva zdravotnictví ČR, který zazněl na konferenci Přivádíme děti na svět v roce 2001. Po příspěvku následovala diskuze, během níž profesor Tůma řekl: „Dámy a pánové. Žijeme v roce 2001. (...) Žijeme v době, kdy můžete dělat, co chcete, máte svá práva, máte možnosti. Musíte své názory prosadit.“ (Ryntová, Wallerová 2002: 67). Tento výrok budiž symbolem

odklonu od prosazování změn v porodnictví výlučně „seshora“ a znakem zásadního obratu ve vnímání matky ve smyslu její možnosti participovat na rozhodování o způsobu, jakým přivede na svět své děti (Hašková 2001: 8).

V následujících kapitolách se budu blíže věnovat představení obecné role nestátních neziskových organizací, dále aktuální situaci v České republice, představení konkrétních neziskových organizací, které u nás v tomto sektoru působí a zamyšlení nad jejich rolí. Když jsem přemýšlela o tématu praktické části své práce, zdálo se mi, že veřejná diskuze mezi zastánci lékařsky vedeného a přirozeného porodu je u nás stále natolik zatížena emocemi a vyhrocenými dialogy mezi oběma stranami, že by bylo obtížné pokusit se jí objektivně empiricky zachytit a popsat. Proto jsem se rozhodla zaměřit svoji pozornost na matky, příjemkyně péče porodnického systému a především klientky neziskových organizací, podporujících přirozený porod. V rámci dotazníkového šetření a výzkumu bych se ráda seznámila s jejich motivací k využití služeb těchto organizací, s jejich zkušenostmi s porodními asistentkami a lékařskou zdravotnickou péčí a obecně s jejich pohledem na celkovou situaci v systému porodnické péče u nás. Zároveň doufám, že mi výzkum pomůže zodpovědět otázku, v čem spočívá výhoda organizací občanského sektoru v porovnání s jinými formami, zajišťujícími služby občanům. Empirická část by tedy měla poskytnout pohled na problematiku očima klientek neziskových organizací, které sdružují české porodní asistentky a matky u nás.

3. Občanský sektor – vymezení a historie, vznik organizací občanského sektoru z pohledu teorie heterogenity

Aktéry politiky v oblasti porodnictví jsou jednak státní a jednak nestátní organizace. V České republice je v tomto odvětví státní sektor reprezentován především Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ ČR), které vytváří organizační a legislativní rámec pro poskytování porodnické péče. Tuto problematiku blíže rozpracovávají konkrétní odbory MZ ČR (Mrzlíková, Susová 2005: 25). Dále se na tvorbě porodnické politiky podílí rozpočtové a příspěvkové organizace MZ ČR, jako například Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR nebo Státní zdravotní ústav, či Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, tedy státní organizace, která je přímo řízená MZ ČR a která organizuje a uskutečňuje všechny formy celoživotního vzdělávání porodních asistentek. Dalšími aktéry v rámci státního sektoru jsou odbory zdravotní a sociální péče krajských úřadů a zdravotní pojišťovny (Mrzlíková, Susová 2005: 26 - 29). Aktivitu nestátního sektoru, který budu dále v této práci nazývat sektorem občanským (viz. dále) lze rozdělit mezi profesní a zájmové neziskové organizace, které v oblasti porodnické péče působí. Do skupiny profesních organizací spadá Česká lékařská komora, Česká gynekologická a porodnická společnost a Česká neonatologická společnost (obě sdružené v České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně), Česká konfederace porodních asistentek a Unie porodních asistentek. Zájmy žen – klientek porodnické péče jsou reprezentovány zájmovými organizacemi, v tomto případě především občanskými sdruženími a obecně prospěšnými společnostmi, které podporují zavádění progresivních přístupů a modelů péče do současné porodnické praxe (Mrzlíková, Susová 2005: 30 - 32).

V následujících kapitolách se zaměřím především na činnost posledně jmenované skupiny, tedy zájmových organizací občanského sektoru. Tyto organizace se však vymezují vůči státnímu sektoru a vztahují se ke všem aktérům politiky porodnické péče. Podívejme se proto na problematiku státního a občanského sektoru nejprve obecněji, z teoretického hlediska.

3.1 Vymezení občanského sektoru

V důsledku historického vývoje, na který se zaměřím v další podkapitole, není v českém jazyce pojmosloví, spojené s problematikou občanského sektoru, zcela jednotné. Různí autoři používají různá označení, hledají se adekvátní překlady cizojazyčných termínů (Dohnalová 2003: 97). Název občanský sektor lze ztotožnit s termíny soukromý neziskový sektor, nestátní

neziskový sektor, třetí sektor či nevládní sektor. Použitá terminologie se liší i u jednotlivých autorů, protože různé vědní obory používají k vymezení občanského sektoru různá kritéria. Ekonomové například preferují název třetí nebo terciální sektor, čímž zdůrazňují, že jde o sektor působící mezi trhem a státem (Frič, Šilhánová 2001: 11). Označení neziskový sektor vyjadřuje, že organizace tohoto sektoru nejsou založeny za účelem tvorby a rozdělení zisku mezi vlastníky, ale že jejich cílem je reinvestování účetního zisku do činnosti organizace za účelem dosahování veřejného prospěchu (Hunčová 2005: 14). Termín „neziskový“ vychází z anglického termínu non-profit a jeho význam je často mylně interpretován, proto se někdy preferuje termín ne-pro-ziskový, z anglického originálu not-for-profit (Haken 2005: 10). Termíny nestátní či nevládní sektor naznačují, že se jedná o organizace, které fungují nezávisle na vládě, a v neposlední řadě pojem občanský sektor, preferovaný společenskovědními obory, zdůrazňuje propojenost neziskových organizací s občanskou společností. Každý z těchto pojmů se opírá o určitý aspekt organizací občanského sektoru, které se zpravidla vyznačují všemi uvedenými atributy (Frič, Šilhánová 2001: 11). V českém jazyce se tedy běžně setkáváme se všemi uvedenými termíny a de facto se na ně nevztahují žádná omezení.

Zůstaňme ještě chvíli u pojmu občanský sektor a podívejme se blíže na to, co se vlastně rozumí onou občanskou společností, která je pokládána za jeho fundament, či slovy Martina Potůčka za jeho podhoubí. Podle tohoto autora se občanská společnost „prosazuje prostřednictvím neustále se vynořujících, působících a zanikajících sociálních interakcí mezi občany; vytváří příležitost pro občany společně vyjadřovat své názory a hodnoty a promítat je do činů“ (Potůček 1997: 51). Tento pojem označuje společenské a ekonomické uspořádání, zásady a instituce mimo rámec státu. Je sférou společenské autonomní samoorganizace mimo sféru politické moci (Dohnalová, Malina 2006: 475). Jak je patrné, ze všech vlastností občanské společnosti se tu klade důraz především na její mimopolitický statut, jelikož je považována především za záruku nezávislosti, neboť by měla „vytvářet jakýsi ochranný val proti možné rozpínavosti státní moci“, jelikož politická moc má tendenci k centralizaci, čímž roste riziko jejího zneužití (Dohnalová, Malina, Müller 2003: 25). Občanská společnost se tedy v Západní civilizaci stala synonymem pro nástroj svobody a záruku demokracie (Müller 2002: 14). Za hlavní motiv občanů pro vytvoření neomezeného a nezávislého prostoru pro spolčování pak můžeme určit obhajobu společných zájmů a dosahování veřejného blaha.

Občanský sektor je možné definovat jako institucionalizované vyjádření života občanské společnosti, tvořené organizacemi, které jsou formou dobrovolného sdružování občanů sdílejících společné hodnoty a ochotných spolupracovat na společném díle (Potůček

2005: 103). Jelikož mě zvolené téma zajímá především v souvislosti s participací občanské společnosti na dané problematice, rozhodla jsem se preferovat pro potřeby této práce pojmy občanský sektor (OS) a organizace občanského sektoru (OOS). Organizace, o nichž budu dále pojednávat, vnímám především jako projev občanské iniciativy, přestože se na ně vztahují všechny charakteristiky, které jsem uvedla výše. Přihlédla jsem také k tomu, že v rámci Evropské unie je termín organizace občanského sektoru (Civil Society Organisations – CSOs) používán častěji než termín nestátní neziskové organizace, který je obvyklý u nás (Dopady 2007: 10).

Trh, stát a občanský sektor lze považovat za tři hlavní regulátory společnosti (Potůček 1997: 13). V ideálním případě se tyto tři pilíře vzájemně doplňují a vyvažují rozložení sil na poli politickém, ekonomickém a na poli občanských svobod (Rektořík 2001: 21). Trh funguje na základě zákona nabídky a poptávky a je samoregulačním systémem ekonomické moci. Stát zprostředkovává formování a výkon moci politické a vytváří obecný rámec fungování společnosti (Potůček 1997: 13, 14). Občanský sektor pokrývá to, co chtějí jednotliví lidé sami od sebe společně dělat, a to v zájmu společnosti a druhých. Vzniká vždy zdola, rozhodnutím „běžných“ občanů a to, co sledují, zpravidla přesahuje pouhý společný zájem a stává se zájmem veřejným (Dohnalová, Malina, Müller 2003: 58).

Pro vymezení znaků organizací občanského sektoru je v české literatuře nejčastěji citována strukturálně-operacionální definice sociologů Lestera M. Salamona a Helmuta K. Anheiera. Jejich mezinárodně uznávané vymezení hovoří o organizacích, které jsou organizované, soukromé, mají neziskový charakter, jsou samosprávné a nesou prvek dobrovolnosti (Bačuvčík 2005: 40). Na rozdíl od negativního vymezení občanského sektoru, které chápe tento prostor jako ne-ziskový (to, co se neúčastní volného trhu) a ne-státní (to, co neobhospodařuje stát) (Bačuvčík 2005: 40), Salamon a Anheier vymezují občanský sektor pozitivně jako ty organizace, které splňují vyjmenovaná kritéria (Rosenmayer 2005: 34). Strukturálně-operacionální definicí se v České republice řídí i Rada vlády pro nestátní a neziskové organizace.

Organizace občanského sektoru lze dělit podle různých kritérií, například podle typu převládající činnosti nebo podle oblastí, v nichž působí (Frič, Šilhánová 2001: 13, 14). Základní typologie těchto organizací je však u řady autorů odvozena od míry veřejného prospěchu. Jak už jsem naznačila, tyto organizace slouží účelům, které často přesahují soukromý prospěch svých členů a tím přispívají k veřejnému blahu. Na základě jejich hlavního poslání je tedy lze rozdělit na vzájemně prospěšné a veřejně prospěšné. Zatímco vzájemně prospěšné organizace jsou orientovány na uspokojování potřeb a zájmů svých

vlastních členů, veřejně prospěšné organizace jsou zaměřeny na uspokojování potřeb širší veřejnosti a poskytování veřejných služeb (Frič, Šilhánová 2001: 12, 13). Celosvětově existuje shoda ve vymezení hlavních oblastí, v nichž jsou organizace občanského sektoru nejčastěji zastoupeny. Do těchto oblastí spadá mimo jiné také zdravotnictví (Dohnalová 2003: 97).

Co se týče funkcí, které občanský sektor plní ve společnosti, jejich výčet se opět u různých autorů liší. Martin Potůček hovoří o třech funkcích: sociální (jeho prostřednictvím se realizují činnosti, o něž lidé projevují zájem a v nichž se chtějí realizovat), politické (přispívá k upevnění politické soudržnosti a rozvoji politické kultury dané společnosti) a ekonomické (coby spotřebitel a producent zboží a služeb i jako zaměstnavatel podporuje národní hospodářství) (Potůček 2005: 105). Frič a Bútora definují pět funkcí organizací občanského sektoru: servisní (OOS jsou poskytovatelé široké škály specifických služeb), inovační (OOS jako tvůrci nových idejí), ochrana práv a sociální změna (OOS jako ochranný val proti rozpínavosti státu a prostředník mezi občany a politiky), komunitní (podpora solidarity v rámci komunity) a demokratizační (kontrola fungování demokracie na všech úrovních) (Frič, Bútora 2005: 168). Karel Müller uvádí funkci ochrannou (záruka nezávislosti na politické moci), legitimizační (potvrzuje legitimitu politické moci, vyjadřuje důvěru vládě), participační (zapojení občanů do správy veřejných věcí) a integrační (vytváření vztahů solidarity a loajality) (Dohnalová, Malina, Müller 2003: 25 – 27).

Organizace občanského sektoru tvoří nezbytný institucionální rámec, umožňující občanům sdružování a společné ovlivňování veřejných záležitostí v roli partnerů institucí státu a trhu. Jejich význam je patrný téměř v každé oblasti sociální aktivity. Přispívají k vytváření zaměstnanosti, aktivnímu občanství, demokracii, zajišťují širokou škálu služeb, zastupují zájmy občanů a hrají důležitou roli v podpoře a zaručování lidských práv a ve vývojové politice (Dohnalová 2005: 6). Martin Potůček však poukazuje na to, že ani vytvoření adekvátních legislativních a ekonomických podmínek pro činnost těchto organizací není zárukou rozvoje občanského sektoru, není-li mezi občany dostatečný zájem v nich působit, tedy pokud daná společnost nedisponuje dostatečným potenciálem občanství, sociální participace (Potůček 2005: 104). V některých případech je potenciál sociální participace narušen a utlumen politickou situací a vývojem mocenských struktur v zemi. Pro příklad nemusíme chodit daleko, těmito historickými okolnostmi jsou postiženy všechny postkomunistické země, včetně České republiky.

3.2 Občanský sektor v České republice – historický vývoj a současná situace

Občanská společnost má v českých zemích dlouhou tradici a v dějinách našeho státu má své důležité místo. Spolková činnost byla na území České republiky vždy bohatá a její význam se nejvíce projevoval zpravidla v dobách národnostního a politického útlaku (Rektořík 2001: 32). Karel Müller hovoří o třech charakteristických etapách historie české občanské společnosti, které její vývoj poznamenaly a formovaly. Za mezníky těchto etap považuje roky 1938 (respektive 1918) a 1989.

3.2.1 Vývoj do roku 1989

Podle Karla Müllera mělo fundamentální význam pro rozvoj občanské společnosti především první období do roku 1938. Müller toto období považuje za dobu vzniku moderní české společnosti. Byl zaznamenán ohromný kulturní, politický a hospodářský vzestup, který formoval národ s pestrou sociální strukturou. Počátky bohatého rozkvětu spolkové činnosti v českých zemích jsou datovány zpravidla do poloviny 19. století. Občanské aktivity měly v té době spojitost s národním obrozením a českým emancipačním hnutím, které si kladlo za cíl vymezit český národ a českou společnost vůči habsburské monarchii. Čeští politici té doby prosazovali politiku pasivního vzdoru a neloajálnosti vůči státu, což vedlo k tomu, že česká občanská společnost se v počátcích neformovala jako přirozená protiváha vůči státu, ale spíše jako jeho náhrada se silným nacionálním kontextem (Dohnalová, Malina, Müller 2003: 83 - 89). Pravdou je, že některé spolky, které v té době vznikaly, jako například Sokol, Hlávková nadace či spolek Mánes, fungují dodnes (Rektořík 2001: 33).

Skutečný rozkvět zaznamenaly české spolky po roce 1918, v období První republiky. Frič a Šilhánová toto období dokonce nazývají „zlatým věkem“ neziskového sektoru (Frič, Šilhánová 2001: 19). V tomto období opadl emancipační zápal a začalo se objevovat více zájmových spolků. Nadšení ze vzniku národního státu způsobilo značné navázání spolků na politické strany, provázené „až přehnaně těsnou symbiózou se státem“, která, jak se později ukázalo, byla snadno zneužitelná totalitním režimem (Dohnalová, Malina, Müller 2003: 89). Ten přišel postupně, nejprve s německou nacistickou okupací v roce 1938 a o deset let později s nástupem komunistické vlády, řízené Sovětským svazem. Mezi těmito dvěma událostmi byla navíc celá společnost poznamenána příchodem druhé světové války, kdy veškerý společenský život musel ustoupit na několik let zcela do pozadí. Avšak situace se nezlepšila ani po válce.

Poté, co se vlády ujala v roce 1948 komunistická strana, která začala v českých zemích budovat totalitní politický systém, veškerá spolková aktivita se přesunula pod dohled

stranického vedení. Tentokrát došlo ke zcela záměrné a řízené „kolonizaci“ občanské společnosti ze strany státu (Müller 2002: 189). Svobodné sdružování se proměnilo v centrálně řízené členství v zájmových organizacích, které bylo často podmíněno členstvím politickým. Desítky tisíc společenských organizací byly sdruženy v systému zastřešující Národní fronty. Jak shrnují Frič a Šilhánová, „(o)bčanská participace (...) byla většinou jen formální, neautentická, vyvíjená jen za účelem projevu loajality k režimu“ (Frič, Šilhánová 2001: 19, 20). Občané byli nuceni podílet se na organizovaném životě společnosti, ale spontánní život české občanské společnosti byl na dlouhých 50 let potlačen a nahrazen státem kontrolovanými aktivitami. Ti, kdo se s touto situací odmítali smířit a pokoušeli se po svém oživit občanskou iniciativu s důrazem na prosazování občanských svobod a dodržování lidských práv, byli vystaveni tvrdé represi a byli režimem persekvováni.

3.2.2 Vývoj po roce 1989

Koncem 80. let 20. století ztratil socialistický režim dech a v roce 1989 došlo v České republice k pádu tohoto totalitního zřízení aktem tzv. „sametové revoluce“. Občanům se opět otevřela možnost svobodného sdružování. Celá země musela projít výraznými změnami, souvisejícími se znovuoobením tržního hospodářství a s vytvořením podmínek pro svobodnou demokratickou společnost. Bohužel čtyřicet let budování socialismu zanechalo ve společnosti velmi výrazné stopy, které jsou v některých oblastech více či méně patrné dodnes. Změny a reformy potřebují čas, a přestože porevoluční nadšení lidí bylo obrovské, stále se ukazuje, že transformace společnosti je běh na dlouhou trať. Nestačí změnit systém, je třeba změnit myšlení lidí a celkový přístup, což se netýká jen organizací občanské společnosti, ale také například systému zdravotnictví, k němuž se téma této práce také významně vztahuje. Posledních 20 let vývoje české občanské společnosti od pádu socialismu je tedy poznamenáno především adaptací celé společnosti na nové podmínky a hledáním optimálního rámce pro činnost současných organizací občanského sektoru.

První porevoluční vlády se zaměřily především na obnovení instituce trhu a jeho mechanismů, ale podceňovali a zanedbávali ostatní mechanismy, které by pomohly vytvořit příznivé podmínky pro fungování nezávislé autonomní občanské společnosti (Dohnalová, Malina, Müller 2003: 114). V prvních letech po revoluci bylo založeno velké množství organizací, český občanský sektor zaznamenal veliký boom a vzhledem k tomu, že legislativní úpravy a adaptace české společnosti na nové okolnosti probíhaly podstatně pomaleji, trvalo nějakou dobu, než se podařilo situaci alespoň rámcově stabilizovat. V 90. letech 20. století však byla například vytvořena Rada pro nestátní neziskové organizace (dříve

Rada pro nadace), tedy poradní orgán vlády a byl zřízen Nadační investiční fond (NIF) za účelem podpory nadací z části peněz získaných v 2. vlně kuponové privatizace.

Vývoj po roce 2000 byl ovlivněn dvěma velkými změnami. V roce 2001 začala reforma veřejné správy, rozdělená do několika etap, která zahrnovala vytvoření nových krajů a ustavení vyšších územně správních celků. Další změny souvisely se vstupem ČR do Evropské unie v roce 2004 (Frištenská 2003: 147). Tato skutečnost přinesla organizacím občanského sektoru především možnost čerpat finanční prostředky z evropských fondů, v důsledku čehož došlo k významným změnám v oblasti jejich řízení, organizační struktury, strategického plánování, koordinace aktivit, vnitřní komunikace, koncepčních činností či delegace kompetencí. Zlepšila se také propagace aktivit a celkově je možné díky evropské integraci sledovat profesionalizaci vedení OOS (Škarabelová, Janoušková, Veselý 2008: 12). Vstup do EU byl však pro mnoho organizací také příslibem změn ve smyslu nutnosti sladit českou legislativu s evropskými normami a tudíž obecně přijmout změny, které by vedly ke zlepšení situace v oblastech, v nichž organizace působí. To platí i pro oblast porodnictví, kde můžeme konkrétně jmenovat například schválení právních předpisů, které oficiálně obnovily profesi porodní asistentky (Mrzlíková –Susová 2005: 11).

Rámec pro občanský sektor vytváří legislativní úprava. Ta je u nás v současné době stále relativně roztržštěná a český právní řád dodnes jasně nedefinuje pojmy občanský sektor nebo nezisková organizace. Svou podstatou patří organizace občanského sektoru k soukromoprávním subjektům. Právní úprava se promítá do několika obecných zákonů (občanský zákoník, obchodní zákoník, daňové zákony) a do celé řady samostatných zákonů pro jednotlivé typy neziskových organizací (Dohnalová, Malina, Müller 2003: 100). Obecné zákony, ale také Český statistický úřad a metodika národních účtů vymezují subjekty občanského sektoru v širším pojetí a zahrnují sem také příspěvkové či rozpočtové organizace, politické strany nebo organizační složky státu, které ne vždy doslovně odpovídají strukturálně-operacionální definici. V praxi se však setkáme nejčastěji s vymezením užším, kam spadají pouze tyto právní formy: občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, účelová zařízení církví, nadace a nadační fondy. Také Rada vlády pro nestátní neziskové organizace (RNNO) se zabývá pouze těmito právními typy organizací. „Nepsaným“ hlediskem RNNO pro chápání neziskového sektoru je transformace politického systému - RNNO se orientuje na takové formy neziskových organizací, které jsou spojeny s aktivitami, jež před rokem 1989 neměly žádnou povolenou organizační podobu (Müller 2005: 45). Činnost každé této formy dále upravují jednotlivé zákony, vytvořené pro řízení procesu registrace, organizační struktury, finančního řízení, hospodaření organizace a jejího zániku:

zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech, č. 227/1997 Sb., o nadacích a nadačních fondech a č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností (Vajdová 2005: 6).

Občanská společnost by měla být založena na důvěře v abstraktní principy, jež umožňují lidem vzájemně spolupracovat. I přes všechny problémy a těžkosti, které obnovení občanského sektoru a vytvoření rámce pro jeho fungování v regionu střední a východní Evropy provázejí a přes všechny úkoly, které je třeba ještě překonávat, můžeme říci, že si organizace občanské společnosti u nás znovu vybudovaly silné a významné postavení a jejich činnost má dnes již poměrně velkou podporu veřejnosti. Podle Karla Müllera závisí budování zdravé občanské společnosti v postkomunistických zemích především na překonání kulturně-civilizační bariéry, tedy v obnovení důvěry ve svou vlastní moc, přijetí odpovědnosti za svou činnost, ale také oživení důvěry ve veřejné demokratické instituce a funkce, politické elity a životaschopnost nového politického a ekonomického řádu (Müller 2002: 200 - 203).

3.3 Vztah OS a státu

Občanská společnost musí být vytvořena občany, nemůže jí vytvořit vláda, stát. I když ale stát nemůže existenci občanské společnosti zajistit, stále mu patří v jejím budování nezastupitelná role. Měl by její existenci ochraňovat a její vznik podporovat nejrůznějšími prostředky. Hana Frištenská rozlišuje dvě základní role státu, které jsou pro postavení OOS určující: vytvoření právního rámce pro jejich existenci a život a finanční podpora, kterou lze zjednodušeně charakterizovat jako nákup jejich služeb pro občany (Frištenská 2003: 147). Stát potřebuje funkční občanskou společnost nejen na to, aby jej doplňovala a podpírala, ale také chránila před sebou samým (Müller 2002: 219). Tento vztah je však reciproční, jak poukazuje Rejzler, protože organizace občanského sektoru „potřebují ke své kvalitní činnosti prostředky z veřejných rozpočtů, zatímco stát potřebuje jejich kreativitu a flexibilitu při řešení společenských problémů“ (Rejzler 2001: 27). Vztahy mezi státem a občanským sektorem nejsou pevně dané, zpravidla se proměňují v závislosti na okolnostech. Někdy se musí vláda v občanské sféře angažovat více, někdy se naopak musí stáhnout. Ideální vztah Karel Müller popisuje jako vzájemnou tvořivou dynamiku (Müller 2002: 215, 217). V postojích jednotlivých států však hraje velkou roli historický kontext. Evropa se staletou tradicí silných centralizovaných států je občanskému sektoru mnohem méně nakloněna než USA, kde se svépomoc a charita prosazovaly dlouhodobě a stát byl vždy slabý. Faktem ale je, že na financování občanského sektoru se stát v Evropě podílí více než USA, kde je naopak silnější tradice financování ze soukromých zdrojů (Potůček 1997: 98).

Mnozí autoři si kladou otázku, zda je občanská společnost protivníkem či spoluhráčem státu. Podle Potůčka stát může ve vztahu k občanskému sektoru zaujmout v zásadě trojí postoj. Může bránit jeho vzniku nebo jej eliminovat, pokud již existuje, či si jej dokonce podřídit. Takovýto postoj je typický pro totalitní režimy. Nebo může stát naopak rozvoj a uplatnění občanského sektoru stimulovat. Tento přístup převládá v těch společnostech, které nemají problémy s existencí sebevědomého a nezávislého občanství. Třetí možný vztah státu k občanskému sektoru je vůbec se o něj nezajímat (Potůček 1997: 97). Frič a Bútora uvádějí, že vztahy mezi státem a občanským sektorem mohou být v zásadě kooperativní nebo konfliktní. O kooperativním modelu lze hovořit tehdy, „když stát i OOS rozeznají, že cesta vzájemné kompenzace nedostatků je efektivnější než konflikt“ (Frič, Bútora 2005: 170). Můžeme říci, že v postkomunistických zemích střední Evropy jsou vztahy mezi státem a občanským sektorem kooperativní, co se týče poskytování finančních zdrojů ze strany státu. Tyto vztahy však nejsou vždy ideální a bezkonfliktní, zpravidla proto, že OOS musí často soupeřit s organizacemi státního neziskového sektoru, tedy s rozpočtovými a příspěvkovými organizacemi a často se proto dostávají se státem do konfliktů. Frič a Bútora tento scénář popisují následovně: „OOS přicházejí s novými problémy, nápady a metodami jejich řešení. Stát je však neakceptuje jako legitimní, ignoruje nové metody a dál masivně podporuje své rozpočtové a příspěvkové organizace, které se časem přece jen alespoň částečně přizpůsobí novým trendům a nejednou převezmou nápady i metodiku OOS. Vůči tomu se OOS bouří a poukazují na nízkou efektivitu státních organizací, jejich zkosnatělost a z toho vyplývající neschopnost plně uplatňovat nové metody a postupy“ (Frič, Bútora 2005: 172).

Karel Müller však namítá, že prosté konstatování, že stát a občanský sektor spolu buď spolupracují, nebo soupeří, je pouze prostou dichotomií, která nemůže jejich vztah uspokojivě vystihnout. Poukazuje na to, že historicky jsou především souputníky a partnery (Müller 2002: 219). Také podle Rektora je tento vztah mnohorozměrný a hlavně „dvousměrný“ a za odpovídající lze považovat pohled na koexistenci různých typů organizací v národním hospodářství jako na vztah komplementární a konkurenční zároveň. Podle něj v sobě tento vztah zahrnuje současně jak vzájemnou rivalitu, tak spolupráci (Rektora 2001: 32).

Vztah státu a občanského sektoru v postkomunistických zemích je dodnes poznamenán vládou autoritářského režimu. Role státu se ve vztahu k občanskému sektoru po roce 1989 zásadně změnila, ale některé nešvary bývalých režimů se odstraňují jen velmi pomalu. Frič a Šilhánová ještě v roce 2001 konstatovali, že v České republice na sobě stát činí organizace občanského sektoru do velké míry stále ekonomicky závislé díky systému financování z veřejných rozpočtů a jejich vztah označují za státně paternalistický a centralistický (Frič,

Šilhánová 2001: 23). Budovat rovnocenné a vyvážené partnerství mezi státem a občanským sektorem v zemi silně poznačené tradicí státního paternalismu, je poměrně obtížné (Bútora 1995: 20). Země, z nichž se svobodná občanská společnost vytratila téměř na polovinu století, jen pomalu navazují na někdejší tradici a složitě hledají svůj vztah k obnovené občanské společnosti. Podle Friče a Bútorů většina autorů zabývajících se analýzou fungování OOS v regionu střední a východní Evropy sice uvádí, že situace ve vztazích mezi OOS a státem se časem zlepšuje, ale zatím nepovažují tento vztah za plně partnerský (Frič, Bútora 2005: 177). Dědictví, odrážející se ve sklonu oficiálních autorit k centralismu je i po 20 letech zakořeněno ve smýšlení současných generací. Představitelé místní samosprávy také často nemají dostatečné informace o tom, jakou roli OOS v systému vlastně hrají a OOS mohou mít pocit, že jsou zneužívány jako politický nástroj. Takové nejasnosti mohou plodit některé negativní stereotypy a mýty týkající se jedné či druhé strany. Může docházet k tomu, že „(o)фициální autority jsou ze strany OOS nejednou vnímány jako byrokraté, kteří neslouží veřejnosti, ale státu. Na druhé straně představitelé OOS jsou v očích představitelů místní správy někdy jen naivní amatéři (či dokonce extremisté), kteří jim jenom zbytečně přidělávají práci“ (Frič, Bútora 2005: 178).

3.4 Vznik OOS z pohledu teorie heterogenity

Jak bude patrné v následující kapitole, v oblasti českého zdravotnictví jsou tyto posledně jmenované vztahy zatím stále realitou. Podle mého názoru to souvisí také s tím, proč organizace občanského sektoru, působící v ČR v oblasti porodnictví, vlastně vznikají. Analytici vývoje občanského sektoru upozorňují na skutečnost, že organizace občanského sektoru mají tendenci vznikat tam, kde se neuplatňuje dobře ani trh ani stát (Potůček 2005: 104). Jak ale vznikla potřeba vytvářet občanské organizace v oblasti porodnictví, když české zdravotnictví poskytuje špičkovou a snadno dostupnou péči a naše porodnictví vykazuje celosvětově vynikající výsledky? Domnívám se, že i přes tyto skutečnosti se pro vysvětlení vzniku OOS v oblasti českého porodnictví dobře hodí teoretický přístup, známý jako teorie heterogenity nebo také teorie vládních a tržních selhání.

Tuto teorii podrobně popsal Helmut K. Anheier ve své knize *Nonprofit Organizations*. Z jeho pojetí čerpá i řada českých autorů. Anheier tento koncept nazývá také teorií veřejných statků. Autorem tohoto konceptu je ekonom Burton Weisbrod, který se inspiroval teorií veřejné volby. Weisbrod vycházel z toho, že demokratický politický systém je schopný uspokojit poptávku po veřejných statcích pouze na úrovni svého průměrného voliče, tedy že zajišťuje služby veřejnosti podle potřeb převládající většiny, aby maximalizoval své

znovuzvolení do dalšího volebního období. V heterogenních společnostech tak zákonitě zůstane část poptávky ze strany menšinových voličů neuspokojena. Weisbrod tento stav nazval selháním státu a poukázal na to, že ona mezera v poskytování veřejných statků je často zaplňována právě organizacemi občanského sektoru (Anheier 2005: 121).

