UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Marie Hintnausová, DiS.

VYJEDNÁVÁNÍ PORODU A PORODNÍHO VĚDĚNÍ: ETNOGRAFIE JEDNÉ ČESKÉ PORODNICE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce: Mgr. Alžběta Wolfová

PRAHA 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. června 2019 _____

Poděkování

Děkuji Mgr. Alžbětě Wolfové za moudré vedení, inspirativní připomínky, laskavé povzbuzování a nezdolný optimismus.

Můj dík patří personálu zkoumané porodnice, především porodním asistentkám, za otevřenost a vstřícnost, s jakou mne seznamovali se svou každodenní prací. Děkuji lékařům, dalším zdravotníkům a ženám v očekávání za ochotu si se mnou povídat. A především děkuji primáři gynekologicko-porodnického oddělení, bez jehož svolení by se výzkum nemohl uskutečnit.

OBSAH

1 ÚVOD 4

2 TEORETICKO-METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU 6

2.1 Teoretické zakotvení výzkumu 6

2.1.1 Pojmové vymezení typů vědění 8

2.1.2 Výzkumný problém a výzkumné otázky 8

2.2 Metodologie výzkumu 9

2.2.1 Terénní výzkum – porodnice jako terén 9

2.2.2 Výběr prostředí výzkumu 10

2.2.3 Výběr zkoumaného vzorku 11

2.2.4 Analytické postupy 12

2.2.5 Zajištění kvality výzkumu 13

2.3 Reflexe výzkumu 14

2.3.1 Reflexe výzkumnické pozice a „neobeznámená studentka“ v porodnici 14

2.3.2 Etické otázky 17

3 EMPIRICKÁ ČÁST 20

3.1 Prostředí 21

Prostor se zvláštní ochranou čistoty 25

3.2 Vyjednávání porodu 30

3.2.1 Technologie: zviditelňování neviditelného 30

3.2.2 Porodní plán 34

3.2.3 Etnografie jednoho porodu 37

3.3 Porodní vědění: autorita a přesvědčení 45

3.3.1 Validita vědění rodiček 50

3.3.2 Autoritativní byrokracie 52

4 ZÁVĚR 55

BIBLIOGRAFIE 57

1 ÚVOD

„*Každý porod je jiný.*“ Výrok, který jsem nesčetněkrát slyšela od kamarádek, známých a příbuzných. Později z úst porodních asistentek, porodníků a jejich pacientek. Shodovali se na něm všichni a já nemohla nesouhlasit.

Když jsem ale strávila prvních pár dní jako studentka sociální a kulturní antropologie na terénním výzkumu v porodnici, začal mi úvodní výrok připadat poněkud nepřesný. Pozorovala jsem, jak jedna žena za druhou usedá do křesla a vyhrnuje tričko nad těhotné břicho a nechává porodní asistentku opásat je sondami kardiotokografu, jak předkládá porodní asistence těhotenskou průkazku a asistentka do ní zanáší zkratky, čárky a křížky, jak podstupuje vaginální vyšetření, aby ji lékař mohl ujistit, že se její tělo připravuje na porod. *Vy jste čtyřicet jedna plus tři,* seznamuje se s délkou jejího těhotenství lékař, *to musíte porodit do pátku.* Pozorovala jsem ženy, jak do porodnice přicházejí v bolestech, aby zde nastoupily na dobrodružnou cestu, na jejímž konci se narodí jejich dítě. *Uděláme monitor. Máte teď kontrakci? V klidu, to nevadí, hezky si prodýchejte. Já si vás vyšetřím. Začínáte se otvírat. Jste na pět, jde to hezky. Máte svoje pantofle? Na šest - to já nevím, kdy to bude, křišťálovou kouli nevedem. Můžeme to trochu popohnat. Monitor je v pořádku, miminku se daří dobře. Už jste otevřená na osm. Ještě netlačte, zkuste to prodýchávat. Přetočte se na záda, ať vás můžu vyšetřit. Víc roztáhněte, chcete ty podpěrky dát níž? Tlačte, ještě, ještě. Teď nesmíte přestat. Je to holka. Tři kila čtyřicet osm, je v pořádku. Máte krásnou holčičku, gratuluju.*[i]

Žádné dva porody neproběhly stejně, žádné dvě rodící ženy neprožily porod totožným způsobem. Přesto jsem se nemohla ubránit dojmu, že je na všech porodech něco stejného, univerzálního, něco, na čem se všichni aktéři porodního sálu implicitně shodují. Biologická různost rodících těl, rozmanitost zkušeností a očekávání aktérů porodu a odlišnost hodnotových systémů vztahujících se k porodu byla nepřehlédnutelná. Ale způsoby, jakými byly porody v organizační struktuře porodnice *vyjednávány*, se nápadně podobaly.