V Česku nejde přímo o selhání státu z pohledu poskytování daného statku jako takového. Zdravotnická péče je dostupná všem za víceméně stejných podmínek. Můžeme ale říci, že stát (v tomto případě reprezentován Ministerstvem zdravotnictví) selhal v samotném hájení veřejného zájmu, neboť nedokázal zdárně koncipovat a realizovat reformu celého zdravotnictví. Potůček k této situaci dodává: „ Místo dělné kooperace mezi státem a institucemi občanského sektoru jsme (...) byli ve zdravotnictví svědky neustálého hašteření, nekoncepčního lavírování, rozparcelování zájmového teritoria na několik kusů bez schopnosti centra moderovat dialog mezi zájmovými skupinami ku prospěchu celku – v tomto případě pacientů“ (Potůček 1997: 119). Transformace zdravotnictví jako celku tak proběhla pouze částečně a můžeme říci, že dodnes převládá obraz státního zdravotnického zařízení jako sociální instituce s výrazným hierarchickým uspořádáním a vysokou standardizací úkonů (Kapr, Koukola 1998: 59). Z pohledu teorie heterogenity si většina občanů na zdravotnickou péči veřejně nestěžuje, protože je efektivní, snadno dostupná a hrazená z daní. Roste však skupina občanů, kteří mají výhrady proti systému poskytování péče a přístupu k pacientům. Často je například kritizováno, že pacient je vůči lékařům stále zpravidla v podřízené roli, že pacient nedostává dostatek informací o svém zdravotním stavu atd. Právě zde se objevuje potřeba vytvořit protiváhu systému, vytvořeného státem a neschopného transformace a vzniká tak prostor pro působení občanského sektoru. Ve sféře zdravotnictví se tyto tendence v České republice snad nejvýrazněji manifestují právě v oblasti porodnictví.

Z dlouhodobého hlediska organizace občanského sektoru nemohou nahrazovat trh či státní správu v jejich podstatných funkcích, ale mohou je vhodně a v mnoha případech i nezastupitelně doplňovat (Potůček 2005: 104). Občanský sektor v ČR funguje v oblasti porodnictví jako zastoupení nefungujícího státu jen částečně, především ve smyslu poskytování informací o současné situaci a možnostech a vzdělávání a také poskytování tzv. domácích porodů. Kromě toho má významnou roli doplňku působení státu a iniciátora legislativních a transformačních změn.

V posledních několika letech jsme svědky toho, že negativní stereotypy týkající se vztahu státu a občanského sektoru ustupují v postkomunistických státech do pozadí a občanský sektor se stává respektovaným společenským aktérem a partnerem. Domnívám se, že alespoň v České republice je to do velké míry způsobeno také naším členstvím v Evropské

unii, která klade na spolupráci s občanským sektorem a jeho zapojováním do politik EU velký důraz (Dopady 2007: 10). V některých oblastech však dodnes mezi státem a občanským sektorem převládají konfliktní vztahy a neochota ke spolupráci. U nás je jednou z těchto oblastí porodnictví. Proč tomu tak je a jak situace vypadá v současné době, to se pokusím nastínit v následující kapitole.

4. Situace v českém porodnictví po roce 2000

Širší veřejná diskuze o stavu českého porodnictví a o aktivně lékařsky vedených a přirozených způsobech vedení porodu se u nás postupně začala rozvíjet až od poloviny 90. let 20. století (Hašková 2001: 7) v souvislosti s otevřením hranic a transformačními změnami v české společnosti. Tato diskuze, která pokračuje víceméně dodnes, má směřovat k nalezení humánnějšího a demokratičtějšího modelu porodnické péče tak, aby nabídka odpovídala různým typům rodiček.

4.1 Historické pozadí a současné trendy v českém porodnictví

V úvodu této kapitoly si stručně shrňme, z jakého základu dnes vychází české zdravotnictví a porodní praxe a co tuto sféru dodnes ovlivňuje. V druhé polovině 20. století fungoval ve všech zemích socialistického bloku vysoce centralizovaný systém socialistického zdravotnictví. Charakteristickými znaky tohoto systému byla především hierarchická organizace, byrokratická správa a model léčby založený na autoritě expertů a využití technologie. Typická byla také značná dehumanizace vztahu mezi lékařem a pacientem, vyplývající z vysoké byrokratizace medicíny (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 88). Nelze popřít, že tehdejší porodnictví dosahovalo nadprůměrných výsledků, co se týče statistických ukazatelů, ale individuální přístup, ohledy na přání rodiček či naslouchání jejich potřebám nebylo příliš žádoucí. Standardní zdravotní péče byla poskytována masově, od pacienta se očekávalo podřízení se disciplinovanému léčení kompetentním odborníkem. V socialistickém systému péče chyběla kontrolní funkce efektivnosti výkonu, kterou byla spokojenost klienta se službou, a můžeme také říci, že zde chyběla nezávislá hnutí, která by tuto kontrolní funkci zaštiťovala. Po revoluci celý systém procházel transformací, kterou lze popsat jako snahu o posun od zdravotní péče k poskytování zdravotních služeb občanům – klientům. To předpokládalo nový přístup k pacientovi, spočívající v posunu od neochoty chápat člověka jako samostatného a zodpovědného činitele k jeho vnímání jako klienta, tedy osoby hlavní, která je objektem služby, na které záleží (Kapr, Koukola 1998: 59, 60).

V posledních 20 letech u nás proběhla zdravotnická reforma v několika vlnách, souvisejících s decentralizací systému, změnou financování, vznikem profesních komor a vytvořením prostoru pro svobodné rozhodování pacientů o poskytovateli služeb a s následnou ekonomickou stabilizací a konsolidací zdravotnictví. To, co však dodnes chybí, je dlouhodobá koncepční reforma, která by byla založena na kvalitních analytických studiích. Autoři rozsáhlé studie o decentralizaci zdravotnických systémů v zemích střední

a východní Evropy z roku 2005 popisují situaci v České republice takto: „Ve zdravotnickém sektoru má názor a volba pacienta obecně menší váhu, než rozhodnutí poskytovatele. Pozice pacienta v systému ... je na hony vzdálená obrazu dobře informovaného, zodpovědného spotřebitele a uznávaného partnera. Svoboda volby se neopírá ani o dostupné informace o kvalitě a účinnosti, ani o transparentní mechanismus, který by zaručil kvalitu poskytovaných služeb. Největší roli v tomto ohledu hraje neochota poskytovatelů“ (překlad vlastní) (Jaroš et al. 2005: 193). To ale zároveň neznamená, že by se situace neobrátila k lepšímu. Změny jsou nepochybně patrné, i v oblasti porodnictví lze zaznamenat příklon k současným trendům.

Autorky Hašková a Hrešanová s Hasmanovou Marhánkovou se ale shodují, že současné změny v porodnictví, vedoucí k individualizaci a pluralizaci péče souvisí hlavně s příchodem idey konzumerismu a komercionalismu ve zdravotnictví. Tento trend souvisí právě se změnou systému financování zdravotnických zařízení a vychází z vytvoření tržního prostředí v tomto odvětví. Rodičky se stávají klientkami, aktivními aktéry, kteří si svobodně mohou zvolit mezi jednotlivými poskytovateli služeb. Také v důsledku klesající porodnosti jsou porodnice nuceny soupeřit o přízeň klientů, vzniká konkurence a dochází ke komercionalizaci zdravotnických zařízení (Hašková 2001: 26 – 29; Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 91 -93). Nabízené změny služeb a přístupu k rodičce tedy často mohou souviset spíše se snahou porodnic nabídnout klientkám co nejatraktivnější služby, než s nejnovějšími poznatky o potřebách matky a dítěte a zajištění jejich psychického i fyzického komfortu.

I přes zavádění reformních opatření si porodnictví zachovává silně medializovaný charakter s pouze omezenými možnostmi volby a faktem zůstává, že volba matky – klientky se dlouhou dobu omezovala pouze na výběr konkrétní porodnice, která je schopná nejlépe naplnit její představy o porodu. Velmi důležitým okamžikem bylo iniciování kritiky ze strany nově se formujících spotřebitelských a zájmových skupin na konci 90. let 20. století (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 90), které pomohlo otevřít tolik důležitou veřejnou diskuzi na toto téma a postupně vedlo k mnoha dalším změnám.

4.2 Role organizací občanského sektoru

Veřejnost žen vůbec hraje v této záležitosti důležitou roli. Lékařské konstrukce vedení porodu nejsou projednávány pouze v rámci odborných kruhů, ale jsou také předmětem hovorů a sdělování zkušeností mezi matkami. Pro ženy je porod konstitutivní zkušeností,

a tak vytvářejí na odborné kruhy tlak, který může trendy v odborných přístupech ovlivnit (Hašková 2001: 20). Podle Hany Haškové jsou změny ve směru k přirozenému vedení porodu u nás spojovány především s profesionalizačními tendencemi porodních asistentek. Začátkem 60. let byl u nás zrušen studijní obor porodní asistentka, z asistentek se staly ženské sestry a tím ztratily svoji profesní autonomii. V 90. letech 20. století se ale porodním asistentkám opět otevřela cesta k profesnímu osamostatnění a opětovnému uznání jejich profese (Hašková 2001: 39, 40). Cesta to však není nijak jednoduchá. Soudě podle porevolučního vývoje, český zdravotnický systém nebyl po revoluci na porodní asistentky připravený a ani příliš zvědavý. Ještě v roce 2001 Ivana Königsmarková na konferenci Přivádíme děti na svět popsala situaci v České republice jako „diskriminaci porodních asistentek“ (Königsmarková 2002a: 10). České porodní asistentky však měly po revoluci přístup k informacím ze zahraničí a možnost vyjet do evropských zemí na stáže a díky rozvíjející se občanské společnosti se jim také naskytl prostor pro to, aby zformulovaly své cíle a pokusily se je uskutečnit.

Pravdou je, že prvními vlaštovkami v této oblasti byly opravdu profesní organizace porodních asistentek. V roce 1992 bylo založeno Sdružení porodních asistentek Čech, Moravy a Slezska, které má dnes samostatné zastoupení v několika krajích a v roce 1996 vznikla samostatná autonomní profesní organizace Česká asociace porodních asistentek (ČAPA), která se vydělila z Gynekologicko – porodnické sekce České asociace sester (ČAS) kvůli „ne příliš utěšenému stavu uvnitř asociace a nevýznamným kompetencím (této) sekce“ (<http://www.pdcap.cz/Texty/PA/CKPA.html>). Začalo se znovu používat označení porodní asistentka a organizace začaly poukazovat na to, že „podle doporučení WHO a EU a podle mezinárodní definice porodní asistentky, kterou schválila v roce 1991 ICM a o rok později i FIGO a WHO, by měla být hlavním poskytovatelem péče související s porodem porodní asistentka“ (Königsmarková 2002b: 59). Praxe v ČR je ale taková, že většinu porodů vedou oficiálně lékaři, zatímco za hranicemi často přebírají pouze komplikované případy, anebo působí na specializovaných klinikách (Štřomerová 2002: 16). Porodní asistentky, nespokojené se svojí rolí v systému, začaly poukazovat na to, že u nás nejsou vytvořeny vhodné podmínky pro výkon jejich povolání, chybí jednotný vzdělávací program a registrační systém pro tuto profesi, není specifikován rozsah jejich kompetencí a práce, kterou mohou vykonávat samostatně a v neposlední řadě si začaly stěžovat na nevyváženost vztahu mezi lékařem a porodní asistentkou (Königsmarková 2002b: 59 – 62, www.unipa.cz, www.pdcap.cz). Opět je ale třeba mít na paměti, že tyto názory a tendence nejsou společné všem porodním asistentkám, jedná se o iniciativu

pouze části z nich, možná proto, že vyšší profesní autonomie s sebou nese také vyšší míru zodpovědnosti a menší jistotu finanční odměny.

Ostatní organizace občanského sektoru, které navazovaly na tyto profesionalizační snahy, začaly postupně vznikat až později, koncem 90. let 20. století a po roce 2000. Organizace, založené z popudu asistentek, otevřely toto téma veřejnosti a daly vzniknout hnutím, vyjadřujícím postoje žen – rodiček a sdružením, usilujícím o vytvoření dalších alternativ nemocniční péči. Spolu s tématem profesní autonomie se otevřela témata dosavadního vedení porodů, práv rodiček, nedostatečnosti poskytovaných služeb nebo jejich zaostávání za trendy států západní Evropy. Vzniklo tak hnutí porodních asistentek, matek, otců, ale i některých právníků, novinářů, duš, zdravotníků nebo odborníků z řad psychologů, sociologů, terapeutů atd. Ve veřejné diskuzi na toto téma se začaly angažovat také organizace zaměřující se obecně na ženská témata. Některé feministické organizace začaly poukazovat na pevně zakotvenou genderovou strukturu oboru porodnictví, kdy nejvyšší právní zodpovědnost za průběh porodu má ve 2/3 muž – lékař a diskuze se tak stala také součástí celospolečensky se rozvíjejícího dialogu nad postavením žen v české společnosti, možnostmi jejich veřejného slyšení a spolurozhodování o záležitostech, které se úzce dotýkají jich samotných i celé společnosti (Hašková 2001: 9, 43). Několik organizací činných v této otázce je také sdruženo v České ženské lobby, síti organizací, která hájí práva žen v České republice a která se otevřeně hlásí k feministické tradici (www.czlobby.cz). Fakt, že jsou aktivity různorodých zájmových občanských i profesních skupin, působících v této oblasti, navzájem propojené a podporované, naznačuje, že tato forma organizace sociálního hnutí s aktivními příznivci na straně odborníků i rodičů skýtá vysoký potenciál pro sociální změnu (Hašková 2001: 43).

O konkrétních výsledcích občanské iniciativy se zmíním později. Pro lepší dokreslení současné situace porodnictví v České republice následuje v textu popis vývoje nejvýraznějšího projektu, který se občanský sektor v dané oblasti snaží během poslední dekády realizovat. Domnívám se, že dobře ilustruje průběh porevolučního vývoje a vypovídá mnohé o tom, jak dlouhou cestu musí neziskové organizace někdy urazit, než dospějí ke shodě se státním aparátem a o tom, že každá sociální změna je dlouhodobý proces.

4.3 Cesta občanské společnosti k přirozeným porodům – konkrétní příklady z praxe

4.3.1 Centrum aktivního porodu ve Fakultní nemocnici na Bulovce

Poté, co si některé české porodní asistentky přivezly řadu pozitivních zkušeností s rozmanitou porodní péčí v zahraničí, začal se formulovat jejich požadavek vytvořit u nás porodnické oddělení, které by respektovalo zásady přirozeného porodu. S touto myšlenkou přišla porodní asistentka Zuzana Štromerová, která měla dlouholetou praxi z Ústavu péče o matku a dítě v pražském Podolí a které se podařilo iniciovat vznik Centra aktivního porodu (CAP) ve Fakultní nemocnici Bulovka, které bylo otevřeno začátkem roku 1998. Jak je uvedeno na webových stránkách obecně prospěšné společnosti Porodní dům U Čápa, která pod vedením paní Štromerové vznikla o několik let později, projekt od začátku narážel na nepochopení a neochotu (www.pdcap.cz). Projekt to byl u nás ojedinělý a do té doby nevídaný. Centrum se však za podpory vedení nemocnice a za pomoci Ivany Königsmarkové a dalších tří porodních asistentek podařilo rozběhnout a vzniklo tak zcela ojedinělé pracoviště, nabízející „domácí“ prostředí, o které byl ze strany rodičích matek dostatečný zájem, odpovídající kapacitě zařízení. Bohužel jeho existence netrvala dlouho. V létě roku 2000 CAP ukončil svoji činnost. Toto centrum existovalo na Bulovce vedle klasického porodnického oddělení a podle všech dostupných informací byly důvodem jeho zániku neshody mezi zaměstnanci CAP a porodnickým oddělením. Asistentky centra si například stěžovaly na nevyhovující smlouvu a v době, kdy v centru zůstaly několik měsíců jen 3 asistentky z 5, se jim nepodařilo najít společnou řeč s primářem celého oddělení a nevyhovující situaci vyřešit. Vedení se tedy rozhodlo CAP začlenit do běžného režimu klasického porodního sálu a všechny zaměstnankyně posléze podaly výpověď (www.pdcap.cz).

Na stránkách Porodního domu U Čápa, kde je v sekci Historie uvedeno vyjádření Zuzany Štromerové, tehdejšího primáře Jaroslava Blovskeho nebo Hnutí za aktivní mateřství, ale i další reakce a komentáře, není těžké si udělat obrázek o tom, že celá záležitost měla poněkud emotivní pozadí a v jejím jádru stály především osobní neshody asistentek, které se snažily vytvořit zcela nový model péče a zbytku porodnického oddělení. Značný spor se vedl například o přítomnost lékaře – porodníka a pediatra v CAP během porodu. Asistentky argumentovaly, že nepřítomnost lékaře je zcela v souladu s doporučeními WHO, ICM a FIGO, zatímco pan primář ve svém prohlášení informuje o tom, že „(b)yl jmenován odborný garant (CAP) MUDr. Dvořák, který měl za úkol sladit názory PA (porodních asistentek) z CAP s legislativou a odbornými požadavky“ (www.pdcap.cz). Podle vedoucího lékaře Jozefa Záhumenského bylo hlavním důvodem neshod to, že centrum využívaly hlavně klientky, které odmítaly jakoukoli spolupráci s personálem a „představovaly si něco jako porod doma na naši zodpovědnost.“ (Hradilek 2006). Na

podzim roku 2000 bylo otevřeno Centrum aktivního porodu v Kadani, v Praze se ho ale až dodnes obnovit nepodařilo.

4.3.2. Cesta k porodnímu domu – Porodní dům U čápa

Ještě před ukončením činnosti CAP bylo založeno občanské sdružení Centrum aktivního porodu, jehož cílem bylo podporovat vznik podobných center, změny v českých porodnicích nebo uznání profese porodních asistentek. Ústředním projektem sdružení se ale stalo vytvoření porodního domu. Porodní domy jsou na západě běžnou alternativou nemocničních zařízení a slouží jako kompromis pro rodičky, které nechtějí родit v porodnici, ale zároveň se necítí bezpečně ani při představě porodu doma. Patří do systému veřejné porodní péče, v řadě zemí mají legislativní podporu a někde jsou jejich služby dokonce hrazeny ze zdravotního pojištění (www.pdcap.cz). Tyto domy fungují například v Německu, Švýcarsku, Belgii či Nizozemí. Porodní dům je zařízení nezávislé na nemocnici, které nabízí domácí prostředí a poskytuje plnou škálu služeb souvisejících s předporodní péčí, porodem a šestineděním (Štromerová 2002: 16). Je to zpravidla zařízení ambulantní, v němž služby poskytují porodní asistentky a nepracují zde lékaři (Štromerová 2005: 15, 16). Zařízení je ale vždy orientováno tak, aby bylo v dosahu nemocničního zařízení pro případ komplikací.

Pracovní verze projektu vybudování porodního domu jako praktického pracoviště primární porodnické péče byla předložena Ministerstvu zdravotnictví ČR v roce 2001. V roce 2002 získalo o.s. Centrum aktivního porodu prostory pro vybudování porodního domu a v roce 2003 byla založena obecně prospěšná společnost Porodní dům U čápa, opět pod vedením Zuzany Štromerové. O.p.s. svou činností navázala na aktivity o.s. CAP a zaměřila se na provoz porodního domu. Po volbách do místních zastupitelstev na podzim 2003 však opadla potřebná odezva na projekt ze strany úřadů a o.p.s. musela hledat nové prostory. Po několika nezdarech byl v létě roku 2005 nalezen objekt v Praze Krči a ještě téhož roku tam byl otevřen nový Porodní dům U čápa. Důraz se kladl od začátku na vzdělávací a poradenskou činnost. Porodní část domu byla dokončena za několik měsíců, ale o.p.s. čekala na udělení povolení vést zde porody. A nutno podotknout, že čeká dodnes. První vyjádření Ministerstva je datováno rokem 2005. Ministerstvo nedoporučilo návrh realizovat, ukázalo se, že kamenem úrazu je právě nepřítomnost lékaře a neonataloga v zařízení. Ministerstvo ve svém prohlášení uvádí, že vše, co je v návrhu předloženo, už je součástí stávající péče a doporučuje, aby v zařízení byla poskytována pouze péče poradenská a příprava k porodu. Magistrát hlavního města Prahy následující

rok zamítl žádost o registraci porodního domu jako zdravotnického zařízení, opět kvůli nepřítomnosti lékaře.

Žádost ze strany o.p.s. byla podepřena zákonem 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a především vyhláškou 424/2004, která v § 5 odst. 1 písm. f) stanovuje, že porodní asistentka „připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním“. Právě tento odstavec se stal v celé kauze překážkou. O.p.s. se proti rozhodnutí Magistrátu odvolala a po dalších průtazích a komunikaci s Magistrátem i s Ministerstvem a po vypracování odborných posudků, které Magistrát požadoval, byla Porodnímu domu U Čápa registrace zdravotnického zařízení nakonec udělena v říjnu 2006, avšak pouze pro úkony spadající do péče o těhotné ženy a ženy po porodu s výjimkou onoho předmětu sporu, písmene f). Ministerstvo rozhodnutí potvrdilo a v porodním domě se tedy ani nadále rodit nesmělo. Veškeré materiály k této kauze včetně všech klíčových dokumentů a komunikace jednotlivých subjektů je k dispozici na webových stránkách o.p.s. v sekci Porodní dům U čápa, Cesta k registraci. Zuzana Štomerová se svým právníkem JUDr. Dostálem jednala o celé situaci v dubnu 2007 v Bruselu s Evropským komisařem pro vnitřní trh Evropské Unie o dalším postupu (www.pdcap.cz).

Na podzim roku 2008 o.p.s. nezískala granty, potřebné k úhradě provozních nákladů a byla nucena se opět přestěhovat. Od dubna 2009 sídlí v Praze na Jižním Městě – Chodov. Významným datem pro porodní dům se však letos stal 19. březen, kdy Porodní dům U Čápa vyhrál soudní spor s Ministerstvem zdravotnictví o ono sporné písmeno f) vyhlášky 424/2004. Městský soud v Praze Ministerstvu nařídil, aby zrušilo své rozhodnutí, na základě něhož Magistrát požadoval přítomnost lékařů v zařízení během porodu a českým ženám tak svítla naděje, že se prvního českého porodního domu, v němž budou moci i rodit, jednou dočkají. O.p.s. u soudu argumentovala, že požadavky Ministerstva přesahují rámec toho, co stanoví směrnice EU a co vyžadují jiné evropské státy. Problém ale je, že české zákony a další normy s porodním domem nepočítají, a tak ani není jasné, jaké podmínky by takové zařízení mělo splňovat. Čeká se na precedens. Jak informovaly Lidové noviny, Ministerstvo bude muset nejprve vypracovat vyhlášku, která by taková pravidla definovala. MZČR chce proti rozsudku podat kasační stížnost k Nejvyššímu správnímu soudu a je pravděpodobné, že se celá věc protáhne o dalších několik let (Drchal 2009). Jistý precedens však v rozhodnutí soudu spatřovat lze, přestože poukázal spíše na nedostatečnou legislativní úpravu v této oblasti a na nejasnosti v úpravách stávajících.

Vzhledem k tomu, že soudkyně během procesu zpochybnila, že by české zákony a další normy umožňovaly, aby u porodu byly samotné porodní asistentky bez lékařského dozoru (Drchal 2009), zůstává otázkou, zda se mince v dalších letech či případných sporech přikloní na stranu úřadů nebo porodního domu. Jak je ale uvedeno na webových stránkách o.p.s. Porodní dům U čápa, peripetie vzniku porodních domů byla a je v podstatě ve všech evropských zemích stejná a Česká republika zatím není výjimkou (www.pdcap.cz).

4.3.3 Vývoj situace v liberální porodnici ve Vrchlabí

Další příklad, který bych ráda zmínila jako ilustraci cesty českého zdravotnictví k myšlence přirozených porodů, je gynekologicko-porodnické oddělení Česko-Německé horské nemocnice ve Vrchlabí, které proslulo v druhé polovině 90. let 20. století a během prvních let století nového svým liberálním přístupem k vedení porodu a prováděním přirozených porodů. V roce 1996 jako jedno z prvních českých porodnic umožnilo toto zařízení porod do vody a mezi maminkami se stalo vyhledávanou alternativou. Do této porodnice jezdily rodit ženy z celé republiky i některé slavné osobnosti. V žebříčku nejlepších českých porodnic, sestavovaném občanským sdružením Aperio, se pravidelně umísťovala na předních pozicích. První problém se objevil v roce 2004, kdy jedna z pacientek žalovala primáře Libora Kavana za zanedbání péče při porodu do vody. Pan Kavan sice zůstal primářem oddělení i nadále, ale koncem roku 2006 gynekologicko-porodnické oddělení opustil kvůli osobním neshodám s lékařkou Ivanou Korbelařovou. Pan primář údajně nejprve dal lékařce výpověď a poté podal výpověď sám. Pro nedostatek personálu tedy bylo nutné porodnici dočasně zavřít. Paradoxem je, že právě pan Kavan a paní Korbelařová byli iniciátory přirozených porodů v této nemocnici (Chábová 2006). Ženy, nakloněné myšlence přirozených porodů, celou situaci pozorně sledovaly, protože Vrchlabí bylo dlouhou dobu jediným místem, které tyto porody umožňovalo. Po uzavření porodnice ředitel nemocnice Jan Gavlák oznámil, že pravidla poskytování péče budou nastavena novým primářem a lékaři (Gavlák 2006) a tak dlouho nebylo jasné, zda bude porodnice umožňovat přirozené porody i nadále.

Oddělení bylo znovu otevřeno na jaře 2007. Nový primář Jan Havlík oznámil, že alternativní porody budou nadále možné, ale s určitým omezením. „Jsem extrémně opatrný. Tam, kde můj předchůdce nezasahoval, já zasahovat nejspíš budu“, citoval nového primáře server atuálně.cz (Bártová 2007). Bylo zavedeno povinné ultrazvukové vyšetření po nástupu do porodnice a porod jen za přítomnosti porodní asistentky nebyl nabízen. V létě 2007 bylo oddělení opět uzavřeno kvůli nutným stavebním úpravám a od

otevření 8. 8. 2007 fungovalo opět jen několik měsíců. V lednu 2008 se uzavřelo znovu. Ředitel nemocnice Vladimír Dryml tehdy v rozhovoru pro server AZrodina.cz řekl, že důvodem byl nedostatek lékařů ochotných rodit přirozeným způsobem a interpersonální problémy (Konopíková 2008). Naposledy byla porodnice otevřena v říjnu 2008. Dnes na stránkách gynekologicko-porodnického oddělení ve Vrchlabí najdeme uvedeného někdejšího primáře Libora Kavana jako zástupce primáře a MUDr. Ivana Korbelařová v květnu tohoto roku publikovala na serveru AZrodina.cz článek o tom, jak se dnes rodí ve Vrchlabí. Jak sama uvádí, svého času bylo slyšet hlasy, že Vrchlabí už není tím, čím bývalo. Podle jejího popisu a informací na stránkách nemocnice se ale zdá, že v roce 2009 rází porodnice podobnou filosofií jako před deseti lety (Korbelařová 2009) a i personální složení je podle všeho obdobné.

O této nemocnici se ale zmiňují také proto, že zde v roce 2002 vzniklo občanské sdružení Znovuzrozený porod s cílem podporovat humanizaci porodnictví v České republice. Zakládajícími členy sdružení byli lékaři a porodní asistentky Česko-Německé horské nemocnice ve Vrchlabí. Jednou z hlavních kontaktních osob je na webových stránkách sdružení uvedena právě MUDr. Korbelařová. Na stránkách sdružení je však poslední zápis ze dne 15. dubna 2007, v němž sdružení vyjadřuje své obavy z dalšího působení porodnice po nástupu tehdejšího primáře Havlíka. Kontaktovala jsem MUDr. Korbelařovou elektronicky, abych zjistila, zda je občanské sdružení ještě aktivní. Podle informací od výše zmíněné paní lékařky o.s. Znovuzrozený porod nyní žádnou aktivitu nevyvíjí. Přestože jsem během své terénní práce zaslechla mnoho hlasů, podle nichž „Vrchlabí už není, co bývalo“, MUDr. Korbelařová uvedla, že si osobně nemyslí, že by se praxe ve vrchlabské porodnici nějak významně lišila od předchozích let. Podle všeho se tedy zdá, že o.s. Znovuzrozený porod sloužilo především k podpoře myšlenky přirozených porodů v době personálních sporů, které ohrožovaly dosavadní praxi a v současné době tato podpora není potřeba.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem se tedy zdá, že hlavními překážkami myšlenky přirozeného porodu v České republice nejsou pouze nejasné a nedostatečné legislativní úpravy a neochota zřizovatelů nemocnic vytvářet vedle klasických oddělení v porodnicích také centra, která by umožňovala přirozený porod pod vedením asistentek. Velkou roli zde hrají také osobní spory mezi lékaři a porodními asistentkami o způsob vedení porodů a přístup k rodícím ženám a zřejmě, je-li možné to takto pojmenovat, i o mocenské pozice těchto aktérů.

Je však důležité připomenout, že situace není ve všech regionech stejná. Například dobrou pozici porodních asistentek se do větší míry podařilo zachovat na Moravě. Svědčí o tom i fakt, že Zlínsko je zatím jediným okresem, kde plošně funguje dohoda mezi zdravotními pojišťovny a asistentkami, které tak mimo jiné mohou před porodem a po porodu ženy navštěvovat doma (Štomerová 2002: 16). Podle ohlasů některých rodičů, které zazněly na kulatém stole v rámci festivalu Světový týden respektu k porodu v květnu 2009, moravské porodnice vesměs vítají rodiče s vlastní iniciativou, s porodním plánem atd. V tomto ohledu je naopak situace údajně nejhorší v Praze. Co se ale týče například asistence u domácích porodů, v Praze a okolí je zase nejsnazší zajistit si porodní asistentku pro porod doma. V řadě dalších regionů je to naopak téměř nemožné.

4.4 Veřejné diskuze o domácích porodech v ČR

Otázka domácích porodů je v současnosti jedním z nejkontroverznějších témat diskuze kolem stavu českého porodnictví. Hana Hašková se domnívá, že je to mimo jiné způsobeno tím, že na rozdíl od některých jiných evropských zemí u nás nemají domácí porody již několik desetiletí žádnou tradici. To však neznamená, že u nás domácí porody neprobíhaly a neprobíhají. Porody doma byly a jsou u nás metodou poměrně neobvyklou a proto „narážely a narážejí na značné komplikace, a to především z hlediska dostupnosti kvalifikované osoby pro porodní asistenci a odborné vyhodnocování průběhu porodu“ (Hašková 2003: 12). Vzhledem ke skutečnostem, které jsem zmiňovala výše, se domnívám, že pro rostoucí počet matek, které dospějí k rozhodnutí родit doma, je porod doma především východiskem z nouze v situaci, která některým ženám nenabízí dostatečně uspokojivé podmínky pro porod v jiném prostředí. Hana Hašková uvádí, že v rámci výzkumu, který prováděla v roce 2000, se 45 % žen-matek s aktuální zkušeností porodu přiklánělo k usnadnění dostupnosti domácích porodů. Jsou to často ženy s negativní zkušeností s porodem v porodnici (Hašková 2003: 12). Pokud již další podobnou zkušenost nechtějí prožít, nemají ale mnoho možností. Přestože, jak jsem již zmínila, jsou i v zahraničí porodní domy alternativou pro menšinu rodiček, u nás tato možnost stále zcela chybí a tak maminky, které nechtějí prožít svůj porod v porodnici, mohou zvolit jen porod doma za asistence zkušené porodní asistentky. Přitom rozhodně nelze říci, že by ženy, které takovou možnost volí, byly nevzdělané, nezkušené, nezodpovědné nebo málo informované. Naopak jsou to většinou ženy, které se na porod pečlivě připravují, shánějí informace a chtějí se na svém porodu aktivně podílet (Hašková 2003: 12).

4.4.1 Spory mezi profesemi – lékaři versus porodní asistentky

Právě v této otázce je dobře patrná jistá rivalita, která panuje mezi zastánci obou porodnických modelů. Problémem zůstává, že domácí porody nejsou podporované odbornou veřejností. Naopak jsou ze strany odborníků – lékařů spíše demonizovány a zavrhovány. MUDr. Zdeněk Hájek před domácími porody varuje přímo na stránkách České gynekologicko-porodnické společnosti ve své zprávě z roku 2007. Matky, které se pro takový způsob porodu rozhodnou, se tak ocitají v nelehké situaci, kdy musí své rozhodnutí obhajovat nejen před svými blízkými, ale také před vlastním lékařem nebo úřady. Není výjimkou, že lékaři o porodních asistentkách, provádějících domácí porody, často hovoří s despektem jako o nelékařkách, v diskuzích je označují za hysterické a jejich přístup za militantní (Ryntová, Wallerová 2002: 55; Labusová 2003: 11), nazývají je poblouzněnými dámami (Hamplová 2008: 43), poukazují na zdravotní rizika a nebezpečí přirozených porodů, které často označují za hazard a důsledně varují rodiče před nezodpovědným jednáním. Kritiku své práce ze strany porodních asistentek také často označují za frustraci z neschopnosti dosáhnout stejného finančního ohodnocení jako lékaři. Podle mého názoru ale problém tkví také v určité neochotě porozumět tomu, proč vlastně ženy v porodnicích rodit odmítají, když péče, kterou jim lékaři poskytují, je to nejlepší, co jim mohou nabídnout. Navíc málokterý z českých porodníků má osobní zkušenost s přirozeným porodem mimo nemocniční oddělení. Podle Ivany Königsmarkové by dnes jen málokterý český lékař byl „schopen provést ženu porodem doma, protože by takovou situaci psychicky neunesl, nezvládl“. Paní Königsmarková se dokonce domnívá, že lékaři jsou sice vybaveni spoustou teoretických informací, ale nechápou samotnou podstatu porodu (ve smyslu přirozeného procesu) a především jim chybí osobní zkušenost (Doležalová 2006: 58). I přes převažující nepříznivé reakce veřejnosti však neoficiální statistiky uvádějí, že porodní asistentky vedou v České republice až 300 porodů doma ročně a předpokládá se, že toto číslo zdaleka není úplné (www.unipa.cz).

4.4.2 Vliv médií

Nelze přehlédnout, že velkou roli v této problematice hrají média. Podle mediální analýzy provedené společností Newton Media na základě sledování mediálních zpráv v období od 1. 10. 2008 do 23. 3. 2009, není postoj médií vůči domácím porodům v České republice příliš vstřícný (<http://www.mediainfo.cz/temata/1601.html>). Můžeme říci, že v českých

médiích převažuje trend, který domácí porody odsuzuje a varuje před nimi. Jak je uvedeno v analýze, po celé období dávala média spíše prostor vyjádřením oponentů domácích porodů. Nejčastěji je to patrné u zpráv, které informují o potížích, které provázely domácí porod s následkem postižení nebo úmrtí dítěte. U takových zpráv většinou zcela chybí vyjádření zastánců domácích porodů či porodní asistentky, která porod vedla, a tyto události slouží zpravidla k důraznému varování před domácími porody. Ve vyjádření Hnutí za aktivní mateřství k případu úmrtí dítěte po porodu doma v únoru tohoto roku se uvádí, že média v této souvislosti často zmiňovala, že pět až šest případů domácích porodů ročně skončí tragicky: smrtí nebo ochrnutím novorozence. Tato zpráva podle Hnutí za aktivní mateřství ovšem nevychází z reálných statistik, neboť ty nerozlišují plánované porody doma a např. porody překotné, utajované apod. (www.iham.cz). Navíc nikde není zmíněna informace, kolik takových tragických případů ročně zaznamenají české porodnice.

Jak se uvádí v komentáři k analýze, „veřejnost i odborníci se rozdělili na dvě téměř nesmiřitelné skupiny zastánců a kritiků domácích porodů. Argumenty některých aktérů byly velmi emotivní až vyhrocené“ (www.mediainfo.cz). Výraznější mediální diskuzi nastartovala říjnová petice a happening pořádaný Hnutím za aktivní mateřství a Uníí porodních asistentek. Tyto organizace a demonstrující požadovali respektování práv rodiček, posílení statusu porodních asistentek nebo možnost proplácení domácích porodů ze zdravotního pojištění. Aktivity neziskových organizací se promítly i do tematicky zaměřeného diskusního pořadu České televize, odvysílaného 8. 10. 2008. Proti happeningu a petici se v médiích ohradila například Česká gynekologická a porodnická společnost, jejíž ředitel Vladimír Dvořák uvedl 13. 10. 2008 pro Zdravotnické noviny: „Ještě jsem neviděl živou ženu, která by chtěla родit doma. Jsou to fanatičky, naprostá minorita, a pár porodních asistentek, které byly tak neschopné, že je vyhodili z porodnice“ (ČTK 2008).

Analýza uvádí, že také oficiální stanoviska Ministerstva zdravotnictví ve sledovaném období by se dala označit za spíše kritická. Přitom ale existuje řada odborných studií, publikovaných ve světových zdravotnických časopisech, které uvádí, že domácí porody s doprovodem zkušené porodní asistentky jsou co do bezpečnosti (a to jak matky, tak i dítěte) srovnatelné s porody v porodnicích. Za všechny bych ráda uvedla alespoň studii Kennetha C. Johnsona a Betty-Anne Daviss, publikovanou 18. 6. 2005 v *British Medical Journal*, která je volně dostupná na internetu (www.bmj.com). Autoři odkazují na obdobné studie, které dokazují, že míra mortality a morbidit dětí je při porodu doma i v

porodnici shodná. Tito autoři ale zároveň upozorňují na skutečnost, že i přes řadu důkazů, které podporují plánované domácí porody jako bezpečnou volbu pro matky s nerizikovým těhotenstvím, celá situace zůstává v rozvinutých zemích kontroverzním tématem (Johnson, Daviss 2005: 1). Řada materiálů k této problematice je dostupná také v databázi organizace The Cochrane Collaboration (www.cochrane.org). Podle mé vlastní rešerše mediálních zpráv tento rok média informovala zatím o dvou případech vážných komplikací při domácím porodu s následkem smrti či vážného stavu novorozence, přičemž vážný stav obou novorozenců byl zapříčiněn závažnou vrozenou vadou. Přitom podle Petry Sovové v českých porodnicích při vši lékařské péči zemře ročně 300 až 400 novorozenců, ať už se jedná o děti s vrozenými vadami nebo o chyby lékařů (Petrášová 2009), což potvrzuje i ročenka Českého statistického úřadu, podle níž byla v roce 2007 novorozenecká úmrtnost 3,1 ‰ při celkové porodnosti 114 632 dětí (www.czso.cz).

Intenzivnější mediální kampaň proti porodům doma, jejímž cílem bylo varovat veřejnost před těmito porody, byla zaznamenána na podzim roku 2006. Kampaň byla iniciována lékaři z Fakultní Thomayerovy nemocnice a probíhala během jednoho týdne v ranních a dopoledních pořadech České televize a na radiu Český rozhlas Regina. Hlavním argumentem kampaně byly obavy ze zhoršení výsledků perinatální péče v naší zemi na úroveň méně rozvinutých zemí. K této kampani se vyjádřila Unie porodních asistentek, Hnutí za aktivní mateřství a občanské sdružení Aperio a ve svých prohlášeních upozornili například na to, že jim je často vyčítáno, že porody doma propagují. Proti tomu se tyto organizace ohradily s odkazem na to, že reklama porodům doma vzniká zcela samovolně a organizace pouze poskytují zázemí a pomoc rostoucímu počtu žen, které se pro domácí porod svobodně rozhodly (Sovová 2006). Zuzana Štromerová upřesňuje, že organizace pouze upozorňují na to, že by mělo být zákonnou povinností zdravotníků zajistit odbornou pomoc ženě u porodu doma, jestliže si domov vybere za místo pro svůj porod (www.pdcap.cz). Unie porodních asistentek ve svém tiskovém prohlášení uvádí, že silovým zastrahováním veřejnosti a dehonestací soukromých porodních asistentek problém nezmizí a navrhuje řešení tohoto problému pomocí tvorby standardů a změnou úhrady péče porodních asistentek pojišťovnami, dalším vzděláváním asistentek, zvýšením informovanosti a sledováním a statistikou porodů doma (www.unipa.cz). Organizace žádají, aby domácí porody nebyly bagatelizovány nebo demonizovány, ale respektovány. Není také zřejmě náhoda, že téma domácích porodů se objevilo i v divácky velmi populárním českém seriálu Ordinace v růžové zahradě a jak upozorňuje Hana Čápková ve svém článku, scény v seriálu vyzněly spíše ve prospěch porodů v nemocnici. Jaroslav

Brabenec, gynekolog, který pomáhá vymýšlet zápletky pro tento seriál, v tomtéž článku přiznává, že si uvědomuje, že seriál může mít na mínění veřejnosti velký vliv: „Co zazní z obrazovky, je pravda“ (Čápová 2007).

Domnívám se ale, že v přístupu médií lze zaznamenat určitý posun. Zatím poslední případ vážných porodních komplikací při domácím porodu se stal v červenci tohoto roku. Mladá fronta DNES přinesla v sobotu 25. července článek Lenky Petrášové, v němž autorka upozorňuje na to, že tento případ znovu rozpoutal diskuzi o rizicích domácích porodů. V článku jsou ale uvedena stanoviska porodní asistentky Zuzany Štromerové, i Petry Sovové, sedminásobné matky a spoluzakladatelky Hnutí za aktivní mateřství. Zástupkyně organizací občanského sektoru dostaly v tomto článku poměrně dost prostoru, což podle mého názoru může svědčit o tom, že určitá část veřejnosti začíná brát požadavky této skupiny žen na vědomí a postupně začíná docházet k tomu, že média ukazují problematiku očima obou zúčastněných stran. Organizacím občanského sektoru tak nezbyvá než doufat, že podobných reakcí bude v budoucnu spíše přibývat.

4.4.3 Dočká se Česká republika dialogu?

Organizace, které se porodů doma zastávají, bývají také často označovány za „laické“ a například MUDr. Zdeněk Hájek ve svém prohlášení na stránkách České gynekologické a porodnické společnosti uvádí, že porody doma jsou vedeny „po domácku“ a ne na současné úrovni vědy (www.cgps.cz). Přitom porodní asistentky dnes mají vysokoškolské vzdělání a řada z nich má mnohaletou praxi z českých porodnic. Konstruktivní dialog obou stran tedy také často může být ohrožován určitou snahou o degradaci práce porodních asistentek na jakési podomní felčarství a nerespektováním této profese. Jak se ale zdá, tento přístup není pouze záležitostí českou nebo evropskou. Podle Kennetha C. Johnsona a Betty-Anne Daviss potížím čelí například i porodní asistentky, které provádějí domácí porody v Severní Americe. Často je jim znemožněno vést oddělení v nemocnicích a potýkají se i se ztrátou kompetencí. Americká společnost porodnictví a gynekologie (the American College of Obstetricians and Gynecologists) odmítala přijmout politiku podpory domácích porodů a potvrzení jejich nízké rizikovitosti ještě po roce 2000 (Johnson, Daviss 2005: 1).

MUDr. Zdeněk Hájek navrhuje, aby byly v České republice zaváděny rodinné porody v tzv. „family rooms“ při státních porodnicích, jako je tomu například ve Švédsku. Tato oddělení mají navozovat dojem domácího prostředí a zároveň zajistit bezpečí v podobě blízkého sálu pro případ komplikací (Hájek 2002: 43 - 45). Může se zdát poněkud zarážející, že MUDr. Hájek odsuzuje domácí porody u nás jako něco, co odporuje zdejší

tradicí, ale jedním dechem navrhuje inspirovat se tradicí švédskou. Tak či tak zastánci přirozených porodů tuto možnost nepovažují za dostatečnou. V USA se například tato oddělení začala zavádět v 70. letech 20. století, kdy se přístroje schovaly za pleny a podobně, ale nakonec se ukázalo, že ženy, které vyžadují skutečné domácí prostředí, se tam necítí spokojeně. Podle průzkumu, provedeného v Irsku se navíc ženy pro porod doma rozhodují ze tří důvodů, mezi nimiž preference domácího prostředí chybí: chtějí mít svobodu volby, chtějí porodit přirozeně a chtějí mít péči porodní asistentky (Ryntová, Wallerová 2002: 57). Zdá se tedy, že zúčastněné strany stále nemohou najít společnou řeč také proto, že se ve svých argumentech často do velké míry míjejí a soustředí se pouze na svá stěžejní témata bez ochoty respektovat pohled druhé strany a navázat konstruktivní dialog.

Zuzana Štromerová se na webových stránkách Porodního domu U Čápa zamýšlí nad tím, že kdyby porody doma skutečně byly tak obrovské riziko a hazard se životy matek i novorozeneckých dětí, nikdo by doma nerodil, porodní asistentky by u porodů doma odmítaly asistovat, porodní domy a porodní centra by byly ze zákona uzavřeny a porody mimo nemocnici zakázány. Nic z toho se ale neděje. Nicméně je zřejmé, že pro porody doma nejsou v České republice vytvořeny dostatečné podmínky. Zuzana Štromerová vidí problém ve dvou bodech: v nedostatečné připravenosti porodních asistentek v tom smyslu, že jsou vzdělávány jen pro práci v nemocničním prostředí a v nedostatečné legislativní podpoře (www.pdcap.cz). Podle Hnutí za aktivní mateřství je velkým rizikovým faktorem u nás především vyčlenění domácích porodů ze systému zdravotní péče. Odborné gynekologické a pediatrické společnosti ho odmítají a snaží se jeho počty snižovat tím, že doma rodícím ženám a jejich rodinám komplikují život (www.iham.cz).

4.5 Současný postoj organizací občanského sektoru

I dle mého názoru je pro českou společnost daleko větším nebezpečím než domácí porod především neochota státního sektoru spolupracovat s organizacemi občanského sektoru a s porodními asistentkami a pokusit se najít společnou řeč. Role neziskových organizací je značně ztížena tím, že stále nejsou oficiálně považovány za rovnocenného partnera v dialogu k tomuto tématu a to i přesto, že odvedly na tomto poli v posledních letech velký kus práce. Některé „proslulé“ porodní asistentky jsou vykazovány z porodnic, Ivana Königsmarková se na kulatém stole, pořádaném v rámci letošního festivalu Světový týden respektu k porodu nechala dokonce slyšet, že její fotka visí v jedné pražské nemocnici na nástěnce, aby personál věděl, že má tuto osobu z areálu okamžitě vykázat, pokud by se

tam objevila. Dodala, že od té doby, co se pokusila rozvinout komunikaci o změnách, je považována za militantní.

Na závěr této kapitoly bych ráda shrnula některá současná stanoviska příznivců přirozených porodů, která zazněla v květnu tohoto roku v pražském divadle Perštýn na výše zmíněném kulatém stole, nazvaném Práva žen během péče v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Debata byla zaměřena na práva rodiček, ale zároveň reflektovala současnou situaci jako takovou. Za velký problém je často považována neochota lékařů a státních orgánů komunikovat, ať už v porodnici s matkami nebo s organizacemi a porodními asistentkami. David Záhumenský, právník Ligy lidských práv označil za viníka tohoto stavu strach lékařů, který je nutí k přílišné péči a zajištění bezpečnosti rodiček. Ivana Königsmarková spatřuje v současné situaci také společný rys postkomunistických zemí, totiž přílišnou tendenci podléhat autoritám. Jsme zvyklí, že co řekne lékař, to platí a mnohdy se nezamýšlíme nad významem či důsledky lékařských zákroků. Zároveň ale Petra Sovová z Hnutí za aktivní mateřství pochválila všechny české porodnice za pokroky a změny, které přispívají ke zlepšení situace. Pouze si posteskla, že proces změn je velmi pomalý. David Záhumenský podotkl, že na takové změny je i 20 let od revoluce stále velice málo a upozornil na to, že i mladí lékaři se dnes musí podřizovat zaběhlým nemocničním pravidlům a řádům. Všichni přítomní se shodli na tom, že strach lékařů je pochopitelný, ale pokud je matka ochotná za dítě a celou situaci převzít zodpovědnost, mělo by jí to být umožněno. Paní Königsmarková upozornila, že příčinou neochoty měnit zaběhlé stereotypy je podle ní také určitá mentální setrvačnost. Zdravotnictví je založeno na naučených postupech „co dělat, když“ a pro jakéhokoli člověka obecně je velice těžké změnit své postoje a zvyky. Zdravotnictví jako takové bylo označeno za strnulý systém. Zazněl také názor, že asistentky, doly a matky šlapou českému zdravotnictví na kuří oko, ukazují pravdu a díky tomu mají punc nechtěného. Otázka přirozených porodů je zároveň otázkou zralosti české společnosti. Asistentka Věra Nováková se domnívá, že společenská situace se změní teprve tehdy, až současný stav začne vadit i těm, kterých se problematika přímo netýká.

Obecný závěr, který z celé diskuze vyplynul, se opíral především o nutnost šířit informace o tom, co mohou rodiče od porodníků vyžadovat a co mohou naopak odmítnout a obecně o současných možnostech. Tento závěr se opírá o zkušenost, že personál porodnic zneužívá malou informovanost rodiček a jejich nízké právní povědomí. Pro zlepšení situace by bylo nutné, aby si rodiče byli vědomi toho, co chtějí a na jakou péči mají během porodu nárok a svoje požadavky prosazovali. Pokud chceme jako klienti

zdravotnického systému změnu, nemůžeme čekat, až to za nás udělá někdo jiný. Sami musíme pro zlepšení něco udělat. Jediným řešením se zdá být trpělivá a vytrvalá práce organizací, jejich vzájemná spolupráce a spolupráce s právníky a jinými odborníky a prosazování vzdělávání a informovanosti. Už dnes mají ženy daleko více možností, než měly například před 10 lety a to především díky aktivitám žen, které se do diskuze a aktivit zapojily před nimi.

Podle svého subjektivního dojmu mohu říci, že debata nevyzněla ani nepůsobila nijak militantně. Nezdálo se mi, že by zaznělo něco, co by připomínalo propagaci domácích porodů. Domácí porody jako takové byly spíše velmi okrajovým tématem. Debata se točila veskrze kolem zlepšení situace v českých porodnicích a hlavní radou pro matky, která v rámci kulatého stolu zazněla, bylo vždy začít s lékaři nejprve pozitivně a v klidu vyjednávat. Zdálo se, že všichni zúčastnění si uvědomují, že každá mince má dvě strany a je třeba vždy nahlížet situaci očima všech zúčastněných. Zároveň byl ale kladen důraz na to, že pokud mají matky jiné představy, než porodníci, neměly by se bát o tom hovořit a prosadit svá stanoviska.

5. Empirická část práce

Těžiště empirické části mé práce leží v prozkoumání motivace matek, klientek OOS, podporujících přirozený porod, které se rozhodly porodit své děti co nejpřirozeněji. Rozhodla jsem se zaměřit během výzkumu svoji pozornost na matky, klientky porodnického systému a příjemkyně služeb českého zdravotnictví, protože jsem si uvědomila, že veřejné diskuze, zabývající se otázkou přirozených a domácích porodů probíhají většinou mezi lékaři či zástupci českého zdravotnictví (zpravidla jde o muže) a představitelkami OOS (výhradně se jedná v tomto případě o ženy), ale že v těchto debatách zřídka zůstává prostor pro vyjádření samotných matek, kterých se celá situace dotýká asi nejvíce a nejosobněji. Během výzkumu jsem se zaměřila na jejich motivaci k využití služeb organizací občanského sektoru, na jejich zkušenosti s porodními asistentkami a lékařskou zdravotnickou péčí a také na to, jak vnímají celkově současnou situaci v systému porodnické péče u nás. Cílem mého zkoumání je také nalézt odpověď na otázku, v čem spočívá výhoda organizací občanského sektoru v porovnání s jinými formami subjektů, zajišťujícími služby občanům – v tomto případě v porovnání se státním zdravotnickým systémem.

Abych se mohla věnovat tomuto výzkumnému záměru, bude nejprve nutné zmapovat konkrétní organizace občanského sektoru, které u nás v této oblasti působí, neboť samozřejmě hrají v této části mé práce stěžejní roli. Než přistoupím k analýze rozhovorů, zaměřím se tedy nejdříve na představení nejvýraznějších organizací občanského sektoru, které se v České republice angažují v otázkách přirozených porodů. Tím získá oblast občanského sektoru, které jsem se věnovala ve všech předchozích kapitolách, konkrétní rysy. Také se pokusím shrnout nejdůležitější dílčí úspěchy těchto organizací, kterých dosáhly především během předchozích 10 let.

5.1 Metodologický postup

5.1.1 Výzkumné otázky

Osnovou pro mé výzkumné šetření se staly následující výzkumné otázky:

1. Čím se zabývají konkrétní OOS, působící v České republice v otázkách přirozeného porodu?
2. Jaké jsou dílčí úspěchy těchto organizací na poli problému? Mají jejich aktivity nějaký efekt? Popřípadě jaký?

3. Jak vnímají ženy, které mají zkušenosti s porodní asistentkou či přirozeným porodem OOS, jejichž služby během porodu a těhotenství využily? Jakou měly motivaci se na ně obrátit?
4. Jak tyto ženy vnímají lékařskou péči, které se jim během těhotenství a porodu dostalo?
5. Jak vnímají tyto ženy celkově současnou situaci v českém porodnictví? Jak se cítily jako jeho klientky?
6. V čem spočívá výhoda OOS ve srovnání se službami, poskytovanými státním zdravotnickým systémem?

5.1.2 Metodologie

Pro potřeby výzkumu bylo využito postupů kvalitativní metodologie, která se využívá k vytváření nových hypotéz a k získání nových názorů na jevy, o kterých již bylo něco zjištěno (Disman 2002, Strauss, Corbinová 1999). Autoři Strauss a Corbinová charakterizují kvalitativní výzkum jako „jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace“ (Strauss, Corbinová 1999: 10). Kvalitativní výzkum se snaží porozumět lidem v určitých sociálních situacích. V porovnání s kvantitativním výzkumem kvalitativní metody dávají porozumět realitě, zatímco kvantitativní metody toto porozumění testují (Disman 2002: 289, 291).

Pro analýzu dat, získaných během rozhovorů, byla použita metoda zakotvené teorie, která je „induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje“ (Strauss, Corbinová 1999: 14). Tato teorie je tvořena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a následnou analýzou těchto údajů. Na počátku této metody nestojí hypotéza, kterou bychom ověřovali, ale výzkumník nechává to, co je ve zkoumané oblasti významné, aby se vynořilo samo až v průběhu analýzy (Strauss, Corbinová 1999: 14). Teorie je tedy tvořena až následně na základě zkoumání sebraných dat. Jádrem zakotvené teorie je tzv. kódování, které je stěžejní pro vytváření teorie z údajů. Pomocí kódování jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby (Strauss, Corbinová 1999: 39).

Během analýzy dat, získaných při rozhovorech byly nejprve vytvořeny otevřené kódy, včetně tzv. „in vivo kódů“, odvozených přímo z výroků dotazovaných. Tyto kódy byly následně uspořádány do hlavních kategorií. Pak byly zjišťovány souvislosti mezi kategoriemi a jejich vzájemné podmiňování, což odpovídá dalšímu kroku zakotvené teorie – axiálnímu kódování. Při závěrečném selektivním kódování byl kladen důraz na zodpovězení výzkumné

otázky, v čem spočívá výhoda organizací občanského sektoru v porovnání s porodnickými službami, poskytovanými státním zdravotnictvím.

5.1.3 Metody sběru dat

Při výzkumech, prováděných pomocí kvalitativních metod se zpravidla využívá více zdrojů dat, aby měl výzkumník jistotu, že daná problematika byla uchopena co nejkomplexněji a výsledná data budou validní a objektivní. Tato strategie se nazývá „triangulace dat“ (Hendl 2005: 147). Ve své práci jsem se držela této strategie a zvolila jsem několik různých metod sběru dat, abych mohla co nejlépe obsáhnout danou problematiku a díky tomu co nejlépe popsat roli organizací občanského sektoru v problematice přirozených porodů u nás.

Při sběru dat pro mě bylo důležité studium literatury a dokumentů. Během psaní této práce jsem se soustředila nejen na analýzu pramenné literatury, ale také sborníků textů, zpráv, publikací a některých dalších dostupných dokumentů. Důležitými zdroji dat pro mě bylo také využití popisů zkoumané problematiky ve veřejném i odborném tisku a některé publikované kvantitativní výzkumy. Neméně důležité byly i internetové zdroje, například některé blogy, servery zaměřené na rodičovství a těhotenství či webové stránky zkoumaných organizací. Dalším zdrojem byly i 2 filmy s porodní tematikou, jeden český a jeden zahraniční.

K vytvoření profilů neziskových organizací jsem využila publikace, vydané sledovanými organizacemi a dále internetové zdroje, jako jsou webové stránky organizací, jejich výroční zprávy, stanovy nebo vyjádření a prohlášení k aktuálním otázkám. Některé zástupkyně organizací jsem kontaktovala elektronicky nebo telefonicky kvůli doplnění či aktualizování informací. Navštívila jsem týdenní festival nazvaný Světový týden respektu k porodu, který proběhl od 18. do 24. května 2009 v pražském kině Perštýn. Tento festival pro mě byl mimo jiné cenným zdrojem kontaktů pro následné terénní šetření. Část materiálů, například časopisy nebo publikace, jsem získala přímo od organizací.

Stěžejním zdrojem dat bylo terénní šetření v podobě rozhovorů s matkami, které využívaly během těhotenství a porodu služeb neziskových organizací a které mají osobní zkušenost s přirozeným nebo domácím porodem. Pro tyto účely jsem s ohledem na výzkumné otázky vytvořila osnovu 12 otázek. Účelem osnovy nebylo vytvořit rozhovoru pevnou strukturu, proto jsem se snažila ji následovat jen volně. Terénní šetření bylo tedy provedeno formou polostrukturovaného individuálního rozhovoru, aby bylo dosaženo co největší autentičnosti získaných informací. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon.

Z výše uvedeného plyne, že bylo využito jak primární, tak sekundární analýzy sebraných dat.

5.1.4 Popis výzkumného vzorku

V případě kvalitativního výzkumu není cílem výběru vzorku zajistit „representativitu“ podle některých základních sociodemografických kritérií, ale dosáhnout teoretické saturace, ke které se dospívá postupně během sběru a souběžně analýzy dat (Hendl 2005: 149). Vzorek se tedy konstruuje podle reprezentativnosti problému, nikoli podle reprezentativnosti populace (Disman 2002: 304).

Hlavním kritériem pro výběr respondentek pro terénní šetření byla osobní zkušenost se službami některé z OOS, zabývajících se přirozenými porody a také osobní zkušenost s přirozeným či s domácím porodem. Původní záměr byl oslovovat budoucí respondentky pomocí mapování co nejširší sítě osobních kontaktů. Přestože se tento záměr účelového výběru z počátku zdál dostatečný, nejjistějším zdrojem kontaktů se nakonec ukázalo být oslovení cílové skupiny pomocí inzerátu, vyvěšeného na akci, na níž jsem předpokládala účast určitého okruhu zainteresovaných osob. Inzerát s informací, že hledám ženy s danou zkušeností, byl vyvěšen v místě konání týdenního festivalu, pořádaného jednou z OOS pod názvem Světový týden respektu k porodu. K mému překvapení se mi takto přihlásila více než polovinu respondentek. Menší část jsem oslovila sama na základě doporučení a na jednu respondentku jsem získala kontakt metodou sněhové koule, která „spočívá ve výběru jedinců, při kterém nás nějaký původní informátor vede k jiným členům naší cílové skupiny“ (Disman 2002: 114).

Celkem bylo provedeno 11 rozhovorů v délce asi od 40 do 70 minut. Výzkumný vzorek lze rozdělit do tří základních skupin. Dvě maminky – prvorodičky prožily svoji zatím jedinou zkušenost v porodnici, podporující provádění přirozených porodů, z toho v jednom případě porod proběhl za účasti soukromé porodní asistentky. V druhém případě byly služby soukromé porodní asistentky domluveny, ale kvůli personálním a organizačním neshodám v porodnici byl smluvené asistentce týden před termínem porodu respondentky do porodnice odepřen přístup a porod proběhl za přítomnosti místní porodní asistentky a lékaře. Čtyři ženy byly prvorodičky, které svůj porod absolvovaly doma za přítomnosti soukromé porodní asistentky. Zbývajících pět matek mělo porodní zkušenost jak z porodnic (nejen z těch přirozeným porodům přátelských), tak z domácího prostředí s podporou soukromé porodní asistentky. Jedna maminka z této skupiny měla navíc zkušenost s domácím porodem bez

účasti porodní asistentky, jen za přítomnosti manžela a dětí. Do vzorku se tedy přirozeně vyprofilovaly ženy s poměrně pestrou škálou porodních zkušeností.

Všechny oslovené matky prožily alespoň jeden ze svých přirozených porodů po roce 2000. Věkový rozptyl účastnic výzkumu byl od 20 do 44 let. Pět dotazovaných žen mělo vysokoškolské vzdělání, šest z nich mělo ukončené středoškolské vzdělání. Většina oslovených žen žila v době provedení rozhovoru v Praze, jedna účastnice žila ve Středočeském kraji, jedna v Brně a dvě v Plzeňském kraji. Respondentky využily především služeb profesních organizací, na jejichž činnost se soustředily i v rozhovorech. Celkem v průběhu těhotenství nebo před porodem vyhledaly pět různých soukromých porodních asistentek, dvě maminky oslovily ke spolupráci během porodu také doly. Většina maminek zároveň během těhotenství nebo po porodu využívala také služby níže uvedených zájmových organizací občanského sektoru.

Charakteristiky výzkumného vzorku jsou shrnuty v tabulce, která je přiložena k práci a označena jako Příloha č. 2.

5.1.5 Průběh rozhovorů

Rozhovory byly pořizeny v období od května do července tohoto roku. Doba a místo konání rozhovoru bylo ponecháno zcela na participantkách, takže rozhovory se uskutečnily v prostředí, které ony samy zvolily. Pouze jednou jsem respondentce nabídla využít zázemí venkovních prostor svého trvalého bydliště, což vzhledem k situaci uvítala. Rozhovory proběhly v šesti případech u dotazovaných doma, ve třech případech v kavárně či v restauraci a dvakrát venku. Všechny oslovené ženy byly velmi vstřícné a ve svých odpovědích velmi otevřené. K hovoru jsem je nemusela nijak pobízet, několikrát se mi dokonce stalo, že respondentka začala hovořit sama a víceméně kopírovala strukturu otázek, aniž by ji znala předem. Všem ženám jsem dopředu nastínila hlavní téma, takže tuto skutečnost příkládám tomu, že o dané problematice před rozhovorem přemýšlely. Vzhledem k tomu, že se mi více než polovina žen ozvala sama a všechny ženy byly během rozhovorů velmi vstřícné, došla jsem k názoru, že sdílení svých příběhů a zkušeností považují za součást svého rozhodnutí prožít svůj porod méně standardní cestou, než je u nás obvyklé.

Všechny respondentky jsem dopředu požádala, zda si mohu náš rozhovor nahrát na diktafon. Tyto rozhovory jsou k dispozici v písemné anonymizované formě. Žádná z respondentek nepožadovala anonymitu, přesto jsem se rozhodla jména těchto žen neuvádět. V citacích jsou proto označeny písmenem R a číslem. Pro potřeby výzkumu taktéž neuvádím konkrétní jména soukromých porodních asistentek, lékařů ani konkrétních porodnic.