Na své cestě po území porodnice jsem odhalovala, co pro aktéry vlastně porod je. Jaké atributy mu připisují a jak o něm mluví. Co kvůli němu dělají a podle čeho se o porodu rozhodují. Snažila jsem se poodhalit smýšlení aktérů o porodu na pozadí porodních praktik biomedicínského modelu porodní péče, jenž mnozí tak velebí a jiní neúnavně kritizují. Vztahování mých zjištění o porodním vědění aktérů porodu na celý biomedicínský systém porodní péče ale nebylo ambicí tohoto výzkumu; mou snahou bylo zachytit vyjednávání a

zjednávání porodu a vědění o něm, vztahy mezi různými porodními věděními aktérů, vytvořit etnografický popis jedné porodnice a přispět aktuálními etnografickými daty k diskuzi o porodní péči v České republice.

[i] Text v kurzívě pochází z mých terénních poznámek.

2 TEORETICKO-METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

2.1 TEORETICKÉ ZAKOTVENÍ VÝZKUMU

Tato práce pojímá porod jako kulturní fenomén, který je sociálně konstruován stejně tak, jako je konstruováno vědění o něm (Jordanová 1993). Na porodní vědění zde tedy nahlížím prizmatem sociálně-konstruktivistického paradigmatu. Takové nazírání na porod a vědění o něm rozvíjí Brigitte Jordanová, když přichází s konceptem tzv. *porodního systému* (tamtéž), ve kterém jsou propojeny všechny na sobě vzájemně závislé praktiky týkající se porodu. V eseji *Autoritativní vědění a jeho konstrukce* (1997) Jordanová dokonce mluví o porodních *ekosystémech*[1], používá tedy termín zdůrazňující významnost vzájemných vztahů procesů a institucí v rámci porodního systému. V duchu sociálního konstruktivismu Jordanová tvrdí, že porod je „ve všech společnostech sociálně ovlivněný a formovaný", není tedy definován pouze biologickými aspekty a sociokulturními hranicemi, ale také věděním, kterým disponují jeho aktéři.

Stěžejní inspirací a ústředním teoretickým konceptem této práce se **autoritativní vědění**. Jak jej stručně vysvětluje Ryana Rappová (1997) , jedná se o „vědění, na kterém záleží, na jehož základě se rozhodujeme a jednáme" . Autorka konceptu Brigitte Jordanová (1997) tento pojem spojuje s komunitou, když ho definuje jako:

> „(…) vědění, o kterém se aktéři dohodnou, že na něm v určité situaci záleží, považují jej za důležité, zakládají na něm svá rozhodnutí a ospravedlňují jím své jednání. Je to vědění, které se v dané komunitě považuje za legitimní, zásadní, oficiální, hodné společenské diskuze a vhodné k ospravedlňování určitého jednání osob, které za určitým účelem vykonávají svou práci."

Jordanová vysvětluje, že autoritativním se vědění stává tehdy, když nad koexistujícími systémy získá toto vědění převahu a devalvuje ostatní systémy vědění. Takový stav je příznačný pro porodní vědění v české společnosti - převaha biomedicínského modelu porodu a s ním spojeného systému porodního vědění v českých porodnicích již byla popsána (viz např. Hrešanová 2007; Slepičková et al. 2012; Tinková 2014). Porodnice toto „vítězné" biomedicínské porodní vědění institucionalizuje.

Porod a vědění o něm v této práci zkoumám kriticko-interpretativní perspektivou, kdy pozoruji vyjednávání porodu a vědění o něm v mocensky uspořádaném systému, kde je

[1] orig. labor ecologies

autoritativní porodní vědění distribuované vertikálně (Jordan, 1997). Jak výstižně upozorňuje Locková a Scheper-Hughesová (1996), pro medicínu je příznačné, že vzhledem ke svému účelu neustále propojuje teorii a praxi, proto se medicínská antropologie nemůže spokojit s pouhým etnografickým popisem medicínských teorií a praxí – chtě nechtě musí zkoumat i ‚rozhodování a jednání' na pozadí medicínské teorie a praxe. U porodu do ‚rozhodování a jednání' vstupuje mnoho aktérů: ve světle teorie tří těl (tamtéž) se rodící tělo jeví jako individuální, od ostatních těl oddělené a zároveň ze sebe oddělující nové tělo (výsostně jedinečná schopnost vyhrazená jedině rodícímu tělu); jako sociální, kdy se rodící tělo nachází v porodním systému, ve kterém je metaforicky jeho článkem, je přirovnáváno ke stroji a je odrazem světa, ve kterém se nachází; a konečně jako politické, kde porod je podroben společenské kontrole a ochraně reprodukce populace. Vyjednávání porodu se tedy účastní, přímo i nepřímo, různí aktéři ve třech rovinách.