5.1.6 Možná rizika výzkumu

Uvědomuji si, že v případě mého výzkumu se vyskytlo několik základních možných rizik zkreslení. V případě zpracování profilů jednotlivých organizací občanského sektoru jsem nezískávala informace primárně od představitelů nebo členů těchto organizací, ale čerpala jsem především z literatury a internetových zdrojů. Vzhledem k tomu, že tato část empirické části práce má sloužit spíše k dokreslení situace a vytvoření jakéhosi základního ustavujícího rámce pro následnou analýzu rozhovorů s klientkami těchto organizací, dospěla jsem nakonec k závěru, že tato metoda je pro účely práce dostačující.

Co se týče rozhovorů, jsem si vědoma toho, že vzorek pouhých 11 žen nemusí být dostatečně reprezentativní. Rozhovorům jsem nicméně věnovala hodně času a pozornosti a i na tomto poměrně malém vzorku pozoruji určité znaky saturace. Řada témat a výpovědí se i v tomto malém počtu respondentek začala v určitém okamžiku sběru dat nezávisle na sobě opakovat, proto jsem se rozhodla zachovat tento počet dotázaných žen jako konečný.

Závažnějším zdrojem zkreslení se ukázala být skutečnost, že kromě dvou žen měly všechny respondentky pozitivní zkušenost s domácím porodem. Jelikož ale klientkami organizací občanského sektoru jsou i ženy, které o porodu doma v žádném případě neuvažují, může se tato skutečnost během analýzy stát určitou překážkou. Těžiště zkušenosti dotazovaných žen s organizacemi občanského sektoru spočívalo ve spolupráci se soukromými porodními asistentkami, členkami profesních organizací. Jsem si vědoma toho, že výpovědi této skupiny žen, která tvoří pouze část spektra klientek organizací občanského sektoru, mohou být v mnoha ohledech kritičtější vůči lékařům a zdravotnictví, ale doufám, že mi tato skutečnost pomůže lépe vystihnout rozdíl mezi státními a neziskovými subjekty, které jsou součástí porodnického systému u nás a pomůže mi lépe zodpovědět otázku, v čem spočívá výhoda OOS ve srovnání se službami, poskytovanými státním zdravotnickým systémem. Téměř polovina žen ve vzorku má navíc zkušenost jak z porodnice, tak z domácího prostředí, nicméně si uvědomuji, že skupina žen, reprezentovaná ženami z výzkumného vzorku, je v našich podmínkách poměrně specifická. V rámci skupiny klientek organizací občanského sektoru je však dostatečně výrazná a její zkušenost se zřejmě nejvěrněji blíží cílům těchto organizací.

Dalším zdrojem zkreslení by mohla být skutečnost, že se ve vzorku objevují ženy pouze z některých regionů České republiky. Avšak vzhledem k tomu, že se demografickým aspektům v této práci věnuji jen okrajově, nepovažuji tento zdroj zkreslení za významný.

Jak jsem uvedla již v úvodu, závěry předkládaného výzkumu mohou být zkresleny také skutečností, že se sama kloním spíše na stranu těch, kteří obhajují myšlenku přirozeného

porodu. Uvědomuji si, že jako výzkumnice bych si měla zachovávat objektivitu a odstup od zkoumaného tématu. Přesto, že jsem se během své práce důsledně snažila, abych zachovala názorovou neutralitu, domnívám se, že můj osobní postoj je v závěrech této práce do určité míry jasně čitelný. I když tato skutečnost může významně ovlivnit celkové vnímání a hodnocení problému, jsem přesvědčena, že závěry, plynoucí z této práce mohou i navzdory těmto okolnostem být přínosem pro veřejnou diskuzi obzvláště proto, že se práce zabývá aspekty, které u nás dosud nebyly zkoumány a popsány. Výzkum pracuje s aktéry, jejichž role a motivace zatím nebyly zmapovány. Zabývá se řadou témat, která jsou veřejnosti známa pouze z médií, jež poskytují také do určité míry zkreslený obraz. Práce tedy nabízí obraz celé problematiky z jiného úhlu pohledu, což jak doufám může být přínosem i pro čtenáře, kteří myšlenky přirozeného porodu naklonění nejsou. Cílem práce není přesvědčovat čtenáře o správnosti rozhodnutí a postojů zkoumaného vzorku, ale představit důvody, které k těmto rozhodnutím vedou a tím poskytnout čtenáři nový obzor a prostor pro to, aby si vytvořil na celou věc svůj vlastní názor.

5.2 České OOS, působící v problematice přirozených porodů

Následující část bude zaměřena na představení několika subjektů občanského sektoru, které se v České republice nejvýznamněji angažují v otázce prosazení přirozených porodů a podpory práv nastávajících matek. O většině z nich jsem se v předchozím textu již zmiňovala, zde se více zaměřím na jejich konkrétní aktivity a v závěru bych se ráda zmínila o dílčích úspěších těchto organizací, na nichž bych ráda ukázala význam českého občanského sektoru v procesu sociální změny, týkající se lepších podmínek a širších možností pro české rodičky. Nejprve se budu věnovat organizacím, které sdružují porodní asistentky a doly, protože se domnívám, že tyto organizace svojí činností vytvořily základ pro další aktivity v této oblasti. Profily organizací jsou řazeny podle data zápisu do rejstříku občanských sdružení, vedeného Ministerstvem vnitra. Informace jsem čerpala převážně z webových stránek jednotlivých organizací nebo z publikací, které během svého působení vydaly.

5.2.1. Profesionální organizace porodních asistentek a dolů

České porodní asistentky byly po revoluci přidruženy k České asociaci sester (ČAS), která sdružuje všechny zdravotní sestry České republiky. Spadaly pod gynekologicko-porodnickou sekci této organizace. Vzhledem k nevýznamným kompetencím této sekce a

ne příliš utěšenému stavu uvnitř asociace se členky výboru rozhodly založit samostatnou, autonomní organizaci pro porodní asistentky, působící v České republice (www.pdcap.cz).

- **Česká asociace porodních asistentek (ČAPA)**

Tak vznikla v roce 1996 nepolitická profesní organizace, která sdružuje porodní asistentky v ČR na principu dobrovolného individuálního členství (Mrzlíková Susová 2005: 31). Výrazně se na vzniku této organizace podílela Zuzana Štromerová, která od roku 1995 pracovala ve výboru gynekologicko-porodnické sekce ČAS a stala se místopředsedkyní nově vzniklé organizace. Cílem ČAPA bylo hájit zájmy profese porodní asistence, zaměřit se na přípravu vzdělávacích programů pro porodní asistentky a pořádat konference a semináře pro zdravotnické pracovníky v porodnictví (Mrzlíková Susová 2005: 31). ČAPA také zajišťovala poznávací zájezdy a studijní stáže do zahraničí a brzy se stala členem Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM). Asociace definovala požadavky českých porodních asistentek a usilovala o jejich lepší postavení ve zdravotnickém systému a o možnost vykonávat samostatně tuto profesi. Po několika letech však organizace prošla vnitřní krizí, údajně kvůli názorové diferencí mezi některými členkami výboru ČAPA a pasivitě mnohých členek (www.pdcap.cz). Výbor byl několikrát obměněn, ale k urovnání sporů došlo až odchodem několika členek výboru z asociace v roce 2005. Na základě tohoto vývoje vznikly na podzim téhož roku dvě nové organizace, Česká konfederace porodních asistentek a UNIPA.

- **Česká konfederace porodních asistentek (ČKPA)**

Tato organizace vznikla koncem roku 2005 zrušením ČAPA a okamžitým založením nové organizace, postavené na nových organizačních základech s novým vedením. Jediná členka výboru, která působila v ČAPA a později i v ČKPA, byla Zuzana Štromerová (www.pdcap.cz). ČKPA dle svých stanov sdružuje a zastřešuje jednotlivá profesní sdružení fyzických osob – porodních asistentek, působících v ČR (www.ckpa.cz). Mezi cíle konfederace patří například vyjadřovat názory a hájit profesní zájmy porodních asistentek na celostátní úrovni, pozvednout a upevnit profesní hrdost, prestiž a postavení porodní asistentky v systému zdravotní péče, dohlížet na kvalitu, komplexnost, dostupnost a hospodárnost zdravotní péče, nebo podporovat odpovědnost ženy za vlastní zdraví i za zdraví svého dítěte a dbát na respektování práva ženy na poskytnutí potřebných informací a na rozhodování o místě, způsobu a poskytovateli zdravotní péče. Organizaci dnes tvoří 11 sdružení, zpravidla krajských, ale členem je také jedna soukromá organizace. ČKPA je stejně jako ČAPA členskou organizací ICM. Asociace pořádá semináře a vzdělávací akce a její členky se

zúčastňují mezinárodních konferencí. Také poskytuje informační servis pro porodní asistentky. Původním záměrem bylo vytvořit předpoklady pro vznik jednotné profesní organizace porodních asistentek. Záhy však vznikla další organizace UNIPA, na jejíž ustavení ČKPA reagovala veřejným vyjádřením, v němž popisuje okolnosti jejího vzniku a prohlašuje, že cíle a program obou organizací se nijak neliší a že je zřejmé, že důvody jejího vzniku měly ryze personální charakter (www.ckpa.cz). Z vyjádření je patrné, že celou situaci provázela řada emocí a že se ČKPA od činnosti nové organizace důrazně distancuje.

- **Unie porodních asistentek (UNIPA)**

Občanské sdružení UNIPA bylo založeno v roce 2005 členkami ČAPA, které asociaci po personálních neshodách v témže roce opustily. Stěžejní zakládající členkou byla Ivana Königsmarková, která je spolu se Zuzanou Štrometerovou zřejmě nejznámější a nejaktivnější soukromou porodní asistentkou v Čechách. Zároveň jako jedna z prvních začala nabízet asistenci u domácích porodů. UNIPA se na svých stránkách nijak nevyjadřuje k podmínkám svého vzniku. Při pohledu do stanov tohoto sdružení je patrné, že cíle a program se od zaměření ČKPA skutečně nijak neliší. UNIPA snad jen ve stanovách klade o něco větší důraz na aktivní spolupráci s exekutivními a legislativními státními orgány. Na rozdíl od ČKPA nesdružuje profesní sdružení, ale funguje na principu individuálního členství (www.unipa.cz). Také UNIPA nabízí porodním asistentkám vzdělávací akce, informuje o aktuálních konferencích a poskytuje asistentkám další informační služby. Zároveň vydává tisková prohlášení k událostem a veřejným kauzám, týkajícím se přirozených porodů a spolupracuje s dalšími občanskými sdruženími. Například spolu s Aperiem, Hnutím za aktivní mateřství a Českou asociací dul vytvořila koncem roku 2006 českou odnož iniciativy Normální porod. Cílem kampaně je inspirovat a podporovat praxi normálních porodů v rámci profese porodních asistentek (www.normalniporod.cz). V rámci této iniciativy proběhlo například protestní shromáždění před Ministerstvem zdravotnictví nebo podepisování petice.

UNIPA je také členkou České ženské lobby, sítě neziskových organizací, hájící práva žen v ČR. Na svých webových stránkách také nabízí porodní pomůcky pro porodní asistentky a mateřská centra, např. DVD, publikace nebo porodní stoličky. Také nabízí stáže pro porodní asistentky v porodním domě v Berlíně a podílí se na organizaci porodního festivalu nazvaného Světový týden respektu k porodu. Unie nabízí maminkám informace o porodních asistentkách, působících ve všech regionech i o těch, které asistují při porodech doma. Na svých stránkách také informuje o svém miniprůzkumu mezi rodičkami a porodními

asistentkami, zaměřeném na mimoklinické porody, protože statistiky o těchto porodech dodnes chybí.

- **Česká asociace dul (ČAD)**

Aktivita českých dul zpočátku fungovaly pod záštitou Hnutí za aktivní mateřství. V roce 2001 vzniklo samostatné sdružení ČAD, sdružující české duly a poskytující informace a služby matkám, které služby dul vyhledávají. Asociace organizuje vzdělávací kurzy pro duly, uděluje certifikace, ale také usiluje o oficiální uznání profese duly v ČR a podporuje pozitivní změny v českém systému péče o matku a dítě. Dula je speciálně vyškolená žena, která poskytuje především psychickou, ale také fyzickou podporu ženě během těhotenství, porodu a šestinedělí. Dula neposkytuje zdravotnické služby, těžiště její práce přesto spočívá v poskytování péče rodičkám během porodu (www.duly.cz). Může matkám poskytovat masáže, pečuje během porodu o jejich pohodlí, ale i o další členy rodiny a pomáhá rodině také první dny po porodu. Můžeme říci, že dula je jakási průvodkyně žen před, po a během porodu. Asistuje v domácnosti při domácích porodech, ale může ženu doprovázet i do porodnice. Dlouhodobým cílem asociace je zlepšení podmínek, za jakých ženy v ČR rodí a děti přicházejí na svět, a rozšíření vědomí veřejnosti o zdravém rození a rodičovství (www.duly.cz). ČAD je jednou z organizací, která se připojila k iniciativě Normální porod.

Stejně jako organizaci ČAPA, ani České asociaci dul se nevyhnuly vnitřní spory, vedoucí k vytvoření nové paralelní organizace. V dubnu tohoto roku založila skupina členek ČAD nové občanské sdružení České duly. V tiskové zprávě, oznamující jeho vznik, zakladatelky vyjadřují nespokojenost a výhrady ke směřování ČAD v uplynulých třech letech (www.mojedula.cz). V reakci na toto prohlášení se členky ČAD ohrazují proti takovému řešení a kritizují způsob odchodu nespokojeného křídla. Podle prohlášení ČAD jsou cíle nového sdružení téměř totožné s cíli původní organizace a celá situace navozuje dojem nízké profesní úrovně ČAD, což považují za nešťastné (www.duly.cz). Jak je vidět, ani tato profesní organizace nedokázala být po několika letech jednotná a vyvarovat se téměř identických personálních sporů jako ČAPA.

5.2.2 Zájmové organizace

Zájmové organizace reprezentují zájmy žen – klientek porodnické péče, hájí jejich práva a potřeby a zároveň podporují zavádění progresivních přístupů a modelů péče do současné porodnické praxe. Zaměřují se na poskytování a šíření informací o současné situaci

v ČR, poskytují různé druhy služeb rodičkám a matkám a angažují se také v oblasti ovlivňování zdravotnické legislativy (Mrzlíková Susová 2005: 31).

- **Hnutí za aktivní mateřství (HAM)**

Občanské sdružení Hnutí za aktivní mateřství (HAM) založilo v roce 1999 několik matek, rozčarovaných zážitky z českých porodnic. Hlavním cílem HAM je změna českých porodnic tak, aby vycházely vstříc rodičkám a jejich potřebám. Sdružení se zaměřuje na to, aby se porod znovu stal pozitivním životním zážitkem (www.iham.cz). Tato organizace poskytuje především informace o aktivním porodu, zapojuje se do veřejných diskuzí a angažuje se také v prosazování změn zdravotního a sociálního systému v ČR směrem k posílení role rodiny. Vedle šíření informací a podněcování veřejných debat sdružení poskytuje veřejnosti i další služby, jako je právní a zdravotní poradna, pořady pro školy, konference nebo semináře. V neposlední řadě také iniciuje petice a happeningy.

HAM se také každoročně připojuje k mezinárodní iniciativě World Respected Childbirth Week – Světový týden respektu k porodu, v jejímž rámci pořádá týdenní informativní festival o těhotenství, porodu a rodičovství Umění porodit. V letošním roce se uskutečnil již čtvrtý ročník, nabízející filmy, přednášky, prodejní výstavu, diskuze, workshopy, těhotenskou či právní poradnu nebo ochutnávku těhotenských kurzů (www.respektkporodu.cz).

Spolu s dalšími třemi organizacemi občanského sektoru se HAM podílel na vytvoření iniciativy Normální porod, která navazuje na kampaň britské odborové a vzdělávací organizace porodních asistentek Royal College of Midwives. Iniciativa v ČR vznikla v roce 2006 a v duchu činnosti HAM jsou jejími cíli opět šíření informací o zdravém porodu, vyzvání státních institucí k diskuzi o změnách ve stávající péči a prosazování žádoucích změn (www.normalniporod.cz). HAM je členem České ženské lobby.

- **Aperio**

V roce 1999 vznikl v rámci Nadace Open Society Fund Praha program Zdravé rodičovství na podporu přirozeného porodu a s ním souvisejících zdravotnických reforem. Postupným rozšiřováním programu na další aktuální otázky rodičovství došlo v roce 2001 k založení občanského sdružení Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství. Posláním o.s. Aperio je zlepšovat postavení rodiny ve společnosti, přičemž se toto sdružení zaměřuje

především na dvě hlavní tematické oblasti: práva žen, související s jejich reprodukční rolí a postavení rodičů ve společnosti (www.aperio.cz).

K dosahování svých cílů Aperio pořádá řadu vzdělávacích kurzů, diskuzních setkání, konferencí, vydává vlastní časopis a odbornou literaturu, poskytuje konzultační a poradenské služby a také komunikuje se státní správou a připomínkuje legislativní návrhy. Toto sdružení například vydalo a pravidelně aktualizuje publikaci Průvodce porodnicemi ČR, která informuje o službách, poskytovaných českými porodnicemi spolu s ohlasy rodičů na jednotlivá zařízení. Tato publikace je dostupná i v elektronické podobě. Aperio také zadává výzkumná šetření a legislativní analýzy, v roce 2001 například vypracovalo ve spolupráci s Hanou Haškovou výzkum O stavu porodnictví v ČR, z něhož jsem čerpala i v této práci. Dále uveřejnilo například analýzu Právní minimum před, během a po porodu z roku 2007. V rámci aktivit, zaměřených na porodnictví sdružení realizovalo například projekt Možnost volby – Žena v systému porodnické péče v ČR, jejímž výstupem byla například Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice. Vydalo také praktickou příručku pro rodiny s dětmi Nebojujte s úřady a pro nastávající maminky nabízí kurzy předporodní přípravy se soukromými porodními asistentkami (www.aperio.cz). Aperio se připojilo k iniciativě Normální porod a je členem České ženské lobby.

- **Centrum aktivního porodu – Porodní dům u Čápa**

Na počátku existence občanského sdružení CAP stálo vybudování tzv. Centra aktivního porodu v pražské Fakultní nemocnici na Bulovce v roce 1998. Centrum bylo ve spolupráci s Fakultní nemocnicí založeno porodními asistentkami, hlásícími se k myšlence přirozeného vedení porodu a stalo se jedním z mála pracovišť u nás, která nabízela rodičkám péči založenou na této filosofii. V roce 2000 však byla činnost centra z provozních důvodů ukončena (www.pdcap.cz). Aby myšlenka vytvořit prostředí přátelské pro rodičku nezapadla, bylo založeno občanské sdružení Centrum aktivního porodu, jehož cílem bylo dále šířit myšlenku přirozeného porodu a prosazovat ji v české porodnické praxi. Posláním občanského sdružení CAP bylo hledat způsob, jak dosáhnout toho, aby ženy na porod vzpomínaly jako na slavnostní okamžik a nikoli jako na událost, kterou bylo nutno přetřpět (www.pdcap.cz). Později bylo podobné pracoviště se stejným názvem otevřeno v kadaňské porodnici, kde funguje dodnes.

Po neúspěšných jednáních s pražskými porodnicemi se o.s. CAP rozhodlo vybudovat autonomní porodní dům, který dosud v ČR chyběl. V roce 2002 sdružení získalo vhodný objekt a v roce 2003 byla založena obecně prospěšná společnost Porodní dům U čápa, která se

stala provozovatelem porodního domu (www.pdcap.cz). Historii a aktivitám porodního domu a Centra aktivního porodu ve Fakultní nemocnici na Bulovce jsem se podrobněji věnovala již ve čtvrté kapitole. Za aktivitami těchto organizací stojí především soukromá porodní asistentka Zuzana Štromerová.

- **Znovuzrozený porod**

Občanské sdružení Znovuzrozený porod vzniklo v roce 2002 při gynekologicko-porodnickém oddělení Česko-Německé horské nemocnice ve Vrchlabí. Tato porodnice je jedním z mála zdravotnických zařízení, které se u nás soustřeďují na přirozený nebo slovy sdružení nemedikovaný porod (www.znovuzrozenyporod.cz). Porodnice ve Vrchlabí se brzy stala fenoménem, což s sebou postupně přinášelo některé otázky, které bylo třeba řešit. Do Vrchlabí cestovaly rodičky z celé republiky a personál porodnice se často setkával s tím, že maminky měly v důsledku získávání informací z druhé ruky zkreslené představy o poskytované péči. O.s. Znovuzrozený porod tedy bylo založeno k vytvoření odpovídajícího zázemí pro realizaci aktivit, souvisejících s realizací myšlenky přirozeného porodu a k jednoduššímu shromažďování finančních prostředků (www.znovuzrozenyporod.cz).

V období personálních sporů a několikerého zavření gynekologicko-porodnického oddělení, následovaného změnou vedení v letech 2006 - 2008, se činnost občanského sdružení omezila na reflektování aktuální situace a vyjádření svého stanoviska k vnitřním neshodám. V roce 2007 v období, kdy bylo gynekologicko-porodnické oddělení zavřené, se uskutečnila Valná hromada na podporu stabilizace současné situace v porodnici. Od podzimu 2008 funguje vrchlabská porodnice ve svém původním režimu a o.s. Znovuzrozený porod momentálně nevyvíjí žádnou aktivitu. Na činnost této porodnice a občanského sdružení jsem se taktéž blíže zaměřila ve čtvrté kapitole.

- **A Centrum**

A Centrum – vědomá a aktivní příprava na mateřství a rodičovství bylo jako občanské sdružení zaregistrováno v roce 2004. Toto zařízení bylo však založeno již v roce 1998 a funguje od roku 1999. Cílem A Centra je poskytovat komplexní podporu mladým a začínajícím rodinám se zaměřením na těhotné ženy a ženy s dětmi do 3 let. Podle informací, uveřejněných na webových stránkách organizace www.materstvi.cz se jedná o první a stále jediné zařízení tohoto typu u nás. A Centrum vytváří prostor pro sdílení mezi maminkami a pro získávání užitečných informací pro hladký průběh těhotenství a porodu a prvních let s dětmi. Toto občanské sdružení se zaměřuje především na pořádání kurzů a seminářů a další

vzdělávání lektorek a lektorů. Nabízí různé kurzy cvičení, tanců, masáží a terapií pro harmonizaci psychického i fyzického stavu těhotných žen, maminek a jejich dětí. Poskytuje také těhotenskou poradnu nebo kurzy nošení v šátku. Centrum je koncipováno jako prostor pro sdílení bez ohledu na probíhající kurzy, navíc nabízí také literaturu či bio sortiment různého druhu.

A-centrum pracuje jako všechny předchozí organizace s konceptem přirozeného porodu, při kurzech je kladen důraz na dostatečný prostor pro povídání a předávání zkušeností. Prostor A Centra je otevřen i tatínkům a dalším rodinným příslušníkům. Zatímco všechny předchozí organizace vytvářejí de facto především institucionální zázemí, A Centrum je skutečným místem setkávání a útočištěm pro příznivce myšlenky přirozeného porodu.

- **Pro přirozený porod**

Občanské sdružení Pro přirozený porod (Pro PP) je čerstvým projektem, sdruženým kolem informačního a diskuzního serveru pro maminky a těhotné ženy Rodina.cz (www.rodina.cz). Sdružení bylo na Ministerstvu vnitra zaregistrováno v červenci 2009, jeho činnost se teprve rozjíždí. Dne 4. června 2009 se konala zahajovací schůze sdružení. Požádala jsem elektronicky zakladatelky sdružení, zda by mi mohly poslat materiály z této schůze. Z dokumentů, které jsem obdržela, vyplývá, že zakladatelky si uvědomují, že podobná sdružení již u nás řadu let působí, ale jelikož podle nich situace stále není příznivá určité skupině žen – klientek a jejich dětem, rozhodly se vytvořit novou organizaci, která by činnost ostatních subjektů ještě podpořila.

Hlavním cílem sdružení je šíření osvěty a snaha o prosazení změn v záležitostech týkajících se přirozeného porodu. Nové sdružení by chtělo „aktivně přispět k vytváření optimálních podmínek pro přirozený porod dostupný všem, respektování práva rodičů na volbu předporodní péče a péče v průběhu porodu, včetně volby místa a vedení porodu a odstranění nadbytečných legislativních, administrativních a jiných překážek přirozeného porodu a všestranné podpory přirozeného porodu.“ (viz. Příloha č. 4 – Stanovy občanského sdružení Pro PP). Sdružení se chystá vyvíjet především publikační činnost, vzdělávací aktivity, pořádat neformální setkávání, ale také se angažovat v legislativních otázkách a navázat kontakt se zdravotními pojišťovnami. Ze zápisu ze zahajovací schůze je také patrné, že Pro PP se chystá oslovit autory bakalářských a diplomových prací, souvisejících s tématem a tyto práce podporovat (viz. Příloha č. 5 – Zápis ze setkání – Sdružení Pro PP). V současné době se sdružení soustředí především na spuštění webových stránek.

5.2.3 Dílčí úspěchy českých OOS

Představila jsem deset subjektů občanského sektoru, s jejichž činností jsem se při psaní této diplomové práce nejčastěji setkávala. Zdá se, že tyto subjekty, ať se jedná o organizace profesní či zájmové, mají velmi podobné cíle a aktivity a také se společně podílejí na řadě akcí a iniciativ. Až na některé osobní neshody uvnitř organizací můžeme říci, že tyto organizace spojuje vzájemná spolupráce a snaha o dosažení společného cíle. Domnívám se, že je v tomto případě důležité a nezbytné, aby tyto subjekty držely pohromadě, neboť jejich vztah se státem, proti němuž de facto stojí v opozici, je poměrně konfliktní povahy. Stát jejich aktivity příliš nevídá a nepodporuje. Dochází zde ke konfliktu filosofie vedení porodu, ke střetu dvou koncepcí, jak jsem je popsala v úvodu práce: modelu lékařsky vedeného porodu a modelu přirozeného porodu. V této oblasti u nás dochází k tomu, co Frič a Bútora popisují ve své stati *Role občanského sektoru ve veřejné politice*, totiž že OOS musí soupeřit s organizacemi státního neziskového sektoru, tedy s rozpočtovými a příspěvkovými organizacemi, které jsou podporovány státem a jejich praxe je uznávána jako legitimní. OOS kritizují nepružnost a určitou ztuhlost státních organizací a propagují nové trendy, ale ze strany státu narážejí na nepochopení a nepřijetí (Frič, Bútora 2005: 172).

Hlavním cílem OOS, které se angažují v otázkách těhotenství a porodu v České republice, je představit veřejnosti jiný pohled na tematiku lidského zrození, než jaký je standardně uplatňován v českém zdravotnictví. Jejich činnost vychází ze zkušenosti, že česká rodička nemá v oblasti volby těhotenské a porodní péče příliš na výběr a je nucena se přizpůsobit péči lékařské, nabízené státem. OOS nabízí zázemí a podporu ženám, které chtějí mít možnost samy si zvolit poskytovatele, formu a místo péče a prožít narození svého dítěte podle svých představ. Tyto OOS upozorňují na omezenou možnost volby, přičemž vycházejí z praxe v západoevropských zemích a jejich činnost je vyjádřením toho, že se u nás formuje silná základna občanů, která požaduje změny v přístupu a chápání procesu porodu a respekt k možnosti svobodného rozhodování v těchto otázkách. Část české ženské veřejnosti zkrátka považuje stávající nabídku porodnických služeb za nedostatečnou a poukazuje na to, že žena, pro niž je nabízená péče nevyhovující, se ocitá v obtížné situaci.

Činnost OOS v této oblasti je nejvýraznější v posledních deseti letech. Jak jsem se pokusila ukázat, spektrum jejich činnosti je poměrně pestré a proto se nabízí otázka, zda tyto organizace dosáhly nějakých úspěchů a jaký mají jejich aktivity efekt. Dodnes je slyšet výrazná kritika činnosti českého porodnictví z těchto kruhů, čili by se na první pohled mohlo

zdát, že se situace nijak nevyvíjí. Cesta změny ve společnosti je však dlouhodobý proces, proto se pokusím zhodnotit, čeho tyto organizace během svého působení zatím dosáhly.

Za nejvýraznější přínos OOS v dané oblasti lze považovat iniciování veřejné diskuze o tématech, o nichž se dříve nehovořilo, ať je to způsob vedení porodů, otázka práv pacientů nebo téma chování lékařského personálu k pacientům. Tato témata se dostala do médií, diskuzních pořadů nebo internetových diskuzí, což nutí představitele státu a zástupce lékařů k dialogu. S tím souvisí také poskytování velkého množství informací široké veřejnosti za účelem podpory žen ve vědomém přístupu k těhotenství a porodu a podněcování úvah o současné situaci a tak toto téma přiblížit lidem. Veřejnou diskusi lze pak považovat za první krok k dalším změnám.

OOS u nás oživily profesi porodní asistentky a snaží se prostřednictvím působení soukromých porodních asistentek vtisknout této profesi její někdejší význam. Profesní organizace se zasadily o vznik koncepce další podoby oboru porodní asistence a definování jejich kompetencí. Některé organizace se blíže zaměřují na stávající legislativu a zpracovávají analýzy, na základě nichž pak vytvářejí tlak na zákonodárce a upozorňují na nedostatky v současné právní úpravě. Organizace občanského sektoru také spolupracují například s Ligou lidských práv, právní organizací občanského sektoru, která se zaměřuje na ochranu lidských práv u nás. Tato organizace vytvořila informační webové stránky Férová nemocnice, které informují o právech pacientů a medicínském právu. Projekt Férová nemocnice obsahuje také část Práva rodičky, jejímž cílem je zvýšit právní povědomí rodičích žen.

Významným krokem v podpoře profese porodní asistentky je podpora vzdělávání. V době socialismu se porodní asistentka stala ženskou sestrou a byla vzdělávána pouze v rámci středního školství. OOS se podílely na iniciaci a přípravě bakalářského studijního programu pro porodní asistentky, který prošel akreditací MŠMT v roce 2001 a dnes je vyučován na deseti vysokých či vyšších odborných školách v České republice. OOS dále poskytují rozšiřující vzdělávací programy v podobě odborných kurzů jak porodním asistentkám, tak dulám (www.ckpa.cz, www.unipa.cz, www.duly.cz).

OOS se také snaží navázat kontakt a spolupráci se zdravotnickými zařízeními. Například společnost Porodní dům U čápa o.p.s. pořádala ve spolupráci s 1. Lékařskou fakultou Univerzity Karlovy a Gynekologicko-porodnickou klinikou Všeobecné fakultní nemocnice v Praze jeden cyklus seminářů nazvaný "Porodní asistentkou v EU". Cyklus seminářů se podařilo umístit na půdu velké porodnické kliniky v Praze, což o.p.s. Porodní dům U čápa považuje za velký přínos pro spolupráci komunitních porodních asistentek s klinickým prostředím (www.pdcap.cz). OOS také zvou zástupce z řad lékařů na konference či

diskuzní akce, zaměřené na otázky porodnictví. V roce 2007 se například na půdě 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze konal inovační kurz nazvaný Právní aspekty porodu mimo nemocnici. Na tomto kurzu, pořádaném opět Porodním domem U čápa se setkali lékaři – porodníci, porodní asistentky a vyučující porodní asistence. Projednávání otázky právních aspektů porodnické péče poskytované mimo lůžková porodnická zařízení se sice neobešlo bez emocí a vášnivých diskuzí, ale vyústilo ve vydání brožury Právo v porodní asistenci (www.pdcap.cz).

Na druhé straně Česká asociace porodních asistentek navrhovala České gynekologicko-porodnické společnosti vytvoření pracovní skupiny, složené z lékařů různých oborů, porodních asistentek, právníků, ekonomů, zástupců zdravotních pojišťoven a spotřebitelů péče, která by zhodnotila situaci a vytvořila návrh nové koncepce péče o ženu a dítě. Tento plán byl veřejnosti představen na konferenci Přivádíme děti na svět v Praze v roce 2001, ale podle všech dostupných informací se v této věci dodnes nic nestalo.

Organizace občanského sektoru české veřejnosti také představily koncepci porodních domů, která je běžná v západní Evropě. Při realizaci takového zařízení však dodnes naráží jednak na konfliktní vztahy mezi lékaři a soukromými porodními asistentkami, ale také na legislativní překážky, jak jsem naznačila ve 4. kapitole.

I přes některé neúspěchy, kterým organizace občanského sektoru čelí, se zdá, že situace se i díky jejich aktivitám mění a možnosti péče a množství informací pomalu, ale jistě rostou. Vyplývá to alespoň z výpovědí maminek, klientek těchto organizací, které se mimo jiné vyjadřovaly i k tomu, jak vnímají posun celé situace u nás.

(O)no s každým dalším těhotenstvím víc a víc informací bylo v podstatě přístupných (...). (R1)

Jde to hodně pomaloučku, ale to, co bylo před těma pěti lety třeba úplně nepřipustný, (...) už se o tom začíná uvažovat, a že se jakoby normalizuje to, co by mělo bejt v pořádku. (...) Takže jestli mám říct, jestli se to někam hejbe, tak určitě jo. (R11)

(Ú)žasná věc je to, že (...) tady ta možnost je a že se tady může porodit doma, přirozeně s tím respektem k tomu momentu (...). A je spousta literatury, to je taky skvělý, že se ty ženy o tom můžou dozvědět a přečíst si a třeba na tom začít pracovat a chodit na nějaký cvičení pro těhotný ženy a studovat tenhle fenomén životní. (R7)

Na to, jak celou situaci vnímají příjemkyně péče, klientky organizací občanského sektoru, bude zaměřena celá následující část textu.

5.3 Analytická část - terénní výzkum

5.3.1 Kvalitativní analýza rozhovorů

Tato část diplomové práce bude zaměřena na zkušenosti klientek organizací občanského sektoru, zabývajících se možnostmi přirozených porodů se službami těchto organizací, se zdravotnickou péčí a s českým porodnickým systémem jako takovým. Pozornost bude věnována také motivaci klientek k využití služeb organizací občanského sektoru a jejich vnímání těhotenství a porodu, stejně jako genderovým aspektům porodnické péče.

5.3.2.1 Profil respondentky

Jak bylo již naznačeno v předchozích částech práce, organizace občanského sektoru u nás v souvislosti s tématem těhotenství a porodu poskytují služby inspirované modelem přirozeného vedení porodu. Přestože české zdravotnictví vykazuje velmi dobré výsledky, co se týče perinatální a mateřské úmrtnosti a celkově disponuje vysokým stupněm technické vybavenosti, roste počet žen, které si přejí prožít svůj porod jinde než v porodnici za asistence lékařů. Tyto ženy se obracejí právě na organizace občanského sektoru, které nabízejí alternativu službám, poskytovaným státním zdravotnickým systémem.

Během rozhovorů jsem se setkala s klientkami těchto organizací, přičemž mezi těmito ženami převažovaly ty, které mají pozitivní zkušenost s domácím porodem a těžiště jejich zkušenosti s organizacemi občanského sektoru spočívá ve spolupráci se soukromými porodními asistentkami, členkami profesních organizací. Všimla jsem si, že se jedná o poměrně specifickou skupinu žen, u níž lze pozorovat některé společné vlastnosti.

Prvním shodným rysem, který jsem pozorovala prakticky u všech respondentek, je jejich životní styl. Jsou to ženy, které tíhnou ke zdravé stravě, k ekologii a k tomu, co dnes nazýváme přirozený způsob života, zaměřený na snahu o soulad s přírodou. Ukázalo se, že řada žen dává před klasickou medicínou přednost alternativním způsobům léčení, jako je homeopatie nebo léčitelství. Jelikož tedy nevyhledávají služby lékaře ani při běžných nemocech, začaly se přirozeně zajímat o to, zda je nutné vyhledávat péči lékařů během těhotenství a při porodu, popřípadě jak vypadají služby, které české porodnictví poskytuje (pokud neměly předchozí zkušenosti). Odpovědi jim poskytla jednak literatura, která je u nás dostupná a jednak právě organizace občanského sektoru.

Na základě informací, které z těchto zdrojů nebo z vlastní zkušenosti s předchozími porody získaly, se u nich projevuje další výrazný rys, kterým je přístup k porodu jako k přirozenému procesu.

(V)ždycky jsem věřila v tu největší lidskou přirozenost, v to, že to tělo je opravdu dokonalý a nějaký zásah zvenčí může být úplně mimo, než to, co ta žena u toho porodu nebo i před tím porodem, co vlastně prožívá. (R7)

(K)dyž člověk žije bez stresu, v nějaké vnitřní harmonii, tak (...) ten porod je absolutně normální, běžná, fyziologická součást člověka, která může proběhnout absolutně hladce bez nějakých bolestí, komplikací a jakýchkoli problémů. (R8)

S tím souvisí také jakási úcta k okamžiku zrození, která vedla respondentky k tomu, aby se zamýšlely nad způsobem, jak tuto chvíli prožijí.

Určitě ten moment toho zrození, to je opravdu zázrak a my jsme k tomu tak hodně přistupovali doma a vlastně i toho staršího sourozence jsme k tomu připravovali, že ten moment je opravdu zázračná chvíle. (R7)

(Je to) takový svátek pro všechny, to je taková krásná slavnost zrození nového života. (...) (V) té chvíli by člověk měl maximum dělat pro to, aby to proběhlo tak, aby ta důstojnost té chvíle byla nádherná. (R8)

Toto poznání vede některé ženy k hlubším úvahám o procesu jejich vlastního porodu a o tom, jak by taková chvíle měla vypadat. Nástrojem k dosažení ideální porodní zkušenosti podle svých představ jsou jim zpravidla informace o biologických procesech v těle ženy během těhotenství a porodu, ale i o fungování porodnického systému s důrazem na lékařské postupy, které se při vedení porodu aplikují nebo pochopení vztahů, které se v porodnici uplatňují. Ellen S. Lazarus nazývá souhrn těchto informací „birth knowledge“ - porodní vědění (Lazarus 1994: 26). Na základě tohoto konceptu rozdělují autorky Hrešanová a Hasmanová Marhánková v rámci svého výzkumu nových trendů v českém porodnictví české rodičky na dvě skupiny: ženy, které si porodní vědění samy aktivně doplňují a disponují větším množstvím informací a ženy, které detaily spojené s porodním procesem a chodem porodnic aktivně nevyhledávají. Autorky nazývají tyto skupiny „přemoudřelými“ a „venkovskými“ rodičkami (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 101).

Pro potřeby tohoto výzkumu bych tyto dvě skupiny charakterizovala spíše jako rodičky poučené a nepoučené. Vzhledem k tomu, že jsem u dotazovaných matek vyzorovala ještě další shodné rysy, jako je důvěra ve schopnost porodit své dítě vlastními silami, přesvědčení o tom, že vím, co chci a proč to chci a ochota převzít plně zodpovědnost za své rozhodnutí, označím tuto skupinu matek jako rodičky náročné, přičemž tento termín má symbolizovat, že rodičkám jde o to, aby se během plánování svého porodu co nejvíce přiblížily svým základním požadavkům na průběh porodu a poporodní péči.

5.3.2.2 *Motivace k využití služeb OOS*

S výše uvedenou charakteristikou respondentek souvisí také jejich motivace k vyhledání služeb organizací občanského sektoru. Jak jsem naznačila, velmi výraznou motivací je jejich vnímání porodu, které se liší od vnímání porodu jako lékařského zákroku. Řada maminek v této skutečnosti vidí zásadní rozpor, který jim brání prožívat pro ně důležitou chvíli podle jejich představ.

(P)ůvodně ta myšlenka porodu byl(a), že jako co nejpřirozeněji, z čehož jsem měla trošku obavy, že by v nemocnici vlastně nešlo nebo... se mi o tom nechtělo s někým v tý těžký hodince, jak se říká, diskutovat, o tom, co chci a nechci... (R6)

(N)ás to zaskočilo i z toho důvodu, že dokud člověk nějak nepřišel s tím porodnictvím a vůbec s tímhle prostředím osobně do kontaktu (...), tak si vůbec neuvědomil vlastně, jak ta péče vypadá, jak je to vlastně, jak je to problém v naší společnosti a jak komplexní záležitost vlastně to je. (R2)

Pro většinu maminek bylo důležité, aby mohly o průběhu svého porodu svobodně rozhodovat. Dalším výrazným prvkem motivace k vyhledání služeb OOS tedy byl předpoklad, že personál porodnice tento základní požadavek nemusí vždy umožnit. Některé matky přitom vycházely z vlastních předchozích zkušeností s porody v porodnici, některé ze zkušeností z předporodních vyšetření u lékaře.

Já jsem u prvního dítěte nechtěla nějak tlačit na pilu, když člověk neví vůbec do čeho jde, (...) ale po dvou zkušenostech teda ve zdravotnickém zařízení, kde tu maminku donutí dělat to, co sama necítí a musí se opravdu podřídit tomu režimu... (...) (N)eměla jsem chuť při tom třetím miminku se už s nima dohadovat, chtěla jsem si to prožít tak, jak to má bejt. (R1)

(P)ředstava, že já si budu chtít užívat nějakou přirozenou porod a že (...) budu muset se konfrontovat s něčím, jako já se s radostí někde pohádám o něco, ale rozhodně si nedokážu představit, že bych za porodních stahů o něco bojovala. (R3)

Diskuze o kompetencích rodiček spolurozhodovat o záležitostech týkajících se porodu není u nás ničím novým. Vychází z toho, že v českém zdravotnictví ve druhé polovině 20. století převažoval paternalistický přístup k rodičkám, kdy matkám nebylo z důvodu odborné nekompetentnosti uděleno právo spolurozhodovat a dokonce ani posuzovat porodní praxi a který přes veškeré snahy o reformu zdravotnictví u nás přetrvává dodnes (Kapr, Koukola 1998: 51, 52). Podle Hany Haškové neochota zdravotníků umožnit ženám spoluúčast na

změnách v porodnictví souvisí s dlouholetou absencí občanské participace na veřejných záležitostech (Hašková 2001: 8). Řada žen se však s těmito poměry dnes odmítá smířit a hledá způsoby, jak naplnit své představy. Beze zbytku je však toto možné de facto jen domácím porodem.

(V)ěděla jsem, že stejně prostě by mě to stálo mnoho úsilí, vytvořit si ty podmínky v porodnici takový, jaký bych potřebovala, tak jsme se do toho pustili na vlastní pěst. (R10)

Podle informací, zveřejněných na webových stránkách iniciativy Normální porod by mohlo bez komplikací a zásahů porodit až 80 % žen (www.normalniporod.cz). Přesto si ale všechny ženy se zkušeností domácího porodu uvědomují, že to ani zdaleka není v současné situaci řešení pro každou ženu a rozhodně se nestaví do role propagátorek domácích porodů, protože si uvědomují, že nemohou sloužit obecně jako ideální řešení nevyhovující situace. Spíše se zdá, že toto rozhodnutí považují pro sebe za momentálně nejlepší možné řešení. To, že ne každá žena si nakonec tuto možnost opravdu zvolí, se ostatně ukázalo i během rozhovorů.

(N)emyslim si, že porod doma je pro každou ženu a stojím si za tímhle názorem, protože ne každá žena na to je připravená a ne každá žena zná svoje tělo tak dobře a svoji intuici má rozvinutou a jsou opravdu ženy, které se rády odevzdají nějaký výpomoci zvenčí, tý lékařský, jako odborný pomoci. (R7)

Rozhodně to není pro každého, určitě. (...) (I) z povahy tý maminky to určitě není pro každého. (...) (J)akejkoli strach při tom porodu působí hrozně svíravě a jako brzda. Pokud by měl někdo strach proto, že je doma, tak je prostě mnohem lepší, když je v nemocnici. (R2)

(J)á jsem si třeba asi myslela trošku, že jsem ještě jako alternativnější, potom jsem, když jsem to prožívala, tak jsem si říkala, že asi já jsem zrovna ten typ, kterej je rád, že vedle je ten sál, prostě, kdyby se něco stalo, tak kam mě odvezou kdyžtak. (R4)

Ženy, patřící do skupiny náročných rodiček, mají celkem jasné představy o tom, jak by jejich porod měl vypadat, respektive jaké by pro jejich porod měly být vytvořené podmínky. Jedním ze základních předpokladů pro co nejlepší průběh jejich porodu se ukázala být kategorie, kterou jsem pro potřeby výzkumu nazvala psychický komfort, přičemž tento termín má vyjádřit přesvědčení, že pro porod není dostačující sledovat pouze tělesné funkce rodičky, ale také to, jak se žena cítí po psychické stránce a jak na ní působí okolní vjemy. Respondentky ve výzkumu kladly na tuto kategorii poměrně velký důraz.

Já jsem nesmírně citlivá na tyhle věci (...) a mam svoje soukromí a do toho nechci nikoho pouštět a tohle to bylo něco tak echt soukromýho, že jsem chtěla být v tom svým světě, za každou cenu. (R11)

(T)řeba jsem zjistila, že když puđu proti tomu dítěti při porodu, tak to mu neusnadním. Proto si myslím, že ten druhý porod, prostě to byl dvouhodinovej mžik (...). (A) věřím tomu dodneška, že to bylo tou psychickou naladěností a že tam nebyl žádný rušivej element. (R5)

(H)lavně prostě ten psychický klid, který si myslím, že nejvíc pomůže tomu, aby pak ty porodní stahy vlastně proběhly tak přirozeně, jak to tělo si je samo udělá. To je něco, co nedělá ta žena, takže když to nechá úplně volně a prožívá to bez stresu a v harmonii, tak vlastně ty stahy toho svalstva to dítě vypudí úplně samy. Takže to si myslím, že je absolutně nejzásadnější (-). (R8)

Na základě tohoto zjištění jsem došla k závěru, že služby nestátních neziskových organizací vyhledávají ženy, které upřednostňují psychický komfort před technickou vybaveností a zázemím lékařského prostředí a pro něž pocit bezpečí souvisí daleko více se známým prostředím a psychickou vyrovnaností než s technickým zázemím porodních sálů. Vzhledem k tomu, že jsou poměrně dobře poučené o lékařské praxi v porodnicích a uvědomují si paternalistický charakter péče, která je zde rodičkám poskytována, své vnímání porodu poměrně výrazně vymezují právě vůči zdravotnictví a modelu lékařského porodu, na což se zaměřím hned v následující podkapitole.

Navzdory této výrazné tendenci a faktu, že média tyto ženy s oblibou nazývají extremistkami či nezodpovědnými matkami, jsem se nesečkala s tím, že by některá z respondentek se zkušeností domácího porodu trvala na této variantě za každou cenu a zcela odmítala možnost lékařského zásahu či převozu do porodnice.

Já (...) jsem si řekla, že prostě puđu touhle cestou, ale s tím, že kdyby komplikace byly nebo něco se stalo, tak že do té porodnice odjedem. (R1)

My jsme teda osobně přesvědčení s manželem, že (...) pokud by nějaká komplikace měla nastat, tak že ta žena stejně má takové vnitřní obavy, že do té porodnice puđe. (R8)

Já teda jsem měla úplně absolutní pocit jistoty, že to bude všechno úplně v pohodě a fajn, ale právě jsem si říkala, kdyby na mě přišlo nějaký jako, prostě intenzivní pocit: Ne!, tak bych do toho nešla. A to je stejně tak i teď s tím porodem. Jako zatím mám pocit, že jo, ale pořád si chci nechat jakoby ty vrátka pro sebe, abych byla schopná to nějak poznat. (R2)

Pro pochopení toho, proč ženy vyhledávají služby občanského sektoru a z jakého důvodu se vymezují vůči zdravotnictví, však bylo také nutné zjistit, jak na základě vlastní zkušenosti hodnotí lékařskou péči, které se jim při porodu nebo v průběhu těhotenství dostalo.

5.3.2.3 Těhotenství jako nemoc – hodnocení lékařské péče

Hlavním poskytovatelem péče o těhotné ženy a ženy těsně po porodu je v České republice státní zdravotnický systém. Jak jsem již zmiňovala, lékařský přístup k porodu zcela převážil ve většině vyspělých zemí v druhé polovině 20. století. Spolu s rozvojem perinatální psychologie však postupně začal být bio-medicínský model porodní péče kritizován (Hašková 2001: 27). Obzvláště specializovaní psychologové upozorňovali na skutečnost, že medicína pracuje s tělem, ale opomíjí prožitky a pocity rodiček, o něž pečuje. Byly definovány nové pojmy a teoretické koncepce. Hovoří se například o syndromu „ukradeného“ porodu, který hledá kořeny traumatizujících vzpomínek na porod v jeho instrumentálním vedení, nebo koncepce důležitosti vytvoření rané psychologické vazby mezi matkou a dítětem (Hašková 2001: 28). V řadě západních zemí na základě tohoto vývoje proběhla postupná transformace dosavadních postupů, ale české porodnictví se především kvůli absenci odpovídající reformy dodnes zcela nevyrovnalo s dědictvím socialistického systému, který byl mimo jiné charakteristický jistou dehumanizací vztahu mezi lékařem a pacientem (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 88).

Právě fakt, že rodička je dodnes vnímána převážně jako pacientka, přestože je prakticky vzato zdravá, pokud těhotenství probíhá bez komplikací, je jedním z hlavních aspektů, který klientky organizací občanského sektoru českému porodnictví vytýkají. Domnívají se, že žena, prožívající standardní fyziologický jiný stav, by měla být vnímána spíše jako klientka, k níž by poskytovatel služeb měl přistupovat jako k zákaznici. Podle respondentek je ale v praxi stále opak pravdou, přičemž vycházejí opět buď z vlastní předchozí zkušenosti s lékařsky vedeným porodem, nebo s předporodní lékařskou péčí.

Nebyla jsem tam jako klientka, byla jsem tam opravdu jako pacientka, opravdu jako člověk, kterej tam nemá žádněj hlas, žádnou vůbec možnost volby. (R5)

Podle mě to pořád nefunguje tak, že doktor přijde, řekne, můžeme vám udělat takovejhle zákrok? Tady jsou pro, tady jsou proti. Ale že to prostě funguje takovým nepřírozeným nátlakem. Prostě nejhorší mi tam připadá ta nadřazenost doktorů nad tím klientem. To, že prostě nejsou rovnocenný partneři, u toho porodu. (R3)

Tam (...) jsme se vždycky cítili jak nějaký takový... leckdy až nevítaný nějaký hmyz dotěrný, který působí problémy. Místo aby oni vlastně se snažili maximálně vyjít

člověku vstříc a pomoci mu, tak se na vás dívají jako na určitého pacienta, který o tom vůbec nic neví, který nemá žádná práva o ničem rozhodovat. (R8)

Klientky OOS zároveň vnímají, že lékaři jsou navyklí zacházet s těhotenstvím a porodem jako s nemocí, kterou je potřeba řešit medicínskými postupy a zabránit případným komplikacím, což není v souladu s jejich přístupem k porodu jako k přirozenému fyziologickému stavu. Vyhnout se lékařské péči a zvolit si poskytovatele péče plně dle svých požadavků však považují téměř za nemožné.

Prostě nevnímám těhotenství jako nemoc, která se musí řešit u doktora. (...) Oni jsou ty doktoři a oni mají prostě tu snahu pomoci. To znamená hledat problém. Když není, tak ho hledat (-). (R6)

(O)ni neustále vlastně zkoumají, co by mohlo být a co by se mohlo stát. (P)řístup jako k nemoci prostě. A já nevidím těhotenství a porod jako nemoc, vidím to jako úžasný stav, kterej když se dá té ženě prostor, tak ho může prožít velmi hezky, přirozeně. (R10)

(V) ty nemocnici je ten přístup, že to je pacientka. Že teda je tam něco špatně a mají to ty lékaři teda vyřešit. (R7)

Ale tak jako ono to úplně nejde, prostě. Nejt k doktoru nejde. (R10)

Maminky si také často stěžovaly na nedostatečnou komunikaci personálu s rodičkami, což je dle mého názoru obecný nešvar českého zdravotnictví. Podle Hany Haškové je dehumanizace vztahu mezi lékařem a rodičkou dána tím, že porodnice jsou organizace se silnou hierarchickou strukturou, které fungují podle pevně daných, osvědčených pravidel. Navíc zdravotníci disponují mocí, spočívající v autoritě medicíny, kterou reprezentují (Hašková 2001). To potvrdila i jedna z respondentek, když popisovala své pocity:

(J)á moc nedokážu odporovat, furt tam je takovej ten, já jsem ten nikdo a oni jsou ta kapacita, autorita, takže i když se zdá, že bych si to třeba dokázala obhájit, tak když dojde na konfrontaci, tak horko těžko, protože se bojím té konfrontace. (R5)

Tato maminka také nepříznivě hodnotí fakt, že žena si v porodnici nemůže vybrat ani konkrétního lékaře či porodní asistentku, ale musí přijmout péči od personálu, který má zrovna v době jejího porodu směnu.

Pak vnímám špatně, že tam se ta žena opravdu dostane do ruk komukoli. Tady toto je tak citlivá zkušenost, že si můžete kdekoli kdykoli vybrat doktora, ale tady to prostě neplatí. (R5)

Tyto jevy, které nejsou dotazovanými ženami vnímány příliš kladně, souvisí s výrazným rysem zdravotnictví, označovaným jako rutinizace postupů. Hana Hašková uvádí, že zaměstnanci organizací poskytujících veřejné služby mají tendence k takové činnosti, která sice vede k dosažení oficiálně stanovených cílů, nicméně je přizpůsobena tak, aby vyhovovala v první řadě členům organizace, nikoli klientům (Hašková 2001: 34). Rutinizace činností v porodnictví bývá pro veřejnost zdůvodňována jako nutná pro eliminaci rizik a zajištění bezpečnosti porodu. Z výzkumu Hany Haškové ale navíc vyplývá, že existují ještě další důvody pro rutinizaci práce, jako například její usnadnění a zjednodušení, protože každá automatizace zužuje možnosti volby, a tedy i nejistotu rozhodování, protože zdravotníci jsou zodpovědní za rodičku a výsledek porodu. Některé ženy ale důsledky této praxe nevnímají příliš dobře.

(T)am je opravdu největší problém v tom, že oni mají nějaký svoje tabulky a řeknou, prostě ano, my vám dovolíme cokoli, ale když se za hodinu neotevřete aspoň o dva centimetry, tak už to řešíme. A je to standardní postup a oni v tom nevidí nic špatného. (R5)

(J)akoby to byla určitá komerční záležitost, prostě jenom mít peníze z toho, že lékaři pečují o lidi a že jim prodávají léky, ale nějaká touha po tom, aby ten člověk byl opravdu zdravý a šťastný, to tam nikde necítím. A stejně tak touha, aby ten porod proběhl v harmonii a v pořádku, tak tu tam taky necítím, v té nemocnici. (...) (P)ekař pečce housky a přišla další houska na vál tady, tak teď jí zpracuju a pošleme dál. (R8)

Se všemi výše uvedenými skutečnostmi souvisí absence psychického komfortu, o níž se klientky OOS ve spojení s lékařskou péčí často zmiňovaly. Na skutečnost, že výborné výsledky českého porodnictví se měří především nízkou perinatální úmrtností, nikoli kvalitou podmínek pro psychické pohodlí pacientů ve zdravotnických zařízeních, poukazuje například psychiatrička Hana Vidovičová: „(Č)eské porodnictví v medicínsko-technické oblasti má špičkovou úroveň. Ale myslím si, že nejde dělat jen (...) urgentní technickou instrumentální medicínu a přitom ignorovat osobnosti lidí, pocity lidí, kteří jsou předmětem péče. Domnívám se, že v našem porodnictví chybí chápání základních věcí, jako je například působení stresu v tak fyziologicky podmíněném ději, jakým je porod, či možnost škodlivosti nadměrných zásahů“ (Labusová 2006). Respondentky nejčastěji hovořily o neúctě a neochotě personálu, despektu k přáním a potřebám rodiček, nezájmu nebo povinnosti podřizovat se rozhodnutím personálu. Ve spojení s hormonálními změnami v těle těhotné ženy a její zvýšenou emoční citlivostí označovali jednání zdravotníků nezřídka za necitlivé. K této problematice se vyjadřuje také Eva Křížová v knize Rovnost ve zdraví v transformovaném zdravotnictví

České republiky: „Problematika zdraví žen má v české medicíně dlouhou tradici vzhledem ke zvláštní potřebě gynekologické a porodnické péče a na první pohled by se mohlo zdát, že zde není co řešit ani napravovat. (...) Ukazuje se, že (...) moderní zdravotnický systém svým uspořádáním neodpovídá specifickým potřebám žen, jimiž jsou v první řadě potřeba navázat sociální a lidský vztah k terapeutovi a zdravotnickému personálu, zvláštní nároky na informace, komunikaci a vyjádření sociální opory. Formulovat „ženské“ potřeby se podařilo nejlépe v humanizaci prenatální péče, porodnictví a poporodní péče, ve srovnání se západní Evropou však tento proces proběhl méně důsledně a méně uvědoměle“ (Křížová 1998: 64). To v rámci výzkumu na základě vlastních zkušeností potvrdily i respondentky.

Mě prostě přišlo hrozně, že tam úplně opomíjí to podstatný. Že jsem tam přišla, absolutně se mě nikdo nezeptal, jak se cítím třeba po psychický stránce, jak se třeba těším, ale jenom mě, já nevím, moč tam zkoumaj, tlak, kterej jsem vždycky měla nízký, akorát tam řešili, že ho mám nějaký zvýšenej, protože jsem vždycky byla nervózní, když jsem tam šla. (R3)

(Z)ačla prostě úplná šílená scéna, že odmítám péči a řvala tam na mě nějaká vrchní porodní asistentka, že to si teda zodpovím a že jim tady podepíšu protokol, že odmítám péči a že si počkam na nějakýho docenta nebo na koho (...) a prostě ať se koukám svlíknout a ať koukám mazat, mazat! na ten ultrazvuk. (R6)

Já si pamatuju, že jsem se i rozbřečela po jedný intervenci tam jedný doktorky, že prostě jak je člověk takovej emočně nestabilní. (R4)

Přes veškerou kritiku a výtky vůči medicínské péči se ale většina respondentek stavěla k přístupu lékařů smířlivě a často hovořily o tom, že si uvědomují, že velmi záleží na konkrétních lidech, které člověk potká a na jejich přístupu. Snažily se často dát najevo, že ne všichni lékaři a asistentky musí být a priori nepřijemní a autoritativní. Tento častý rys ve výpovědích nejlépe vystihuje výrok „je to o lidech“.

Já si myslím, že je fakt spousta věcí, který už by ale mohly zmizet z toho přístupu (-). (...) Ale na druhou stranu zase prostě druhá půlka lidí mě, mě to hrozně příjemně překvapilo, jak jsou už tam, kde by podle mě měli bejt. (R4)

(V) té porodnici to jako zrovna, na kterou sestru narazíte, jak má dobrou náladu, jak je sdílná. (R1)

(Je to) o lidech. Prostě o lidech. Nechci je házet všechny do jednoho pytle, nechci, aby to vyznělo, že všichni jsou špatní. Nejsou všichni špatní. (R5)

(V)ždycky je to asi o těch lidech, jo? Třeba jsem tam zrovna narazila prostě na nějakou nepřijemnou paní. (R6)

Řada respondentek také vyjadřovala pochopení pro pozici lékařského personálu coby členů většího celku, který funguje podle předem daných a jasně stanovených pravidel. Často si také uvědomovaly velký tlak, který je na lékaře vyvíjen v důsledku velké zodpovědnosti, a měly pochopení pro to, že tento tlak pak často přenášejí na rodičky.

Tam je prostě někdy takovej ten přístup těch doktorů, že si člověk připadá jako blbec, tak mě přijde, že se to prostě musí nějak brát s nadhledem, protože ty lidi prostě dělaj takovou práci. Že to k tomu asi vede. (...) Jako já musím říct, že mě taky monitory nejsou příjemný, ale na druhou stranu jako nebudu kvůli tomu odepisovat ty doktory. (R4)

No ono zdravotnictví není vůbec jako jednoduchý, já tím, že to znam i z toho pohledu, (...) chodili jsme teda na praxe, (...) jsme tam jezdili se sanitkou, tak není to jednoduchý, já chápu, že si ten doktor, i kdyby na stokrát chtěl, tam nemůže začít vyskakovat, když musí dodržet všechny ty předpisy, co tam jsou. (R1)

Když ten doktor omedikuje, nastříhne, pokusí se o císařskej řez, tak v podstatě zkusil všechno, co moh. Zatímco když nechá ten porod přirozeně běžet, tak se může jakoby zažalovat za zanedbanou péči, protože teoreticky jakoby nic neudělal. (R3)

Ona ta mašinérie podle mě v tý porodnici ani jako nedovolí, i kdyby ta porodní asistentka byla sebelepší, tak ona ten výkon musí provést. (...) Takže ona může bejt milá a vstřícná a hodná, ale prostě má předpis, že musí tu ženu vzít na ten monitor (-). (R10)

To však pro řadu maminek není důvod, aby slevily ze svých požadavků a proto hledají způsob, jak se svým představám co nejvíce přiblížit. Zpravidla ho nacházejí v nabídce služeb organizací občanského sektoru, které reprezentují protiváhu zdravotnickému systému a modelu lékařsky vedeného porodu.

5.3.2.4 Hodnocení služeb OOS

Ženy, které mají pocit, že jim české zdravotnictví nenabízí dostatečné možnosti a nechtějí se nabízeným podmínkám pouze přizpůsobovat, nejčastěji vyhledávají služby organizací občanského sektoru. Přitom ženy, které se zúčastnily výzkumu, rozlišují mezi péčí soukromé porodní asistentky a službami, poskytovanými zájmovými organizacemi. Je to dáno tím, že porodní asistentka přímo asistovala u porodu respondentek, zatímco zájmové organizace tyto ženy využívaly především pro získávání informací během těhotenství nebo po porodu. I v této kapitole tedy rozliším to, jak respondentky vnímají služby profesních a zájmových organizací.

Klientky soukromých porodních asistentek tyto poskytovatelky péče nevnímaly v rámci organizace, ale téměř výhradně jako samostatně pracující osoby s tím, že některé o existenci profesních organizací věděly, ale vzhledem k povaze péče nepovažovaly za důležité se o tyto souvislosti blíže zajímat. Příčiny dobře vystihuje jedna z respondentek:

Prostě s tou asistentkou je to o vztahu mezi váma. O vztahu k sobě. Nikdy mě nenapadlo jí vnímat přes organizaci. (...) Já to vnímám tu roli tý Unie jakoby ve vztahu k veřejnosti, taková informační nebo prezentační (role). (R2)

Jedna z věcí, kterou oceňovaly na službách soukromých porodních asistentek, byl individuální přístup k rodičce. To je ostatně jeden z hlavních aspektů, na které se soukromé porodní asistentky ve své praxi soustředí. Kromě toho kladou důraz také na kontinuitu péče. Zatímco v porodnici žena přichází do neznámého prostředí mezi personál, který nikdy předtím neviděla a který ani není dobře obeznámen s její situací a zdravotním stavem, porodní asistentka pečuje o ženu v průběhu celého těhotenství i během porodu a šestinedělí. V době porodu tedy ví, z čeho žena vychází a jakým vývojem během těhotenství prošla. V České republice se v péči o ženu během těhotenství, porodu a pobytu v porodnici po porodu vystřídá až šedesát zdravotníků (Doležalová 2006: 74). Jak se zamýšlí Ivana Königsmarková v knize Hovory s porodní bábou: „I v jiných oblastech lidského konání se ukazuje, že společnost je souborem individuí, a tak musíme fungovat individuálně. Proč by totéž nemělo platit i pro porodnictví?“ (Doležalová 2006: 58). Naplnění potřeby individuálního kontaktu ocenily i respondentky.

Hlavně v tom byl takový velice osobní přístup. Že když člověk prožívá takovou zásadní, jakoby radikální děj ve svém životě, tak je opravdu nutné, aby ten, kdo je vedle vás, abyste z něj cítili, že k vám má úctu jako k člověku, že vás respektuje, že vlastně se snaží vyhovět tomu, co ta žena při tom porodu prožívá, že vede ten porod tak, jak ta žena zrovna na tom je, jak to prožívá, co zrovna potřebuje. (R8)

(U) ní to bylo takový, vždycky na mě měla čas, vždycky jsem byla na konkrétní hodinu objednaná, jenom já... (...) Povídaly jsme si, jsem se na něco zeptala, i když to byla hloupá otázka, tak se třeba tomu pouсмála, ale věděla jsem, že nejsem ani první ani poslední, kdo se na něco takového ptá. (R6)

(K)dyž jdu k asistentce na poradnu, tak na mě má vyhrazenou hodinu a prostě hodinu si povídáme o všem možným. Takže určitě toho o mě ví víc než doktor, kterej na mě kouká 10 minut a hlavně asistentka to chce vědět ode mě. Doktor, ten se koukne na ten přístroj, ale to, že mu já něco říkam, tak to moc nebere. (R2)

Ženy na přístupu porodní asistentky oceňovaly také fyzický kontakt. To, že je porodní asistentka vyšetřovala dotekem na břicho, pro ně bylo ve srovnání s vnitřním vyšetřením u lékaře mnohem podstatnější a přínosnější.

A šahala na mě. To byl velký rozdíl v tom, že ta doktorka na gynekologii jako mě šahala, ale ne na břicho, šahala mi tam někam dovnitř, k čemuž mi nikdy nic neřekla. Kdežto (porodní asistentka) mi šahala na břicho, naučila mě si vyhmátnout, kde má hlavičku, kde má nohy, zase takový úplně lidštější jakoby. (...) V tom byl ten rozdíl, asi ten přístup, to soukromí, to prostě, že na tebe šahá, opravdu na to břicho. (R5)

Že i třeba u toho zdravotníka, u té prostě moje gynekoložky, třeba mi nikdy nesáhla na břicho. Že si vzala ten přístroj a tím přístrojem na mě šahala. (...) A když jsem přišla k (porodní asistentce), tak ta mi prostě to břicho ošahala, řekla mi jak je natočená, ať si najdu zádička, že má hlavičku tadyhle a že jsem si to prostě nahmatala, fyzicky jsem si to takhle mohla ošahat. (R3)

Tento přístup porodních asistentek poskytoval jejich klientkám daleko větší psychický komfort, než jaký pociťovaly ve zdravotnických zařízeních. Respondentky hodně oceňovaly podporu ze strany porodní asistentky, vstřícnost, dostupnost ve smyslu poskytování konzultací i mimo domluvená předporodní setkání a také to, že tyto poskytovatelky péče naslouchaly jejich potřebám, což bylo pro jejich pocit během porodu důležité.

(O)pravdu poslouchala mě a to, jak já se cítím (...) a opravdu úplně upřímně jsem teda od srdce mohla říct, jak se cítím, jak mi je, jak bych si to představovala (-). Nechala to prostě úplně na mě. A maximálně se přizpůsobila tomu, jak já jsem si to představovala (...). (R7)

Opora. Opora a známej člověk. Někdo, kdo zná mě, ví, co já chci, co nechci (-). (...) Tim, že jsme to probírali spoustakrát na těch kurzech, tak ona opravdu věděla, co já chci, já jsem věděla, že se opravdu na ní můžu spolehnout (...). (R11)

(K)dykoli jsem potřebovala, tak jsem jí mohla zavolat. (...) (Z)aprvy jsem tu paní znala osobně, mohla jsem kdykoli s ní jakoby si popovídat, (...) byla otevřená ve věcech, v kterých jsem potřebovala, aby byla a neuvěřitelně mě respektovala. Cejtla jsem u ní ten respekt prostě (...). (R9)

(O)na naprosto vyšla vstříc mým požadavkům. (...) (Ž)e ve chvíli, kdy jsem nic po ní nechtěla, ona mi dodávala klid, ona tam jenom prostě seděla. (...) A když potom bylo zapotřebí, (...) tak i trochu na mě zvýšila hlas nebo prostě povzbudila a v tu ránu to šlo. Že prostě vystihla vždycky v tom okamžiku, co já jsem potřebovala. (R10)

Ženy v této souvislosti často hovořily o pocitu důvěry, kterého se jim od porodní asistentky dostalo, což hodnotily velmi kladně. Opět to souvisí s potřebou psychického komfortu.

Pro mě to bylo výhodný hlavně z toho psychickýho hlediska. Že jsem měla při ruce toho člověka, co mu důvěřuju a věděla jsem, že nemusím plašit. Byla jsem ve známým prostředí a dostalo se mi podpory a měla jsem prostě prostor. To pro mě bylo důležitý a to jsem fakt hodně ocenila. (R9)

(P)ojala jsem k ní důvěru, to je asi nejdůležitější. Že jsem věděla, že jsem v dobrých rukou, i kdyby se něco dělo, (...) já jsem pouze chtěla, aby (...) tam prostě byl někdo, (...) (d)alší osoba navíc, která by byla případně schopná říct: Jo, tak něco se děje, tak třeba je na čase to ukončit. (R10)

(M)á jednu úžasnou vlastnost a tou je, že umí úplně přesvědčit tu ženu, aby opravdu poslouchala svojí přirozenost a intuici a vlastně umí úplně předat tady tu důvěru v to svoje vlastní tělo. (R7)

Co se týče služeb neziskových organizací, respondentky oceňovaly především fakt, že jim OOS poskytly řadu užitečných informací. Maminky přiznávají, že dokud se nedozvěděly, že existují i jiné možnosti těhotenské a porodní péče a že mají právo vyžadovat péči adekvátní svým požadavkům, přizpůsobovaly se péči zdravotníků, která je považována za automatickou.

No je to tak, že dokud člověk nic neví, tak to přijímá jako takovou nezbytnost, že holt to prostě takhle musí projít a že holt se s tím nedá nic dělat. Příjemné to není a leckdy je to velmi nepříjemné. (R8)

(M)ě samotný to připadalo jakoby divný, že se mnou (gynekolog) takhle zachází a netroufla jsem si proti tomu něco říct a pak když jsem se dozvěděla, že to je fakt zbytečný, jak je člověk jako málo informovanej, jak o tom nic neví, myslí si, že je to všechno v pořádku... (R9)

V tomto ohledu tedy ocenily, že měly možnost získat informace o tom, jaké mají možnosti a také považují za důležité, že organizace občanského sektoru poskytují matkám podporu a informace o tom, co mohou očekávat přímo v porodnicích, jak funguje lékařská péče a jaká má rodička v tomto systému práva. Ivana Königsmarková k tomu říká: „Jsme právně nevzdělaní, a proto jsme ochotni přijmout, že zákon je vykládán tak, jaká je obvyklá praxe a ne, jak ve skutečnosti zní“ (Doležalová 2006: 96). Jednou z důležitých funkcí OOS se tedy zdá být také ochrana rodičky jako klientky přímo v prostředí porodnice.

(T)řeba se snažili těm ženám předat to, ať se na všechno v tý porodnici vyptávají, na všechny ty vyšetření doktora, co je nutný, co není nutný, protože spousta lidí tudle přijímá úplně automaticky, nějak o tom nepřemýšlí a ty vyšetření podstupuje, aniž by vlastně to bylo vůbec potřeba a věděli proč a i vedli k tomu lidi udělat si porodní plán, trochu se v tý nemocnici orientovat už předtím a takovému jako vědomějšímu přístupu.

(...) Spíš ta informovanost. Podat co nejvíc informací. Aby byl člověk zodpovědný sám za sebe. (R2)

A je fakt, že vlastně to taky byla výhoda těch neziskovek teda, že oni taky nás na to trošku připravili (jak to chodí v porodnici). Že říkali, že holt takhle prostě to je a že je důležitý v tom jako neztratit ten svůj vnitřní klid. (R4)

Tady ta ženská naprosto geniálním způsobem, mile, ale přesto důrazně, prostě řekla, že tohle já nechci. A já jsem se nemusela o nic starat. (R11)

Maminky také uvítaly to, že jim OOS poskytly možnost sdílet své pocity, zkušenosti, obavy či prožitky s ostatními ženami, což pro ně také představovalo významný zdroj informací, zvláště pro ženy prvorodičky, které jiný stav prožívaly poprvé.

(Na kurzu pořádaném OOS) se vždycky na začátku procvičí, udělá se to kolečko a povídá se, co koho zrovna trápí nebo naopak těší a člověk se v tom najde většinou, získá různé odpovědi na otázky, který třeba ani neumí vyslovit, ale furt mu tam se točí v hlavě. (R6)

Prostě tam jsou ty setkání koncipovaný tak, (...) že je to hodně založený na tom společenství těch žen, (...) první hodina spočívá v tom, že je kruh a prostě se volně baví, každá povídá to, co řeší a ty ženy volně sdílejí ty zkušenosti (...). Takže tohle bylo určitě pro mě hodně velkej zdroj. (...) Prostě takový prostředí, který není všude. (R2)

Během rozhovorů mě také zajímalo, jak vnímaly respondentky vztah organizací ke státnímu zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že dialog mezi oběma stranami je často poměrně vyhrocený a média soukromé porodní asistentky a zástupkyně OOS často označují za militantní, zajímalo mě, jak přístup organizací vnímaly jejich klientky. Matky přiznávají, že ze strany organizací se setkaly s kritikou zdravotnického systému, ale oceňují, že řada asistentek má osobní zkušenost ze zdravotnického zařízení a měly tedy pocit, že jejich kritika není bezdůvodná nebo neopodstatněná. Zároveň většinou oceňovaly, že se OOS nesnažily nikomu svůj názor vnucovat nebo jej prohlašovat za jediný správný, ale vždy spíše nabízely prostor k vlastním úvahám.

Protože samy v tom pracovaly dlouho a ví, jak to chodí. Taky to není jednostranný, nedá se říct, že by pořád všechno jenom kritizovaly, vidí ty dvě stránky toho všeho, že ty doktoři to taky nemají lehký a sestry... Ale určitě to cejtít je. (R2)

(C)ejtila jsem z ní, že vůbec nechce dávat těm rodičkám jenom svůj jednostrannej pohled. I když ho jakoby dávala, tak vždycky říkala, že takhle to má prostě ona a to je pro mě hrozně důležitý (...). Že jsem z ní právě cítila, že ona si o tom třeba teda něco myslí, ale vůbec si nemyslí, že by to pro všechny muselo bejt špatně. (R9)

(M)yslím, že úplně kladnej vztah k nim nemá, protože... Měla jsem z toho pocit, ne že ona by to nějak říkala, že by na ně nadávala, to v žádnym případě. To se mi taky líbilo. Ale spíš když já jsem třeba položila nějakou otázku, tak ten styl, jakým ona odpovídala, měla jsem z toho pocit, že jí vadí, že ty doktoři si jedou po svém a nepřipouští nějaký alternativy. (R11)

Kritiku zdravotnického systému zároveň vnímaly jako součást snahy OOS o prosazení jejich vlastních zájmů, proto tuto kritiku víceméně buď sdílely, nebo přijímaly. Zároveň si uvědomovaly, že poskytování služeb rodícím ženám v domácím prostředí může být pro soukromé porodní asistentky velmi riskantní a že tuto možnost nabízejí především proto, že je to jediný způsob, který jim v současné době umožňuje pracovat dle svého přesvědčení.

Cítila jsem z ní, (...) že se snažila o neutralitu. Že nechtěla jít proti porodnictví a proti tomu zřízení, které tady je, ale že chtěla vytvořit souběžnou možnost, která by mohla fungovat souběžně a dala příležitost těm, kteří chtějí využít něco jiného. Takže ne, že by se zrušily všechny dosavadní porodnice, ale kdo chce, aby mohl být nějaký porodní dům, případně možnost, i legislativní, rodit doma. (R8)

A v podstatě jsem pochopila, že většina těch porodních asistentek, že není v jejich zájmu, tak jak se někdy v médiích prezentuje, strhávat matky, aby rodily doma, protože to opravdu není asi pro všechny, ale těm co chtějí, tak aby jim to bylo umožněno. (R1)

Jedna z maminek však upozorňovala na to, že přílišné zdůrazňování nevýhod lékařsky vedeného porodu vede některé maminky k přehnaně radikálním názorům, což může být překážkou pro navázání spolupráce OOS se zdravotnickými zařízeními, kterou považuje za důležitý způsob, jak současnou situaci řešit.

(N)ěkterý ty maminky byly takový hrozně nabroušený na ty doktory, třeba to byly ale prvorodičky, který vůbec nevěděly, do čeho jdou a zřejmě si přečetly, že doktoři teda jsou blbý, protože stříhají, když nemusejí a já nevím co. (...) Tak jsem si říkala, jestli náhodou ty neziskovky prostě nepodporují v těch maminkách tohleto a že si myslím, že to je špatně, protože prostě spolupráce je fakt důležitá, že asi se to nedá jinak vyřešit než právě spoluprací. (...) Že by to k tomuhle tomu určitě nemělo vést a připadalo mi, že některý maminky to k tomu vede. (R4)

Většina maminek kritiku porodnictví tedy vnímala spíše jako součást snahy o prosazení větších možností výběru pro rodičky, ale nepochybně se v přístupu OOS vyskytují rizika, která nemusí být pro celkovou situaci přínosem. Zároveň je ale třeba podotknout, že jsem se během výzkumu setkala s radikálními názory spíše zřídka a pokud se nějaké vyskytly, přičítala jsem to emocionálnímu náboji, který v sobě porodní zkušenost nese. Je tedy víc než

jasné, že se jedná o záležitost velice citlivou, při níž by jak zástupci zdravotnictví, tak zástupci OOS měli postupovat s největší opatrností, pokud je cílem jejich snažení stabilizace situace a prosazení pestřejších možností v oblasti péče a služeb.

5.3.2.5 Genderové aspekty porodu

Přestože genderové aspekty porodu s činností organizací občanského sektoru zdánlivě nijak nesouvisí, ve výpovědích respondentek jsem často zaznamenala výroky, které se k otázce genderu v porodnictví vztahovala. Na pevně zakotvenou genderovou strukturu oboru porodnictví upozorňuje například Hana Hašková. V oblasti porodnictví, která je specificky ženskou problematikou, dochází vlivem genderových stereotypů ke snižování kompetencí žen odbornic. Lékařky jsou považovány za hůře vybavené jednak vlastnostmi a schopnostmi, které jsou požadovány pro řízení komplikovaných, případně operativních porodů, a jednak vlastnostmi, které jsou přisuzovány dobrému lékaři během vedení spontánních porodů „přátelských“ pro rodičku (Hašková 2001: 9).

V porodnictví je přibližně šedesát procent mužů lékařů. V roce 2006 byly ve třináctičlenném výboru České gynekologické a porodnické společnosti pouze dvě ženy, v sekci perinatologie byla ve výboru jedna žena a ve sto pěti porodnicích na vedoucím postu také jen dvě ženy (Doležalová 2006: 112). Ze strany organizací občanského sektoru je tato skutečnost často kritizována především z toho důvodu, že „(m)uži, kteří porodnictví ovládli, jsou většinou technicky založení, a tak se snaží technicky vyřešit to, co nejsou schopni sami zažít, i porod“ (Doležalová 2006: 112). Ve srovnání s tím OOS vnímají porod jako čistě ženskou záležitost. Tento genderový rozpor je ostatně dobře vidět již v personálním složení organizací státu a občanského sektoru. Zatímco k situaci v porodnictví se vyjadřují za zástupce zdravotnických zařízení výhradně muži – lékaři, organizace občanského sektoru jsou reprezentovány téměř výhradně ženami.

Ukázalo se, že i samy respondentky genderovou strukturu oboru porodnictví vnímají ve spojení se svým vlastním porodem jako problém a péči poskytnutou soukromou porodní asistentkou považují v tomto směru jednoznačně za výhodu OOS ve srovnání se službami zdravotníků.

Taky tam vidím (...) nedostatek ženské energie, ženského vnímání světa, vůbec toho ženského elementu. Že prostě všechno to jede podle toho racionálního mužského vidění světa a i ty porody a úplně se z toho vytratilo to, o čem to bylo dřív. Prostě taková ta intuitivní moudrost, vůbec nějaký instinktivní vnímání, když řeknete doktorovi: Já

cejtim, že to tak má bejt, tak vás prostě neposlouchá (...). Když (porodní asistentka) přijela k mému porodu, tak první otázka, co byla: Jak se cejtíte? Necejtíte, že máme jet do nemocnice, nebo chcete zůstat doma? To je prostě ten rozdíl. (R2)

Ačkoliv to byl fakt milej člověk, (...) že se fakt hrozně snažil, ale vůbec prostě nedbal nějaký intuice ženy. Já si myslim, že tohle je právě ten největší problém. Že prostě ty muži si z toho dělají nějakou věc, který hrozně rozuměj (...). Ale prostě myslim si, že tomu nemůže porozumět. (...) (N)ikdy nepocítí to, jak to ve skutečnosti prožíváme my. (R9)

Ve vnímání porodu jako čistě ženské záležitosti ženy často zmiňovaly absenci empatie v přístupu mužů – lékařů. Naopak tento nedostatek v jejich očích plně vyvážila péče porodní asistentky.

Myslím si, že je velmi důležité, že ty porodní báby jsou ženy, že opravdu žena k ženě se může maximálně otevřít, v důvěře, kdežto ten muž je vždycky cizorodý. Muž nikdy nebude cítit tak, jako žena a nemůže to proběhnout tak, jak když ta porodní asistentka je citlivá a vnímavá, vlastně jenom pomůže té ženě projít tou dobou tak, aby se znásobilo to, co tělo samo dělá a vyliminovaly se věci, které jsou tam zbytečné. (R8)

V porodnici jsem cítila obrovskej rozdíl teda mezi přístupem doktorů a doktorek. (...) (D)oktorka prostě když viděla sebemenší reakci toho, že ta ženská trpí, tak zjistila, kde ten problém je a ten chlap by to ze mě bejval vyrval asi (zavedený drén). (R1)

No a taky možná, že je trošku škoda, že jsou všude vlastně, ať se podíváš na většinu porodních klinik nebo nemocnic, tak vždycky ty nejvyšší doktoři jsou doktoři - chlapi, je jich strašně málo, kteří se opravdu dokážou vcítit a ještě to vlastně nemůžou udělat stoprocentně, protože to nikdy neprožijou, neprožili, takže (...) (v) tomhle tom to určitě cítim, že prostě to trošku berou jako že jsme ty obaly na ty děti, který je potřeba ve zdraví vyndat. (R6)

V souvislosti s tím některé ženy vnímají situaci tak, že zatímco v domácím prostředí nebo za asistence porodní asistentky rodí žena vlastními silami, v porodnici rodí lékař.

(I) když jsem nemocná, tak nevyhledávám lékařskou péči. (...) Takže ani ten porod mě nebylo příjemný, aby to za mě jako někdo řešil. (R6)

Ten chlap tam nemá co dělat. To bych řekla asi jako zásadní věc. A on k tomu i tak přistupuje. (...) Jako ten porodník teďka před volbama: Já jsem přivedl na svět tolik a tolik dětí... (...) To pro mě bylo úplně nepřijatelný. (R11)

Jako důsledek mužského přístupu k porodu některé ženy vnímaly také přílišné přeceňování role přístrojů při vyšetřování těhotných a rodících žen. Spoléhání se na přístroje ženy často považují za přehnané a zbytečné a mnohem raději by uvítaly, kdyby se bralo

v potaz jejich vlastní vnímání celé situace, což opět souvisí s psychickým komfortem, empatií a podporou.

(T)o připoutání na ten graf, jak tam jela ta ručička. Mi ukazovala, jestli mam opravdu každý 2 nebo 3 minuty stah, ale to jsem říkala, na to opravdu nepotřebuju ručičku, (...) to vám opravdu můžu říct, že ten stah mam. (R7)

(M)yslím, že je tam hrozně zásadní problém obecně v tom zdravotnictví to, že ten ultrazvuk je někdy hrozně přeceňovanéj a máme pocit, že všechno teda vidíme a nijak se neberou nějaký další aspekty. Určitě jako je (tohle vyšetření) skvělý na plno věcí a určitě se s tím dají poznat nějaký hrozně výjimečný případy, ale nevím, jestli prostě to není přeceněný, každěj měsíc teda to dítě skenovat a z toho usuzovat všechno. (R3)

Absenci ženského vnímání porodu a převahu mužů ve zdravotnictví tedy můžeme označit za další výrazný argument klientek OOS pro upřednostnění služeb, poskytovaných těmito organizacemi před službami státu. Opět se zde ukazuje, že organizace občanského sektoru umožňují konkrétní skupině žen naplnit jejich představy o průběhu porodu, které postrádají v nabídce státního zdravotnického systému a plní tak doplňkovou servisní funkci.

5.3.2.6 Celkové hodnocení současné situace v českém porodnictví

Jak je vidět z předchozích výpovědí, praxe je taková, že české ženy dnes mají možnost volby a zpravidla si mohou vybrat poskytovatele a formu péče, pokud se rozhodnou, že porodnice jim nenabízejí dostatečné zázemí pro období porodu. Přesto nelze konstatovat, že by některá z respondentek považovala současnou situaci za uspokojivou. Proč, to se pokusím nastínit v následující kapitole.

Jako největší problém respondentky vnímaly fakt, že státní zdravotnický systém a služby poskytované organizacemi občanského sektoru nejsou provázané, z čehož pramení řada problémů a komplikací, kterým maminky, nespokojené s nabízenou péčí státu, musí čelit. Tuto skutečnost vnímaly často ve srovnání s praxí v západoevropských zemích.

Já si myslím, že je obrovská škoda, že ty dvě strany nejsou schopny se domluvit a tu společnou řeč najít. A přitom si myslím, že v zahraničí to tak funguje, že ta péče je prostě diferencovaná a v podstatě jsou všechny ty jednotlivé složky rády, že část toho dělá někdo jinej a že se to tak jako postupně selektuje, že mají tu péči rozdělenou. (R1)

Ale zase je otázka, že třeba na Západě to funguje, tam ty porody doma jsou. Tam stačí prostě, aby se nějak sladila ta práce těch porodních asistentek, co chodí domů a zdravotnictví oficiálního. (R3)

Každá porodnice by měla zavést určité nějaké možnosti, aby si ta žena opravdu příjemně prožila všechnu tu nepříjemnou dobu předporodní, (...) aby si ta žena opravdu mohla porodit, jak chce. (...) A myslím si, že když už se tak staví to zdravotnictví do té vysoce vyvinuté, do stupně 21. století, tak že toto by měla být povinnost v každé nemocnici. (...) (A)spoň třeba, aby ty porodní asistentky (...) měly možnost tam s tou maminkou porodit. (R8)

Jedno z úskalí, které s neprovázaností služeb OOS a státu souvisí, je fakt, že péči soukromých porodních asistentek si rodičky a těhotné ženy musí platit z vlastních zdrojů, protože není hrazena z povinného zdravotního pojištění. Ženy těchto výdajů nelitovaly, ale pozastavovaly se nad tím, že pokud si zvolí jinou možnost, než „legitimní“ péči poskytovanou státem, jsou ekonomicky znevýhodňovány. Navíc upozorňovaly na to, že péče soukromých porodních asistentek není nákladnější, než péče zdravotníků, takže z finančního hlediska je tato ekonomická diskriminace neodůvodněná.

(A)korát teda samozřejmě, že si ten porod člověk musí hradit sám, ale tak to by nebylo překážkou, že bych si řekla: Tak to radši ne. To ne, ale spíš mě to štvalo tak, že (...) proč teda to nemůže hradit pojišťovna, když je to stejná péče, nebo adekvátní péče, co bych dostala v nemocnici nebo v porodnici... (R6)

(Z) toho čistě praktického hlediska je nevýhoda to, že to neplatí pojišťovna. Ale abych pravdu řekla, tak těchhle peněz mi nikdy nebylo líto. (...) Že prostě když jsem u ní hodinu na poradně, tak mi nepřijde vůbec divný za to dát ty tři stovky, které ta poradna stojí, ale když jsem zjistila, že doktor si účtuje vlastně to stejný pojišťovně za těch 5 minut, co tam jsem, tak je to prostě nesrovnatelný, no. (R2)

Já jsem třeba dala 5000,- (porodní asistentce), úplně s radostí jsem jí to odevzdávala (...) za tu péči a za všechno (...). A stejně tenkrát, když jsem byla v té nemocnici, tak jsem taky dala něco za to, že tam moh bejt muj manžel a za to, že jsem měla nadstandardní pokoj a prostě vyšlo mě to taky asi na 6 a půl. (R7)

Ženy, které mají zkušenost s porodem doma, také silně vnímaly negativní názory okolí na svoje rozhodnutí a zpravidla necítily, že by měly možnost se svobodně rozhodnout bez určité společenské stigmatizace.

No a jako klientka porodní asistentky a doma rodička si člověk občas připadal teda jako nějaký záškodnickej živel, co porušuje zákon. (...) (J)sem si říkala, že prostě to je taková ta úniková aktivita, než řešit prostě ty otázky, který v tom českým porodnictví, ty obrovský problémy, který tam jsou, (...) tak je hezký si ukázat prostě na ty špatný porodní asistentky, na ty špatný matky, co roděj doma, jako jak jsou hrozný, tak to pak medializovat. (R2)

Kdyby aspoň ctili člověka, že má svojí vlastní vůli, svoje rozhodování, svojí cestu, svojí odvahu, dejme tomu (...) a že to zvládnul... Ne, nic takového prostě neexistuje. Jenom prostě jejich zklamání, že vy jste nevyužila jejich služby ve smyslu tak až negativním. (R8)

(S)ice ta svoboda tam je, ale v podstatě není. Protože pak (...) ta autorita v podobě úřadu nebo toho doktora nebo matriky nebo... Těch různých forem autority je tam spousta. (...) Že člověk musí bejt silnej, aby si to udělal tak, jak chce asi. (R11)

No mě se zdá prostě asi nejvíc absurdní, jak je to nastavený, že mají všichni pocit, že já jsem ta nezodpovědná matka a přitom si myslím, že ty ženský, který rodí doma jsou ty, který nad tím asi nejvíc uvažovaly a rozhodně to není nějaký nezodpovědný rozhodnutí. (R3)

Špatnou pozici ve společnosti mají nejen ženy, které se rozhodnou rodit doma, ale také soukromé porodní asistentky, které u porodů doma asistují. To se ukázalo především u dvou rozhovorů maminek z Plzeňského kraje, kde si soukromá porodní asistentka, která chodí k domácím porodům nepřeje, aby o ní její klientky s někým hovořily nebo jí někomu doporučovaly. Tato porodní asistentka totiž zároveň doprovází ženy k porodům do porodnic a její pozice by se mohla podstatně zhoršit, kdyby byla známá jako asistentka, která chodí k domácím porodům.

Já mam pocit, že ona říkala, že kdyby to nějak veřejně propagovala, že to dělá, tak že už by se s těma doktorama vůbec nedomluvila. (...) Že když jezdí do těch porodnic s těma ženskejma, tak už takhle je to na ty doktory až dost, kdežto když by byla známá, že rodí doma... (R11)

(P)rostě si to nepřeje, protože (...) by nerada prostě měla komplikace a tím by způsobila komplikace i těm ženám potom dalším. (R10)

Respondentky si ale zpravidla uvědomují, že současná situace je silně poznamenána historickým vývojem občanské společnosti u nás a že je poměrně obtížné změnit systém, vycházející z modelu, který u nás fungoval několik desítek let. Přestože kritizují přístup lékařů a jejich chování k pacientkám, nevnímají lékaře jako viníky a uvědomují si, že jejich role v rámci zdravotnického systému není snadná. Zároveň ale v této souvislosti často hovořily o nedostatku vůle ke změnám.

(T)a situace je hrozně rigidní a zadřená v tom starym, co bylo, není tam vůbec žádná vůle to změnit, ačkoliv prostě na Západě to funguje úplně jinak, přes nějaký doporučení Světový zdravotnický organizace tady se prostě jede to starý a tak to prostě je, podle vědy je to takhle nejlepší. A prostě celej ten systém k tomuhle vede. (R2)

(O)ni opravdu mají totalitní mentalitu, totalitní prostě myšlení, kdy jedou pořád v těch starejch kolejích a oni za to nemůžou. Prostě si nemyslej, že dělaj něco špatnýho. Ano, chápu, ale když je tam ten tlak, tak odolávaj a to si myslim, že je špatně. Že se nevzdělávaj a prostě zavrhují to, zavrhují všechno, co je jiný. (R5)

Problém vidí také v současném systému vzdělávání zdravotnického personálu, který podobně jako medicínská praxe vychází ze zažitých pravidel a rutinních postupů a neposkytuje příliš prostoru pro inovativní myšlenky a vlivy.

A myslim si, že jestli se to změní, tak to teda bude na dlouho, protože na těch školách učí ty starý kapacity a to u nás teda třeba na té zdravce ještě učili ti doktoři, který až tak moc v té praxi nepracovali. (R1)

Vzdělávací systém ve zdravotnictví a obecně ta porodní zkušenost v tý společnosti ze socialismu, tak ta formuje ty lidi, prostě, někdo to hezky píše: Nejsou viníci, jsou samé oběti. Prostě mi přide, že pak ty lidi, který prošli tímhle tím, takhle byli zrozený, tohle do nich bylo pumpovaný od malička, tak prostě v tom jedou dál a nejsou schopný se z toho nějak vymanit a vidět to nějak trochu jinak. A je škoda, že ani nechtěj právě. Že tam není ta vůle. (R2)

(J)á si myslim, že nejzásadnější je to už během studia těch mediků. Že já ted vidim jenom na svejch kamarádkách, který šly na medinu, jak je to prostě zformovalo ta škola. A i třeba když se podívám na sebe, tak sama cítim, jakej vliv na mě mají mí profesori. (R3)

Vina za neutěšenou situaci ale podle respondentek leží i na bedrech samotných žen – matek a rodiček, které přijímají standardizované postupy a nemají snahu se o zlepšení situace samy zasadit. Ženy přitom respektují, že velkému počtu žen může pasivní prožívání porodu vyhovovat, ale i tady vidí určitou lenost a nedostatek vůle zasadit se o to, co se nás přímo dotýká.

(J)á si myslim, že to je společností. Že společnost to dělá, že vlastně to nastavuje. Vůbec nelze dávat vinu jenom lékařům nebo těm organizacím, je to i v těch rodičkách, jaký máme třeba požadavky. Buď máme požadavek, že prostě chceme porodit své dítě anebo když přijdu do porodnice a porod'te mi mé dítě. Pak teda to splňujou dobře ty instituce. (R9)

A je tu taky ohromná neinformovanost mezi těma ženama. Prostě kdyby tu byl tlak z tý ženské strany, každá by si nesla do porodnice porodní plán, věděla, co chce, tak myslim, že by se to hned prostě hejbalo někam úplně jinam. (R2)

Ale musel by někdo chtít a musel by být tlak z veřejnosti, aby vůbec někdo se o to začal zajímat, že je to nutné. Že dokud žena nic neví a přijme to teda, jako že žádná jiná

možnost neexistuje, tak vlastně 99 maminek ze 100, tak je jakoby zdánlivě spokojených, protože co jim jiného zbývá. (R8)

Právě v této oblasti ženy velmi oceňují aktivity organizací občanského sektoru, které poskytují ženám potřebné informace, podněcují veřejné diskuze o tématu a inspirují ženy k tomu, aby se nebály prosazovat svoje individuální požadavky. Ženám ale určitě nejde o to, nutit všem rodičkám a těhotným ženám svůj názor na věc. Celá tato diskuze pramení z toho, že část žen skutečně cítí tlak ze strany zdravotnictví a státu kvůli svému svobodnému rozhodnutí rodit podle svých představ a postrádá veřejnou podporu své svobodné volby. Cílem celé diskuze kolem této problematiky je ukázat veřejnosti, že existují ženy s individuálními požadavky a pouze žádají respekt a svobodnou možnost volit podle svého nejlepšího vědomí a svědomí bez ohledu na to, co je podporováno a přijímáno většinou.

Já jsem jenom vděčná, že prostě je možnost obojího. Že si prostě my lidi můžeme vybrat. A to je to nejdůležitější. Že ať si opravdu každá rodí, jak chce. Že pokud chce doma, ať si rodí doma, pokud chce v nemocnici pod bílým pláštěm, ať si rodí pod bílým pláštěm. Pokud chce císařským řezem, ať si rodí císařským řezem. (R7)

Samozřejmě, že nikoho, kdo to tak nemá a necítí, tak k tomu nepřesvědčíte. Ale myslím, že by měly dostat obě strany prostor, protože ten, kdo chce a prostě rozhodne se pro to, tak by tu možnost měl mít. (R10)

Ten porodní dům, (...) je velká škoda, že to zatím není, že vlastně se ztrácí rok za rokem a doba plyne a nic zásadního se neděje. To je velká škoda. Přitom si myslím, že opravdu, když ta společnost se staví jako demokratická, tak že by opravdu měla dát člověku možnost volby. (R8)

Můžeme tedy říci, že respondentky vnímají organizace občanského sektoru a soukromé porodní asistentky de facto jako určité advokáty své svobodné volby porodit tak, jak si samy přejí a představují a tlumočníky svých představ státním organizacím. Naději na zlepšení situace však nevidí pouze ve spoléhání se na to, že změnu za ně udělá někdo jiný. Svoje rozhodnutí považují zpravidla za součást procesu změny a cestu k dalšímu zlepšování situace vidí především v šíření pozitivních porodních příběhů a obecně v šíření informací a osvěty. Pro řadu z nich to ostatně byla také motivace k poskytnutí rozhovoru pro tento výzkum. Za důležité také považovaly stát si za svým přesvědčením a důvěřovat svému rozhodnutí.

5.4 Shrnutí výzkumu aneb co OOS a ženy vlastně chtějí?

V empirické části své práce jsem se zaměřila na činnost organizací občanského sektoru a na osobní zkušenost žen – matek, klientek těchto organizací se službami poskytovanými jak

těmito organizacemi, tak státním zdravotnictvím. Jak už jsem naznačila, výzkum pracoval s velmi specifickou skupinou žen, které mají velmi konkrétní a jasné požadavky, co se týče péče během těhotenství a porodu a jsem si vědoma toho, že výsledky výzkumu nelze zobecnit na klientelu organizací občanského sektoru jako takovou ani celkově na ženskou populaci. Stále platí to, co v roce 2001 popsala Hana Hašková, totiž že „(p)odpora požadavků občanských sdružení, vyjadřujících se k situaci v českém porodnictví, není sice mezi ženskou populací, a především populací žen s vlastní zkušeností porodu, zanedbatelná, ale mnohé další ženy nejsou s možností reálné aplikace požadavků, veřejně artikulovaných těmito sdruženími vůbec obeznámeny a neuvažují o ní“ (Hašková 2001: 8, 9). Zvolila jsem však tuto úzkou skupinu žen jednak proto, že jejich počet stále roste a jejich hlas sílí, ale také proto, že mi podle mého názoru umožnila jasněji popsat hlavní myšlenky a argumenty, související s modelem přirozeného porodu, který je propagován právě organizacemi občanského sektoru. Zároveň jsem chtěla objasnit motivaci těchto žen k využití služeb OOS a také jejich vnímání svého postavení v rámci zdravotnického systému.

Jak jsem se pokusila naznačit, cílem organizací občanského sektoru je především poskytovat relevantní informace o současných trendech v porodnictví a o možnostech, které české ženy v rámci státního zdravotnického systému mají. Tyto organizace vycházejí z osobních zkušeností žen, které považují nabídku služeb českého zdravotnictví za nedostatečnou a snaží se současnou situaci v České republice posunout směrem k větší diverzifikaci poskytované péče. Úskalím jejich snah je fakt, že státní zdravotnický systém je nepružný a tyto organizace často narážejí na poměrně silný odpor vůči svým aktivitám ze strany státu. Přesto OOS vytrvávají ve své snaze posunout české porodnictví k reformě, inspirované západními trendy a pokud možno smířlivou cestou dosáhnout svých požadavků. Vzhledem k tomu, že česká společnost je poznamenána téměř půlstoletím komunistického režimu, postupuje občanský sektor zdánlivě pomalu, ale přesto již dosáhl některých úspěchů, jako je otevření veřejné diskuze, oživení profese porodní asistentky, vybudování prvního porodního domu nebo částečné navázání dialogu se zdravotnickými zařízeními.

Služby organizací občanského sektoru vyhledávají především ženy, které vnímají porod jako přirozený proces a které na základě vlastní zkušenosti se zdravotnictvím hledají servis, který by lépe odpovídal jejich požadavkům a přáním. Jsou to většinou ženy, které mají jasno v tom, co chtějí a nechtějí dělat kompromisy v přizpůsobování svých požadavků praxi v porodnicích. Tyto ženy zpravidla vnímají porod jako důležitou rodinnou událost a přejí si ji prožít důstojně, v příjemném či známém prostředí a za podpory člověka, kterému důvěřují. Za stěžejní pro svůj porod považují psychický komfort, který ve zdravotnictví zpravidla

postrádají. Jejich chápání porodu je v rozporu s pojetím porodu jako nemoci, který je uplatňován v lékařském prostředí. Tyto ženy mají dojem, že jim zdravotnický personál neposkytuje dostatek prostoru pro svobodnou volbu o průběhu svého porodu a také zde postrádají psychickou podporu, vstřícnost, pochopení či naslouchání. Často mají také pocit, že personál s nimi dostatečně nekomunikuje a není jim příjemné, že je s nimi zacházeno většinou jako s pacientkami, když samy sebe vnímají jako zdravé. Kritizují využívání rutinních postupů a absenci individuálního přístupu, ale zároveň si uvědomují, že velmi záleží na konkrétních lidech a že zdravotnický personál musí v hierarchické struktuře porodnice naplňovat určitou pevně danou roli.

Pokud žena nechce přijmout schéma porodnické péče, nabízené státním zdravotnictvím, může se obrátit na organizace občanského sektoru. Profesní organizace jí může nabídnout buď doprovod do porodnice a jakési vyjednávání s personálem porodnice o jejích požadavcích nebo přímo asistenci u porodu doma. Zájmové organizace poskytují především informace o možnostech, jaké má žena k dispozici a jaké služby může v porodnici požadovat bez ohledu na stanovisko personálu – tedy o jejích právech. Na službách těchto organizací ženy oceňují především psychický komfort, individuální přístup a kontinuitu péče. Co se týče psychického komfortu, nejčastěji zdůrazňovaly, že jim OOS poskytly podporu, vstřícný přístup, naslouchaly jejich potřebám a daly jim pocit důvěry. To považovaly důležité pro to, aby jejich porod mohl probíhat přirozeně a beze strachu. Respondentky také hodnotily velmi kladně nejen dostupnost informací, ale prostor pro sdílení svých pocitů a zkušeností s ostatními ženami, který jim OOS poskytly. Zároveň se zde ale objevilo riziko příliš radikálního přístupu maminek – klientek OOS vůči zdravotnictví, které by mohlo ohrozit možnosti spolupráce OOS se státním sektorem.

Ukázalo se, že rozdíl mezi státním zdravotnictvím a službami OOS spočívá také v genderových aspektech porodnické a těhotenské péče. Zatímco v porodnicích zastávají vedoucí posty a o průběhu porodu rozhodují zpravidla muži – lékaři, služby organizací občanského sektoru poskytují výhradně ženy. Tento moment vnímají respondentky jako velmi důležitý, protože porod a těhotenství považují za čistě ženskou záležitost a domnívají se, že muž – lékař se nemůže dostatečně vcítit do stavu, který prožívají a poskytnout jim v důležitých okamžicích odpovídající podporu. Tyto ženy postrádají v českém porodnictví dostatek empatie a ženského přístupu a proto volí raději služby soukromých porodních asistentek nebo dul. Upřednostňují ženskou intuici před přístroji a jsou toho názoru, že zatímco v domácím nebo přirozenému porodu přátelském prostředí mohou porodit vlastními silami podle svých potřeb, v porodnici za ně de facto rodí lékař.

V hodnocení českého porodnického systému jako celku se respondentky s lítostí vyjadřovaly k faktu, že služby státního zdravotnictví a občanského sektoru nejsou propojené a organizace občanského sektoru nesou ve společnosti určitou stigmatizaci, spojenou s představou, že domácí porody bez přítomnosti lékaře jsou velmi rizikové a nebezpečné a tudíž nezodpovědné. Negativně hodnotí také ekonomickou náročnost služeb OOS, které nejsou hrazené z povinného zdravotního pojištění. Tyto ženy vnímají tlak ze strany státního zdravotnictví a negativní přístup ke svému rozhodnutí ze strany veřejnosti. V tomto ohledu je mrzí, že svoboda jejich volby je do velké míry omezena těmito vlivy. V hledání viníků jsou ženy ale poměrně opatrné a střízlivé, málokdy jsem se setkala s tím, že by respondentky vinily lékaře nebo zdravotnická zařízení. Z jejich pohledu neutěšenou situaci vnímají především v kontextu společenského a historického vývoje současného zdravotnického systému v České republice. Vyjadřují názor, že současná situace je způsobena náladou ve společnosti, systémem vzdělávání, který odolává inovačním tendencím a trendům a také přístupem ženské veřejnosti, která se přizpůsobuje většinové praxi a o svých zkušenostech a pocitech ze státního zdravotnictví zpravidla mlčí. Přitom si ale tyto ženy uvědomují, že řadě žen současná praxe a péče vyhovuje a nechtějí na ní nic měnit. Tuto skutečnost plně respektují, ale požadují, aby většina respektovala potřeby menšiny, naslouchala jejím požadavkům a umožnila jí důstojnou možnost volby bez odsuzování.

V českém porodnictví se tyto ženy zřídka cítily jako klientky. Spíše hovořily o tom, že k nim personál přistupoval jako k pacientkám. Pokud bych měla shrnout, v čem spočívají výhody OOS ve srovnání se službami, poskytovanými státním zdravotnickým systémem, domnívám se, že především v tom, že k ženám přistupují jako ke klientkám a v rámci zdravotnického systému jim poskytují ochranu jejich klientské pozice. S tím souvisí také individuální přístup, vycházení vstříc požadavkům žen a naslouchání jejich potřebám. Vzhledem k tomu, že těhotenství a porod jsou pro ženu velmi citlivým a důležitým obdobím, organizace občanského sektoru jim svým přístupem kompenzují to, co postrádají v přístupu zdravotníků. Z pohledu teorie heterogenity, kterou jsem představila ve třetí kapitole, organizace občanského sektoru v oblasti porodnictví sice nemohou soupeřit se státním zdravotnictvím, co se týče technologické a přístrojové vybavenosti, ale mohou stát zastupovat v oblasti, v které selhává, a tou je přístup ke klientům a poskytování psychického komfortu ženám, které jej v porodnictví postrádají. OOS také nabízejí těhotným ženám a rodičkám to, co bych nazvala faktorem důvěry. Ženy mohou svobodně vyjadřovat své požadavky s vědomím, že jim poskytovatel péče bude naslouchat a zároveň mají možnost participovat na rozhodování o způsobu a podmínkách, v jakých přivedou své děti na svět. Organizace

občanského sektoru, působící v oblasti porodnictví tedy zastávají v české společnosti nejen funkci servisní a inovační, ale také funkci advokační, spočívající v ochraně práv a zájmů menšinových a diskriminovaných skupin (Anheier 2005: 174, 175). Objevují se zde také rysy předností občanského sektoru, jak je popisuje Martin Potůček, totiž v regulaci činností, vyžadujících celostní přístup a vcítění se do potřeb ostatních a takových, které předpokládají značnou důvěru na straně klientů (Potůček 2005: 106).

Přestože pouze menší část žen vyhledává organizace občanského sektoru jako poskytovatele těhotenské a porodní péče, jejich počet je dne již nezanedbatelný. Vzhledem k tomu, že aktivity OOS spíše sílí a rozrůstají se, zdá se, že situaci je ještě kam posouvat a co zlepšovat. O tom, že tato otázka je stále živá, svědčí i fakt, že v červenci tohoto roku byla založena nová organizace občanského sektoru, hlásící se k filosofii přirozeného porodu. Podpora ze strany státních orgánů či projevení vůle ke spolupráci je však stále minimální. Symbolicky bych tedy empirickou část této práce ukončila výrokem jedné z respondentek, která vyjádřila nad touto skutečností lítost následujícími slovy:

(N)emají moc oporu v okolí a je to škoda, kdyby jim prostě poskytl někdo pomoc, kdyby měli větší zájem vůbec širšího okolí, lidí, který by prostě byli ochotný pomoci... Vidím, jak už jsou ty lidi vyčerpaný a je vidět, že by potřebovali pomoci. (...) (Ž)e už nemaj na to dost energie, protože jsou na to sami. (R9)

6. Závěr

Tato práce si kladla za cíl představit roli občanského sektoru v oblasti porodnictví a přiblížit činnost organizací občanského sektoru, které se na tomto poli angažují. Tyto organizace tvoří v České republice protiváhu veřejnému zdravotnictví a v rámci zdravotnického systému usilují o vybudování vlastní stabilní pozice poskytovatelů adekvátní péče o těhotné a rodící ženy. Jejich vztah se státem je přitom definován odlišným přístupem k vedení porodu. Zatímco státní zdravotnictví reprezentuje model lékařsky vedeného porodu, občanský sektor zastupuje model přirozeného porodu. Debata o tomto tématu se u nás objevila před dvaceti lety v souvislosti s pádem komunistického režimu a pronikáním vlivů ze zahraničí, což mimo jiné otevřelo téma nutné reformy státního zdravotnictví.

Odlišný přístup k porodu je stěžejní pro definování pozice organizací občanského sektoru a jejich klientek ve společnosti. Proto jsem se na něj zaměřila v úvodní kapitole práce, kde je zároveň celá problematika zasazena do historického kontextu a představena jako sociální problém. Další kapitoly nastiňují obecnou roli občanského sektoru ve společnosti, jeho historické pozadí v České republice a současný vývoj. Protože je vztah státu a občanského sektoru v této oblasti převážně konfliktní povahy, soustředila jsem se také na kořeny tohoto stavu. Pokusila jsem se na konkrétních případech ilustrovat vývoj situace v posledních deseti letech a vykreslit současný stav u nás. Došla jsem ke zjištění, že se v této oblasti poměrně silně projevuje vliv socialistického zřízení, s nímž se česká společnost dodnes vyrovnává a jehož důsledky se stále velmi výrazně odrážejí jak v pozici občanského sektoru, tak ve veřejném zdravotnickém systému. Organizace občanského sektoru přicházejí s novými myšlenkami a s novým přístupem, který zatím stále naráží na neochotu a nepochopení ze strany státních orgánů a veřejnosti. Nejkontroverznějším aspektem veřejné debaty je téma domácích porodů, které nejsou oficiálně zakázány, ale ve společnosti zatím nejsou příliš akceptovány. Jejich provádění však úzce souvisí s omezenými možnostmi, překážkami, které jsou organizacím občanského sektoru kladeny a neochotou věnovat celé situaci více pozornosti. Cílem organizací přitom není zásadně měnit stávající praxi, ale vytvořit ve společnosti prostor pro širší nabídku služeb, které by nebyly poskytovány jen státními subjekty.

I přes obtížnou pozici tyto organizace během posledních let dosáhly řady úspěchů a jejich existence a požadavky postupně pronikají do obecného povědomí. Jejich aktivity jsou poměrně pestré, což je dáno mimo jiné tím, že zde působí nejen organizace profesní, ale také organizace zájmové, které vzešly přímo z řad klientek zdravotnických služeb. Právě na to, jak celou situaci vnímají klientky porodnické péče, byla z větší části zaměřena empirická část

práce. Výzkum se opíral o kvalitativní výzkumné metody a na základě polostrukturovaných rozhovorů s klientkami organizací občanského sektoru jsem se pokusila zhodnotit, jak se ženy, které mají blízko k filosofii přirozeného porodu, cítí jako klientky českého porodnictví. Zjistila jsem, že tyto ženy v systému porodnické péče postrádají především faktor psychického komfortu, který by v průběhu porodu uspokojil jejich emocionální potřeby, a že tyto aspekty nalézají ve službách poskytovaných občanským sektorem. Je to dáno především tím, že jejich vnímání porodu se neslučuje s pojetím porodu jako stavu, který je třeba řešit lékařskými zákroky. Ženy se v porodnicích často necítí jako klientky, ale jako pacientky. Zároveň preferují péči poskytovanou ženami, protože porod a těhotenství vnímají jako specificky ženskou záležitost a ve zdravotnictví podle nich převažuje spíše mužská autorita nad ženskou intuicí. Kompenzaci těchto skutečností, které vnímají jako nedostatky, často nalézají právě ve službách občanského sektoru.

Tyto ženy vnímají organizace občanského sektoru především jako důležitý zdroj informací, psychické podpory a sdílení. Zároveň pro ně představují ochranu občanských práv s důrazem na právo svobodně si zvolit okolnosti a místo porodu a poskytovatele služeb. Organizace občanského sektoru vnímají jako iniciátory aktivit, podněcujících společenskou změnu, která by umožnila větší diferenciaci porodnické péče a možnost rozhodovat se v otázkách těhotenství a porodu opravdu svobodně, bez rizika společenské stigmatizace a tlaku veřejnosti. Přestože stát nabízí v oblasti porodnictví z technického hlediska velmi kvalitní a komplexní lékařskou péči, hrazenou ze zdravotního pojištění, organizace občanského sektoru mají co nabídnout v oblasti, která ve státním zdravotnictví citelně zaostává, a sice v poskytování psychického zázemí a individuálního přístupu. Během výzkumu se potvrdilo, že pokud má dojít ke stabilizaci současné situace, je nutné, aby obě strany navázaly spolupráci a navzájem se respektovaly.

Ve své práci jsem se soustředila na organizace občanského sektoru a poměrně úzkou skupinu jejich klientek, které mají pozitivní zkušenost s domácím porodem. V této oblasti je však stále velký prostor pro další bádání, protože v našich podmínkách stále chybí dostatek analytických prací na toto téma. Práce, z nichž jsem během své práce vycházela, jsou zaměřeny především na výzkumy, vycházející z lékařského prostředí. Tato předkládaná práce přináší pohled na problematiku očima klientek organizací občanského sektoru. Ani zdaleka však nemohla vyčerpat potenciál, který tato skupina pro výzkumné bádání skýtá, nemluvě o potenciálu samotných organizací občanského sektoru.

Tato práce si kladla za cíl představit určité aspekty porodnické péče v České republice z pohledu organizací občanské společnosti a jejich klientek. Za hlavní přínos práce považuji

právě zaměření výzkumu na oblast, která dosud unikala pozornosti autorů a výzkumníků a představení problematiky očima skupin, jejichž osobní zkušenost se liší od toho, co jsme dnes zvyklí považovat na poli porodnictví za běžné a standardní. Během svého výzkumu jsem se setkala s tím, že laická veřejnost má na otázku přirozených porodů a skupinu žen, které se v této otázce veřejně angažují, často jasně vyhraněný názor, který zpravidla podléhá mediální prezentaci celého tématu. Proto doufám, že moje práce přispěje k bližšímu představení motivace dané skupiny žen a snad i k potlačení některých mýtů, které se v této souvislosti mezi širokou veřejností nezdědka vyskytují. Mým osobním přáním je, aby podnítila větší otevřenost veřejnosti vůči této problematice a ochotu naslouchat potřebám a argumentům žen, tlumočeným skrze občanský sektor.

Na obecnější rovině považuji za přínos předložené práce analýzu vztahů občanského sektoru a státu v oblasti zkoumané problematiky a to i s ohledem na historické souvislosti a naznačením směru, který by mohl být možným východiskem současné nepřilíš uspokojivé situace mezi oběma stranami. Z hlediska teorie heterogenity, o níž jsem se zmínila ve 3. kapitole, práce také poukazuje na to, že zkoumaná problematika úzce souvisí s nedokončenou reformou českého zdravotnictví a že navzdory tomu, že české zdravotnictví poskytuje technicky vysoce vyspělou péči na špičkové úrovni, stále je co zlepšovat v dalších aspektech, které jsou velmi často opomíjené. Práce tak ukazuje, že činnost státu může být obzvláště při jeho tzv. selhání dobře doplněna činností občanského sektoru, který se zaměřuje na uspokojení potřeb těch skupin obyvatel, jimž současná podoba služeb, poskytovaných státem, příliš nevyhovuje. Práce se snaží ukázat, že tato role občanského sektoru má pro určitou část veřejnosti velký význam a proto by mělo být v zájmu státu respektovat organizace občanského sektoru jako partnera, jehož cílem není dominovat, ale doplňovat jeho působení.

Doufám, že text nalezne uplatnění jako studijní materiál a že pomůže přispět k obecnější informovanosti široké veřejnosti.

Poznámka k transkripci:

(...) vynechaná část výpovědi

... odmlčení se mluvčího

7. Literatura

Anheier, Helmut K. 2005. *Nonprofit Organizations. Theory, Management, Policy*. London and New York: Routledge.

Báčuvčík, Roman. 2005. „K terminologii neziskového sektoru“. In Simona Škarabelová (ed.). *Definice neziskového sektoru. Sborník příspěvků z internetové diskuze CVNS*. Brno: CVNS, s. 39 – 44.

Bártová, Eliška. 2007. *Proslavily ji alternativní porod. Je otevřena*. Aktuálně.cz [online]. 22. dubna 2007 [cit. 21. 6. 2009]. Dostupné z <<http://aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek.phtml?id=404517>>.

Bútor, Martin, Fialová, Zuzana. 1995. *Neziskový sektor a dobrovolnictvo na Slovensku*. Bratislava: SAIA-SCTS a FOKUS.

Čápková, Hana. 2007. *Ženy sledují ordinaci a pak jdou za lékařem*. Lidové noviny 1. září 2007. Dostupné z <http://www.lidovky.cz/zeny-sleduji-ordinaci-a-pak-jdou-za-lekarem-fjy-/ln_noviny.asp?c=A070901_000007_ln_noviny_sko&klic=221171&mes=070901_0>.

Čápková, Hana. 2007. *Co zazní z televize, je pravda*. Lidové noviny 1. září 2007. Dostupné z <http://www.lidovky.cz/co-zazni-z-televize-je-pravda-di8-/ln_noviny.asp?c=A070901_000015_ln_noviny_sko&klic=221173&mes=070901_0>.

ČTK. 2008. *Aktivistky demonstrovaly před MZ*. Zdravotnické noviny 13. října 2008 [cit. 2. 7. 2009]. Dostupné z <<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=383842>>.

Disman, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

Dohnalová, Marie, Malina, Jaroslav, Müller, Karel. 2003. „Občanská společnost: Minulost – současnost – budoucnost“. In Jaroslav Malina (ed.). *Panoráma biologické a sociokulturní antropologie: Modulové učební texty pro studenty antropologie a „příbuzných“ oborů*. Brno: Akademické nakladatelství.

Doležalová, Jana. 2006. *Hovory s porodní bábou*. Praha: Argo.

Dopady členství ČR v EU na NNO v programovacím období 2004 – 2006. 2007. Úřad vlády ČR. [cit. 16. 5. 2009]. Dostupné z <http://www.vlada.cz/assets/ppov/rnno/aktuality/analyza_CR_EU_NNO_pro_web.pdf>.

Drejser, Renske. 2002. „Porod z pohledu institucí: Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM)“. In Lucie Ryntová, Lenka Wallerová (ed.). *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001.* Praha: Aperio, s. 65 - 66.

Drchal, Václav. 2009. *Soud se zastal „přirozených“ porodů.* Lidové noviny 19. března 2009 [cit. 15. 6. 2009]. Dostupné z <http://www.lidovky.cz/soud-se-zastal-prirozenych-porodu-d5h-/ln_domov.asp?c=A090319_102141_ln_domov_mpr>.

Fedor-Freybergh, Peter G. 2002. „Prenatální a perinatální psychologie a medicína: nový přístup k primární prevenci“. In Lucie Ryntová, Lenka Wallerová (ed.). *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001.* Praha: Aperio, s. 39 -41.

Frič, Pavol, Bútora, Martin. 2005. „Role občanského sektoru ve veřejné politice“. In Martin Potůček a kol. (ed.). *Veřejná politika.* Praha: Sociologické nakladatelství, s. 153-185.

Frištenská, Hana. 2003. „Vývoj organizované filantropie po roce 1990“. In Jaroslav Malina (ed.). *Panoráma biologické a sociokulturní antropologie: Modulové učební texty pro studenty antropologie a „příbuzných“ oborů.* Brno: Akademické nakladatelství, s. 145 - 148.

Gavlák, Jan. 2006. *Informace k situaci na porodnici v Česko – německé horské nemocnici Krkonoše ve Vrchlabí.* [online]. 30. listopadu 2006 [cit. 21. 6. 2009]. Dostupné z <<http://www.nemocnice.vrchlabi.cz/novinky.php?id=14>>.

Geisel, Elisabeth. 2002. „Umění porodních asistentek a budoucnost lásky“. In Lucie Ryntová, Lenka Wallerová (ed.). *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001.* Praha: Aperio, s. 34 -36.

Hájek, Zdeněk. 2002. „Jsou v České republice podmínky pro porod doma?“ In Lucie Ryntová, Lenka Wallerová (ed.). *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001.* Praha: Aperio, s. 39 -41.

Hamplová, Ludmila. 2008. *Orgasmický porod?* Reflex 45: 40 – 44.

Hašková, Hana. 2001a. *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR: Gender & Sociologie.

Hašková, Hana. 2001b. *Sociální aspekty porodu. Bude to porod, ale jaký?* [online] [cit. 18. 8. 2009]. Dostupné z <http://iham.cz/old/diplomka_abstrakt.php>.

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

Hradilek, Ludvík. 2006. *Stát nutí matky rodit v nemocnici*. Aktuálně.cz [online]. 23. prosince 2006 [cit. 21. 6. 2009]. Dostupné z <<http://aktualne.centrum.cz/clanek.phtml?id=%20315656>>.

Hunčová, Magdalena. 2005. „O pojmech neziskovost, veřejná prospěšnost a veřejné služby“. In Simona Škarabelová (ed.). *Definice neziskového sektoru. Sborník příspěvků z internetové diskuze CVNS*. Brno: CVNS, s. 13 – 21.

Chábová, Ludmila. 2006. *Tak nám zavřeli Vrchlabí*. [online]. 15. prosince 2006 [cit. 21. 6. 2009]. Dostupné z <<http://chabova.blog.respekt.cz/c/1223/Tak-nam-zavreli-Vrchlabi.html#t2>>.

Jaroš, Jan, Kalina, Kamil, Dlouhý, Martin, Malina, Antonín. 2005. „Decentralization and Governance of Healthcare in the Czech Republic in the 1990s“. In George Shakarishvili (ed.). *Decentralization in Healthcare: Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s*. Budapest: Open Society Institute, s. 191 – 271.

Jirásková, Vlasta. 2007. *Kolik stojí porod doma a co mu u nás brání*. Aperió 4: 38 – 41.

Johnson, Kenneth C., Daviss, Betty-Anne. 2005. *Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America*. British Medical Journal. [online] [cit. 21. 7. 2009]. Dostupné z <<http://www.bmj.com/cgi/content/full/330/7505/1416>>.

Kapr, Jaroslav, Koukola, Bohumil. 1998. *Pacient: Revoluce v poskytování péče*. Praha: SLON.

Königsmarková, Ivana. 2002a. „Porod z pohledu institucí: Česká asociace porodních asistentek.“ In Lucie Ryntová, Lenka Wallerová (ed.). *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001*. Praha: Aperio, s. 59 - 62.

Königsmarková, Ivana. 2002b. „Úvod konference“. In Lucie Ryntová, Lenka Wallerová (ed.). *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001*. Praha: Aperio, s. 9 - 10.

Konopíková, Renata. 2008. *Otevře se znovu Vrchlabí? Otázky pro ředitele nemocnice Vladimíra Drymla*. AZrodina.cz [online]. 17. června 2008 [cit. 21. 6. 2009]. Dostupné z <<http://www.azrodina.cz/2481-otevre-se-znovu-vrchlabi-otazky-pro-reditele-nemocnice-vladimira-drymla>>.

Korbelářová, Ivana. 2009. *Porodnice Vrchlabí 2009*. AZrodina.cz [online]. 22. května 2009 [cit. 21. 6. 2009]. Dostupné z <<http://www.azrodina.cz/3115-porodnice-vrchlabi-2009>>.

Křížová, Eva. 1998. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky.

Labusová, Eva. 2005. *Víte, jak chcete přivést na svět své dítě?* Aperio 1: 4 – 6.

Labusová, Eva. 2006. *Normální porod – oč jde?* AZrodina.cz [online]. 5. října 2006 [cit. 22. 8. 2009]. Dostupné z <<http://www.azrodina.cz/2646-normalni-porod-oc-jde>>.

Mrzlíková Susová, Ilona. 2005. *Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v ČR 2004*. Praha: Aperio.

Müller, Jiří. 2005. „Neziskový sektor sledovaný Radou vlády pro nestátní neziskové organizace“. In Simona Škarabelová (ed.). *Definice neziskového sektoru. Sborník příspěvků z internetové diskuze CVNS*. Brno: CVNS, s. 45 -46.

Müller, Karel jr.. 2002. *Češi a občanská společnost. Pojem, problémy, východiska*. Praha: Triton.

Odent, Michel. 1995. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.

O'Connor, Marie. 2002. "Na cestě do Evropské unie – Porod jinde a jinak: Irsko". In Lucie Ryntová, Lenka Wallerová (ed.). *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001*. Praha: Aperio, s. 20 -23.

Petrášová, Lenka. 2009. *Porod doma: dítě nedýchalo*. Mladá fronta DNES 25. července 2009: A5.

Potůček, Martin a kol. (ed.). 2005. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Rektořík, Jaroslav a kol. 2001. *Organizace neziskového sektoru. Základy ekonomiky, teorie a řízení*. Praha: Ekopress.

Rosenmayer, Tomáš. „Soukromý neziskový sektor“. In Simona Škarabelová (ed.). *Definice neziskového sektoru. Sborník příspěvků z internetové diskuze CVNS*. Brno: CVNS, s. 39 – 44.

Ryntová, Lucie, Wallerová, Lenka (ed.). 2002. *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001*. Praha: Aperio.

Simkin, Penny. 2002. „Pouhý den v životě ženy? Dlouhodobý vliv porodu na ženu a její rodinu“. In Lucie Ryntová, Lenka Wallerová (ed.). *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001*. Praha: Aperio, s. 28 - 31.

Škarabelová, Simona, Janoušková, Miroslava, Veselý, Michal. 2008. *Dopady čerpání fondů Evropské unie na změny v organizační struktuře nestátních neziskových organizací*. Brno: Společnost pro studium neziskového sektoru. [cit. 16. 5. 2009]. Dostupné z <http://www.e-cvns.cz/soubory/brozura_15.pdf>.

Smulder, Beatrijs. 2002. „Aby bylo doma bezpečno: Příspěvek druhý“. In Lucie Ryntová, Lenka Wallerová (ed.). *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001*. Praha: Aperio, s. 98.

Sokačová, Linda. 2006. *Reprodukční práva žen a mužů*. Praha: Gender studies.

Sovová, Petra. 2006. *Porody doma na minovém poli: stanovisko Hnutí za aktivní mateřství*. Feminismus.cz [online]. 6. ledna 2007 [cit. 28. 6. 2009]. Dostupné z <<http://www.feminismus.cz/fulltext.shtml?x=1950993>>.

Strauss, A., Corbinová, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.

Štromerová, Zuzana. 2005. *Možnost volby*. Praha: Argo.

Štromerová, Zuzana. 2002. „Na cestě do Evropské unie – Porod jinde a jinak: Česká republika“. In Lucie Ryntová, Lenka Wallerová (ed.). *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001*. Praha: Aperio, s. 16 - 17.

Thompson, Anne. 2002. „Porod z pohledu institucí: Světová zdravotnická organizace (WHO)“. In Lucie Ryntová, Lenka Wallerová (ed.). *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět: Praha 2001*. Praha: Aperio, s. 68 - 71.

Vajdová, Tereza. 2005. *Česká občanská společnost 2004: po patnácti letech rozvoje. Zpráva z projektu CIVICUS Civil Society Index pro Českou republiku*. Praha: NROS.

Zeman, Zdeněk, Doležal, Antonín. 2000. *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*. Praha: Galén.

Internetové odkazy

- www.aperio.cz – Aperio – společnost pro zdravé rodičovství, o.s.
- www.azrodina.cz – AZ rodina
- www.baby-cafe.cz – Baby café, diskusní server pro rodiče
- www.blog.klinickapsycholozka.cz – Veřejný blog Michaely Mrowetz
- www.bmj.com – British Medical Journal
- www.cgps.cz – Česká gynekologicko-porodnická společnost
- www.ckpa.cz – Česká konfederace porodních asistentek
- www.cochrane.org – The Cochrane Collaboration
- www.czloby.cz – Česká ženská lobby
- www.czso.cz – Český statistický úřad
- www.duly.cz – Česká asociace dul, o.s.
- www.e-cvns.cz – Centrum pro výzkum neziskového sektoru
- www.feminismus.cz – Feminismus, o ženách, mužích, feminismu a gender studies
- www.ferovanemocnice.cz – Férová nemocnice, projekt Ligy lidských práv
- www.chabova.blog.respekt.cz – Veřejný blog Ludmily Chábové
- www.iham.cz – Hnutí za aktivní mateřství, o.s.
- www.internationalmidwives.org - Mezinárodní konfederace porodních asistentek
- www.materstvi.cz – A-centrum, o.s.
- www.mediainfo.cz – Mediainfo, analytický web o českých médiích
- www.mojedula.cz – České duly, o.s.
- www.nemocnice.vrchlabi.cz – Česko-německá horská nemocnice Krkonoše ve Vrchlabí
- www.normalniporod.cz – Iniciativa Normální porod
- www.pdcap.cz – Porodní dům U čápa, o.p.s.
- www.respektkporodu.cz – Světový týden respektu k porodu
- www.rodina.cz – Rodina Online, každodenník o dětech a rodičích
- www.unipa.cz – Unie porodních asistentek, o.s.
- www.vlada.cz – Vláda České republiky – Rada vlády pro nestátní neziskové organizace
- www.znovuzrozenyporod.cz – Znovuzrozený porod, o.s.

Zpravodajské servery a internetové verze tištěných médií:

www.aktualne.centrum.cz – Aktuálně

www.idnes.cz – iDNES

www.lidovky.cz – Lidové noviny

www.reflex.cz – Reflex

www.respekt.ihned.cz – Respekt

www.zdravotnickenoviny.cz – Zdravotnické noviny

Filmy

Bonaro, Debra Pascali. 2008. *Orgasmic Birth*. USA, 85 minut.

Doležalová, Jana. 2009. *Porod doma*. ČR, 60 minut.

Zákony

Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních

Vyhláška 424/2004

Přílohy

Příloha č. 1 – Osnova dotazníku

Příloha č. 2 – Přehled charakteristik respondentek

Příloha č. 3 – Přehled základních kódů

Příloha č. 4 - Stanovy občanského sdružení Pro PP

Příloha č. 5 - Zápis ze setkání – Sdružení Pro PP

Příloha č. 1 – Osnova dotazníku

1. Co vás přivedlo k tomu, že jste se začala zajímat o přirozený porod?
2. Využila jste nebo využíváte služeb nějakých neziskových organizací? Jak jste získávala informace?
3. Vnímáte svoji porodní asistentku v rámci nějaké organizace, nebo spíše jako samostatně pracující osobu?
4. V jakých základních otázkách vás setkání s organizací (asistentkou) ovlivnilo? Změnilo setkání nějak váš postoj k porodu?
5. Vnímala jste, jaký má nezisková organizace (asistentky) vztah ke státnímu porodnictví? Myslíte, že vás to nějak ovlivnilo?
6. Jak byste zhodnotila lékařskou péči na základě vlastní zkušenosti?
7. Jak hodnotíte služby, které vám poskytla nezisková organizace? Jak myslíte, že by vám tyto služby poskytlo státní zařízení?
8. Jaké jsou podle vás silné stránky organizací, jejichž služeb jste využila?
9. Jaké jsou naopak jejich slabé stránky? Bylo něco, co byste zlepšila, změnila?
10. Jak vnímalo vaše rozhodnutí vaše okolí? S jakými reakcemi jste se setkávala a jak jste reagovala?
11. Měla jste pocit, že se v otázkách svého těhotenství a porodu můžete svobodně rozhodovat?
12. Jak vnímáte celkovou situaci v českém porodnictví podle svých zkušeností? Jak jste se cítila vy jako jeho klientka?

Příloha č. 2 – Přehled charakteristik respondentek

	Skupina 1 – prvorodičky, porodnice s PA	Skupina 2 – prvorodičky, domácí porod s PA	Skupina 3 – více porodů, zkušenost s lékařským i domácím porodem
počet	2	4	5
	<i>Nejvyšší dosažené vzdělání (v době rozhovoru)</i>		
SŠ s maturitou	0	4	3
VŠ	2	0	2
	<i>Počet dětí (v době rozhovoru)</i>		
1	2	4	0
2	0	0	1
3+	0	0	4
	<i>Místo bydliště</i>		
Praha	0	4	3
Středočeský kraj	1	0	0
Plzeňský kraj	1	0	1
Jihomoravský kraj	0	0	1
	<i>Rodinný stav a partnerský status</i>		
Vdaná	0	3	4
Svobodná s partnerem	2	1	0
Rozvedená s partnerem	0	0	1
	<i>Zkušenost s OOS</i>		
Profesní organizace	1	0	0
Zájmové organizace	0	0	0
Profesní i zájmové	1	4	5

Příloha č. 3 – Seznam základních kódů

Příjemkyně péče OOS

Životní styl

Úcta k okamžiku zrození

Náročné rodičky

Motivace

Porod jako přirozený proces

Psychický komfort

Možnost svobodně rozhodovat

Špatné předchozí zkušenosti

Hodnocení lékařské péče

Rodička jako pacientka

Absence psychického komfortu

Je to o lidech

Rutinní postupy

Hodnocení péče OOS

Informace

Vědomý přístup

Prosazení možnosti volby

Ochrana ženy jako klientky

Genderový aspekt

Převaha mužů ve zdravotnictví

Absence empatie

Přeceňování úlohy přístrojů

Naplnění potřeb u PA

Celkové hodnocení situace

Neprovázanost systému

Ekonomická náročnost

Zastaralý systém

Nedostatek vůle

Vzdělávání

Příloha č. 4 - Stanovy občanského sdružení Pro PP

STANOVY OBČANSKÉHO SDRUŽENÍ

I. Název, sídlo a trvání sdružení

- 1.1. Název občanského sdružení zní: Pro Přirozený Porod, o.s.
- 1.2. Sídlo občanského sdružení: K Zelené louce 1326/50, Praha 4- Kunratice, 148 00
- 1.3. Sdružení se zakládá na dobu neurčitou.

II. Cíl činnosti

- 2.1. Sdružení bylo založeno za účelem šíření osvěty a prosazení změn v záležitostech týkajících se přirozeného porodu. Sdružení si klade za cíl aktivně přispět k vytváření optimálních podmínek pro přirozený porod dostupný všem, respektování práva rodičů na volbu předporodní péče a péče v průběhu porodu, včetně volby místa a vedení porodu, a odstranění nadbytečných legislativních, administrativních a jiných překážek přirozeného porodu a všestranné podpory přirozeného porodu.
- 2.2. K naplnění cílů uvedených v odst. 2.1. bude sdružení vyvíjet především tyto činnosti:
 - a) publikační činnost – články v časopisech, denním tisku, na internetových serverech i vlastních webových stránkách
 - b) vzdělávací aktivity
 - c) pořádat neformální diskusní setkání pro zájemce o informace v oblasti přirozených porodů
 - d) podílet se na přípravě legislativních změn a jejich prosazování u kompetentních orgánů
 - e) vést jednání se zdravotními pojišťovnami směřující ke zvýšení dostupnosti hrazené (před)porodní i poporodní péče, včetně péče porodních asistentek
 - f) spolupracovat s jinými právníckými a fyzickými osobami.

III. Členství ve sdružení a práva a povinnosti členů

3.1. Členství ve sdružení vzniká splněním těchto podmínek:

- Podání písemné žádosti o členství ve sdružení. Žádost musí obsahovat jméno, příjmení, datum narození a adresu bydliště fyzické osoby, která o členství žádá (dále jen „žadatel“) a prohlášení žadatele o přistoupení ke stanovám. Žádost je možné podat

osobně kterémukoli členu výboru sdružení nebo zaslat na adresu sídla sdružení nebo jinou adresu k tomu účelu určenou a zveřejněnou.

- Schválení žádosti výborem sdružení.

Členství ve sdružení vzniká po splnění uvedených podmínek okamžikem zápisu do seznamu členů sdružení. Sdružení je povinno žadatele do seznamu členů zapsat do 10 pracovních dnů ode dne splnění podmínek členství. Zápis do seznamu členů provede Předseda nebo jím pověřený člen Výboru.

3.2. Členství zaniká:

- vystoupením ze sdružení. Vystoupení musí být provedeno písemně. Členství zaniká v okamžiku, kdy je sdružení doručeno písemné oznámení člena o jeho vystoupení ze sdružení. Vystoupením ze sdružení nezanikají nesplněné závazky člena vůči sdružení.
- Vyloučením ze sdružení. Vyloučit člena může pouze členská schůze z důvodů nezaplacení členského příspěvku ani po opakované písemné výzvě nebo z důvodů porušení stanov sdružení nebo z důvodů poškození dobrého jména či zájmů sdružení.
- Smrtí.
- Zánikem sdružení.

3.3. Členové jsou oprávněni:

- účastnit se jednání členské schůze,
- podílet se na činnosti sdružení,
- volit orgány sdružení,
- požadovat od předsedy a členů výboru vysvětlení otázek týkajících se činnosti sdružení,
- nahlížet do dokumentů sdružení a do jeho účetních záznamů,
- účastnit se akcí pořádaných sdružením za zvýhodněných podmínek oproti nečlenům.

3.4. Členové jsou povinni:

- vyvíjet činnost v zájmu sdružení k naplňování cílů sdružení dle článku II stanov,
- dodržovat stanovy a ostatní pravidla stanovená orgány sdružení a vystupovat a jednat tak, aby neohrozili dobré jméno sdružení nebo naplňování cílů sdružení,
- platit členské příspěvky.

3.5. Členské příspěvky:

- Základní členský příspěvek činí 150 Kč ročně, splatný vždy do konce ledna daného kalendářního roku. Členský příspěvek za rok 2009 je splatný do 31.8.2009. Noví členové hradí první členský příspěvek nejpozději do jednoho měsíce od vzniku členství. Členský příspěvek se hradí v hotovosti do pokladny sdružení nebo na bankovní účet sdružení, je-li účet zřízen.
- O zvýšení základního členského příspěvku a o případném zavedení dalších příspěvků (včetně jejich výše a splatnosti) rozhoduje členská schůze svým usnesením. Takové rozhodnutí se nepovažuje za změnu stanov.

IV. Orgány sdružení

- 4.1. Orgány sdružení jsou členská schůze, předseda a výbor sdružení (dále jen „Výbor“).
- 4.2. Členská schůze je shromážděním všech členů a je nejvyšším orgánem sdružení. Členská schůze se schází nejméně jednou ročně a svolává jí předseda nebo člen Výboru. Pozvánka na zasedání členské schůze s uvedením data, hodiny, místa konání a programu zasedání musí být doručena všem členům sdružení nejpozději 5 dnů před konáním členské schůze. Pozvánka může být zaslána poštovní zásilkou, faxem, mailem nebo s využitím jiných prostředků elektronické komunikace, vždy pouze na kontakt sdělený k tomuto účelu členem. Předseda nebo člen Výboru je vždy povinen svolat členskou schůzi na žádost nejméně jedné třetiny členů, a to do 15 dnů od doručení takové žádosti. Pokud tuto povinnost nesplní, může členskou schůzi svolat kterýkoli z členů sdružení dle výše uvedených pravidel.
- 4.3. Členská schůze je usnášeníschopná, je-li přítomna aspoň třetina členů sdružení. Členská schůze rozhoduje nadpoloviční většinou hlasů přítomných členů, nestanoví-li stanovy jinak. Členská schůze rozhoduje o těchto záležitostech:
 - vydává vnitřní předpisy sdružení. Návrh znění vnitřního předpisu může členské schůzi předložit kterýkoli člen.
 - schvaluje rozpočet sdružení a účetní závěrku na základě návrhu předsedy
 - rozhoduje o změně stanov
 - volí a odvolává členy a náhradníky Výboru
 - ukládá úkoly předsedovi a Výboru
 - rozhoduje o zvýšení základního členského příspěvku a o zavedení, výši a podmínkách splatnosti dalších příspěvků

- rozhoduje o dobrovolném rozpuštění nebo o sloučení s jiným sdružením. K přijetí rozhodnutí je potřeba dvoutřetinová většina hlasů všech členů
- jmenuje likvidátora sdružení a rozhoduje o podílu členů na likvidačním zůstatku
- rozhoduje o vytvoření pracovních skupin a poradních orgánů sdružení
- rozhoduje o udělení souhlasu předsedovi sdružení k uskutečnění výdaje přesahujícího 100.000,- Kč
- rozhoduje o dalších otázkách, které si k rozhodování vyhradí.

Zasedání členské schůze řídí předseda nebo jím pověřený člen Výboru. Členská schůze si zvolí zapisovatele, který pořizuje zápis se zasedání členské schůze. Zápis podepisuje zapisovatel a osoba, která řídila zasedání členské schůze. Zápis musí být vyhotoven nejpozději do 30 dnů ode dne konání členské schůze a nejpozději 40 dnů ode dne konání členské schůze dán k dispozici členům sdružení na webových stránkách sdružení nebo rozeslán v elektronické podobě na kontakty sdělené členy. Za splnění této povinnosti zodpovídá předseda nebo jím pověřený člen sdružení.

4.4. Výbor je výkonným orgánem sdružení a řídí činnost sdružení mezi zasedáními členské schůze. Výbor je tříčlenný a jeho členové jsou voleni členskou schůzí. Členská schůze volí jednotlivé členy Výboru nadpoloviční většinou hlasů všech členů sdružení. Výbor je volen na období 3 let, opakovaná volba je možná. První Výbor bude zvolen přípravným výborem, ke zvolení člena Výboru jsou nutné hlasy nadpoloviční většiny osob tvořících přípravný výbor ve smyslu zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů v platném znění. Člen Výboru může ze své funkce odstoupit. Odstoupení musí být provedeno písemně a uskutečněno při zasedání členské schůze nebo doručeno Výboru. Na místa odstoupivších členů Výboru nastupují náhradníci zvolení členskou schůzí, a to v pořadí podle počtu obdržených hlasů. Členská schůze volí minimálně dva náhradníky stejným způsobem jako členy Výboru. Pokud po odstoupení člena Výboru není již žádný náhradník, kooptuje na dobu do konání nejbližší členské schůze Výbor chybějícího člena z řad členů sdružení. Výbor zasedá nejméně jednou za každé tři měsíce. Zasedání Výboru svolává předseda s využitím prostředků elektronické komunikace. Nesvolá-li předseda zasedání tak, aby se konala minimálně každé tři měsíce, může zasedání svolat člen Výboru. Zasedání Výboru řídí předseda nebo v jeho nepřítomnosti člen Výboru. Výbor je usnášeníschopný, pokud jsou přítomni aspoň dva členové Výboru. Výbor rozhoduje nadpoloviční většinou hlasů přítomných členů; v případě rovnosti hlasů rozhoduje hlas

Předsedy. Zasedání výboru se může konat i formou „elektronického“ zasedání, tj. takovou formou, která umožňuje současnou vzájemnou komunikaci členů Výboru v reálném čase a jednoznačně odlišuje výstupy jednotlivých členů Výboru (videokonference, chat). Ze zasedání se pořizuje zápis, který podepisuje předsedající a zapisovatel zvolený Výborem. O vyhotovení a zveřejnění zápisu platí obdobně ustanovení odst. 4.3., a to i v případě elektronického zasedání.

4.5. Výbor rozhoduje o záležitostech, které nejsou vyhrazeny členské schůzi, zejména:

- schvaluje cíle a koncepci sdružení,
- připravuje a schvaluje projekty sdružení,
- rozhoduje o přijetí nových členů
- volí předsedu sdružení
- schvaluje podávání žádostí o granty, dotace a ostatní podporu
- vede seznam členů
- zodpovídá za vedení účetnictví sdružení; vlastním vedením účetnictví může pověřit třetí osobu
- vypracovává výroční zprávu o činnosti sdružení, kterou předkládá členské schůzi a zveřejňuje stejným způsobem jako zápis ze zasedání členské schůze.

4.6. Předseda je statutárním orgánem sdružení, zastupuje sdružení navenek a je oprávněn za sdružení podepisovat. Podepisuje se tak, že k napsanému nebo vytištěnému názvu sdružení připojí svůj podpis. Předseda může písemně pověřit výkonem svých pravomocí člena Výboru. Brání-li předsedovi ve výkonu funkce dočasně nepříznivý zdravotní stav nebo jiná vážná překážka, je ve věcech, které nesnesou odkladu, oprávněn za sdružení jednat a podepisovat kterýkoli člen Výboru. Předseda zodpovídá za pokladnu sdružení.

4.7. Předseda je volen z členů Výboru. Předsedu volí a odvolává Výbor. Ke zvolení nebo odvolání předsedy je nutná nadpoloviční většina hlasů všech členů Výboru. Člen Výboru je oprávněn volit i sám sebe do funkce Předsedy, není povinen se zdržet volby. Předseda je volen na období 3 let. Opakovaná volba je možná. Předseda může ze své funkce odstoupit. Odstoupení musí být provedeno písemně a uskutečněno při zasedání členské schůze nebo doručeno Výboru. Předseda vykonává funkci až do okamžiku zvolení nového předsedy; pokud předseda odstoupí z funkce a současně zanikne jeho členství ve sdružení, vykonává pravomoci předsedy až do zvolení nového předsedy člen Výboru, kterého odstupující předseda určí.

V. Hospodaření s majetkem sdružení

- 5.1. Příjmy sdružení tvoří členské příspěvky, sdružení, finanční dary od fyzických a právnických osob, dotace z veřejných rozpočtů a případné jiné platby přijaté od třetích osob (například prisouzená náhrada škody).
- 5.2. Výdaje sdružení tvoří zejména platby správních či soudních poplatků, výdaje na poštovné, spotřební materiál (dopisní obálky, papír, účetní knihy apod.), účetní, daňové a obdobné poradenství, výdaje za bankovní poplatky, výdaje na pořádání vzdělávacích akcí a na publikační činnost.
- 5.3. S majetkem sdružení hospodaří předseda nebo jím písemně pověřený člen. Předseda odpovídá za vedení evidence příjmů, výdajů a majetku sdružení. K uskutečnění výdaje přesahujícího částku 50.000,- Kč (slovy: padesát tisíc korun českých) a současně nepřesahujícího částku 100.000,- Kč je předseda povinen získat předchozí písemný souhlas nadpoloviční většiny členů Výboru; za písemný souhlas se považuje i souhlas zasláný v elektronické podobě. K uskutečnění výdaje přesahujícího částku 100.000,- Kč (slovy: jednotitisíc korun českých) je předseda povinen získat souhlas členské schůze.
- 5.4. Sdružení vede účetnictví dle zákona č. 563/1991 Sb. Za správné vedení účetnictví odpovídá Výbor.
- 5.5. Předseda sdružení je povinen nejméně jednou ročně podat členské schůzi zprávu o hospodaření sdružení, o jeho majetku, uskutečněných příjmech a výdajích.
- 5.6. Členové neodpovídají svým majetkem za případnou ztrátu Sdružení, ani se nepodílí na jeho zisku. Případný zisk, vykázaný za účetní období, je Sdružení povinno využít výhradně k dosahování svých cílů.

VI. Zánik sdružení

6.1. Sdružení zaniká

- a) dobrovolným rozpuštěním nebo sloučením s jiným sdružením
- b) pravomocným rozhodnutím ministerstva o jeho rozpuštění.

6.2. Zániku musí předcházet majetkové vypořádání provedené likvidátorem sdružení.

VII.

7.1. Tyto stanovy byly schváleny zakládajícími členy sdružení na ustavující schůzi dne 4.6.2009 v Praze.

MUDr. Jana Tomasová Studýnková, Ph.D.

JUDr. Monika Bakešová

Jana Němcová

Příloha č. 5 – Zápis ze setkání – Sdružení Pro PP

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ – SDRUŽENÍ PRO PŘIROZENÝ POROD

Setkání se uskutečnilo od 10.30 v prostorách MC Heřmánek, Vybíralova 969, Praha – Černý Most.

Účast – 15 dospělých s dětmi

Program:

- 1) Úvod
- 2) Seznámení s cíly a aktivitami sdružení Pro PP
- 3) Organizace, předseda, výbor, další „funkcionáři“, stanovy sdružení, členství – informace, pravidla, poplatky, přihlášky
- 4) Plán nejbližší činnosti
- 5) Nabídka pomoci a spolupráce
- 6) Diskuse a závěr

Průběh setkání:

Ad 1) V přátelském prostředí MC měly účastnice i jejich děti možnost se nejprve neformálně vzájemně seznámit, poté, v 10.55 hod, bylo setkání oficiálně zahájeno Janou Tomasovou, která všechny přivítala a poděkovala za zájem projevený o aktivity v záležitostech podpory přirozeného porodu.

Ad 2) Jana Tomasová představila důvody, které vedly jednak ji osobně, jednak ostatní spoluzakladatelky k založení občanského sdružení Pro Přirozený Porod, o.s. (dále jen „Pro PP“) a seznámila přítomné s hlavními cíly a vizí občanského sdružení. Co je hlavním cílem? – především OSVĚTA v záležitostech přirozeného porodu → svobodná informovaná volba způsobu, vedení i místa porodu. Osvěta bude zaměřená především na odborníky (zdravotnickou veřejnost), ale i na ostatní veřejnost. Jana Tomasová vysvětlila, proč je vnímána potřeba vzniku nového občanského sdružení, ačkoli již několik občanských sdružení s obdobnými cíly existuje. Pro příklad zmínila H.A.M., který není vnímán zakladatelkami jako „konkurenční“ sdružení, přesto však sdružení Pro PP zamýšlí jít jinou cestou, odlišnou

od strategie H.A.M., chce se odlišovat koordinovaností, akčností. Pro PP usiluje o navázání úzké spolupráce s porodními asistentkami, dulemi a laktačními poradkyněmi. (podrobná vize a cíle Pro PP budou předmětem samostatného dokumentu)

Ad 3) Monika Bakešová seznámila přítomné se skutečnostmi ohledně založení Pro PP, uvedla, že sdružení bylo založeno a bude v nejbližších dnech podán návrh na jeho registraci k Ministerstvu vnitra. Sdružení vznikne okamžikem registrace a teprve poté budou moci být přijímáni členové. Dále sdělila, že v souladu se schválenými stanovami byl zvolen tříčlenný výbor ve složení MUDr. Jana Tomasová Studýnková, JUDr. Monika Bakešová, Jana Němcová a že předsedkyní byla zvolena MUDr. Jana Tomasová Studýnková (v textu též „Jana Tomasová“). Seznámila přítomné ve stručnosti se zněním stanov. Text stanov v tištěné podobě byl dán účastnicím k dispozici. Podmínkou členství ve sdružení je podání písemné přihlášky a schválení výborem. Roční členský příspěvek činí 150 Kč. Formulář přihlášky bude k dispozici na webových stránkách sdružení a rozeslána i mailem.

Ad 4) Jana Tomasová uvedla, že hlavní prioritou je nyní tvorba webových stránek, přičemž již bylo zaregistrováno několik domén. Účastnicím předala i v písemné podobě základní strukturu a informace k webovým stránkám a požádala o jejich podněty a náměty. Z pléna zazněla řada podnětů:

- na webu by měly být porodní příběhy
- publikace
- pokusit se kromě Zdravotnických novin publikovat i v časopise Sestra
- navázat spolupráci se spolkem studentů právnických fakult ELSA
- oslovit autory diplomových a bakalářských prací souvisejících s tématem přirozeného porodu (Jana Tomasová k tomu sdělila, že již spolupráce byla navázaná a představila přítomnou autorku jedné z takových prací)
- bylo by dobré mít i školitele (z řad Pro PP) diplomových a bakalářských prací) a podporovat tyto práce
- byly nabídnuty kontakty na některé z odborných společností zabývajících se právem v oblasti medicíny
- na webových stránkách popsat, co vlastně je „porod“, „přirozený porod“ (definice, průběh)
- popsat průběh porodu včetně možných komplikací, jak řešit komplikace a jaké situace potom mohou (nebo naopak nemohou) nastat, návody, jak se v konkrétních situacích zachovat, jaké jsou možnosti

- zahraniční zkušenosti
 - jedna z účastnic dala k dispozici i možnost serverhostingu pro Pro PP
 - diskutována záležitost pracovních skupin při Ministerstvu zdravotnictví a potenciální účast Pro PP v nich
 - články na webových stránkách by především měly být neemotivní
- Jana Tomasová poté dala účastnicím kolovat několik návrhů možného loga sdružení a účastnice měly možnost dát hlas návrhu, který je nejvíce oslovil (nejvíce hlasů pro logo č. 6). Byl vznesen návrh užívat 2 verze loga – bez i se „smajlíky“.

Ad 5) Zakladatelky sdružení vyzvaly účastnice ke spolupráci na činnosti sdružení (tvorba a především obsah webových stránek, publikace, získávání kontaktů, prezentace cílů sdružení apod.) a poděkovaly všem, kteří se již do činnosti zapojily.

Ad 6) Setkání bylo ukončeno ve 12hodin, poté ještě účastnice pokračovaly v neformální diskusi.

Zapsala: Monika Bakešová; zápis vyhotoven v Roudnici n.L. 6. 6. 2009

O autorce



Markéta Švecová se narodila 22. 9. 1981 v Domažlicích.

V letech 1997 – 2001 studovala na Masarykovo gymnázium v Plzni. V roce 2000 složila základní státní jazykovou zkoušku z anglického jazyka. Zájem o humanitní vědy jí po maturitě zavedl na Fakultu humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, kde studovala od roku 2001 obor Studia humanitní vzdělanosti. Během studia absolvovala v roce 2004 čtyřměsíční studijní pobyt na Koeng Idraetshojskole v Dánsku v rámci programu CIRIUS, hrazeného z fondů EU.

Bakalářský studijní program absolvovala v roce 2006 složením státních závěrečných zkoušek a obhájením bakalářské práce na téma „Kyberfeminismus a sexualita v kyberprostoru“. V průběhu bakalářského studia se blíže zajímala o obor gender studies a zaujala jí také studia občanského sektoru.

V roce 2006 začala studovat magisterský studijní program Katedry studií občanské společnosti na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. Během studia na KSOS FHS UK pracovala ve společnosti Newton IT jako překladatelka a v občanském sdružení Provázek. Také absolvovala stáž v Nadaci Terezy Maxové a na Ministerstvu životního prostředí ČR.

V budoucnosti by ráda zůstala věrná svému oboru a pracovala v občanském sektoru.

Slovník důležitých jmen a pojmů

Domácí porod: Porod, který neprobíhá v porodnici za přítomnosti lékařů, ale v domácím prostředí, zpravidla za přítomnosti porodní asistentky. V západních zemích se jedná o celkem běžnou alternativu porodům v porodnici. V České republice nejsou domácí porody zakázány, ale jsou jednoznačně nejkontroverznějším tématem současné diskuze o přirozených porodech.

Dula: Speciálně vyškolená žena, která poskytuje nepřetržitou psychickou i fyzickou podporu ženě během porodu. Poskytuje také emocionální podporu a potřebné informace během těhotenství, porodu a šestinedělí. Přispívá k dobrému startu celé nové rodiny

Ivana Königsmarková: Samostatně registrovaná porodní asistentka, působící v České republice. Působila v České asociaci porodních asistentek. Zakládající členka Unie porodních asistentek. Iniciátorka Centra aktivního porodu ve Fakultní nemocnici Na Bulovce. Doprovází ženy při domácích porodech. Má zkušenosti ze zahraničí. Knižně vyšly její rozhovory s Janou Doležalovou pod titulem Hovory s porodní bábou.

Model lékařsky vedeného porodu: Způsob vedení porodu, který má zajistit bezpečnost rodičky a plodu za pomoci preventivních činností lékaře za účelem eliminace možných komplikací. Při lékařsky vedeném porodu se využívají medikamenty a invazivní techniky, které vedou k urychlení porodu a tlumení bolesti.

Model přirozeného porodu: Vychází z předpokladu, že zrození člověka je normální fyziologický proces, který většina rodiček dokáže zvládnout vlastními silami, pokud jsou jim pro porod vytvořeny optimální podmínky. Vedení porodu je založeno na důvěře v instinktivní a intuitivní chování žen během porodu.

Organizace občanského sektoru: Forma dobrovolného sdružování občanů, sdílejících společné hodnoty a ochotných spolupracovat na společném díle. Společnými rysy těchto organizací je to, že jsou organizované, soukromé, mají neziskový charakter, jsou samosprávné a založené na principu dobrovolnosti.

Porodní asistentka: Nelékařský zdravotnický pracovník, který vykonává povolání bez odborného dohledu. Zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči ženám během těhotenství, porodu a šestinedělí, včetně vedení fyziologických porodů a péče o

fyziologické novorozence. Zajišťuje také ošetrovatelskou péči o ženu na úseku gynekologie.

Porodní dům: Zdravotnické zařízení, které nabízí porodnickou péči zdravým ženám s fyziologickým těhotenstvím a předpokládaným fyziologickým porodem. Péči v porodním domě poskytují samostatně registrované porodní. V zahraničí, především v zemích Evropské Unie, je porodní dům běžnou součástí porodnické péče.

Zuzana Štromerová: Samostatně registrovaná porodní asistentka, působící v České republice. Zakládající členka České asociace porodních asistentek a České konfederace porodních asistentek. Zakladatelka a ředitelka Porodního domu U Čápa. Vydala knihu Možnost volby, má zkušenosti ze zahraničí. Doprovází ženy při domácích porodech.

Rejstřík

Domácí porod.....	7
Domácí porody.....	49
Dula.....	59, 119
Ivana Königsmarková.....	19, 35, 47, 48, 58, 77, 79, 119
model lékařsky vedeného porodu.....	11, 93
Model lékařsky vedeného porodu.....	119
Model přirozeného porodu.....	11, 119
Organizace občanského sektoru.....	7, 23, 24, 65, 66, 92, 93, 94, 119
Porodní asistentka.....	10, 15, 19, 119
Porodní dům.....	4, 37, 38, 39, 61, 65, 102, 120
Zuzana Štromerová.....	10, 37, 39, 45, 47, 57, 62, 120