Dalším teoretickým východiskem této práce je technologizace porodní péče jako medikalizačního procesu. Mnoho vědců hovoří o vlivu hegemonického postavení technologií na těhotenství a porod (např. Georges, 1996; Hasmanová Marhánková 2008; Hrešanová 2007, 2011; Jordanová, 1993, 1997; Kitzingerová, 1997; Slepičková et al., 2012;). Jordanová (1997) hovoří o *technokratizaci* porodu. Hasmanová Marhánková (2008) poukazuje, že schopnost ovládat technologie hraje důležitou roli v upevňování autority lékaře a lékařského vědění vůbec. Jordanová spojuje hierarchickou distribuci autoritativního vědění s vlastnictvím technologií. Georges (1996) píše, že schopnost porodníků obsluhovat technologie jim dává moc nad ženiným prožíváním těhotenství a porodu. Metafora rodícího těla jako stroje odráží skutečné stroje, které ho obklopují (viz Lock a Scheper-Hughes, 1996).

Vlivem konzumeristického přístupu pacientů k poskytované péči a komercializace zdravotní péče, o kterých v souvislosti s českými porodnicemi píše Hrešanová (2007), dochází k častější konfrontaci autoritativního porodního vědění a jiných systémů porodního vědění. Hrešanová a Marhánková (2008) poukazují na sepjetí mezi konzumeristickým přístupem rodiček a alternativním věděním o tzv. přirozeném porodu – vědění, které konkuruje autoritativnímu biomedicínskému vědění. Konzumerismus ve zdravotnictví staví na představě pacienta jako konzumenta a zdravotní péče jako souboru nabízených služem, mezi kterými si pacient aktivně rozhoduje na základě nabízených výhod a potenciálních nevýhod (Hrešanová, 2007).

2.1.1 POJMOVÉ VYMEZENÍ TYPŮ VĚDĚNÍ

V empirické části této práce se několikrát dopouštím pojmového zjednodušení, když do pojmu „porodní vědění“, synonymicky „vědění o porodu“, zahrnuji i vědění o těhotenství, o těhotném těle, o rodícím těle, případně o nenarozeném dítěti. Různost těchto objektů vědění není pro účely této práce významná, proto je zahrnuji pod termín „porod“ a „porodní“, ke kterému se všechny neodmyslitelně vztahují.

Jako „expertní“ označuji vědění, které si osvojili členové odborné komunity: porodní asistentky a lékaři. Mohla bych ho rovněž nazývat biomedicínské nebo porodnické vědění. S expertním věděním je neoddělitelně spjatá moc ovládat technologie (např. Hasmanová Marhánková, 2008). Expertní vědění není nutně synonymem k autoritativnímu vědění, ač – v prostředí porodnice – mnohdy je expertní vědění zároveň věděním autoritativním.

Vědění o tělesných prožitcích vlastního těla označuji jako „tělesné“. Záměrně se v práci vyhýbám pojmu „vtělené vědění“, *embodied knowledge,* ve smyslu, ve kterém ho používá Hasmanová Marhánková (2008), protože jeho význam je pro mé potřeby příliš holistický. Lépe mi poslouží jeho rozdělení na „tělesné“ (ve smyslu *bodily*) a „intuitivní“ vědění.

2.1.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na problematiku porodu a porodní péče jsem nahlížela skrze teoretické koncepty popsané výše, se kterými jsem se postupně seznamovala předem i v průběhu výzkumného procesu. Etnografická perspektiva mě přiměla opakovaně revidovat uplatňované teoretické koncepty a formulovat výzkumné otázky postupně tak, jak jsem v terénu s pomocí literatury odhalovala různé fenomény. Opakovanou revizí a snahou o odstup od mnou zvolených teoretických východisek jsem se chtěla vyhnout tomu, abych pozorovanou sociální realitu násilně nepřeváděla do mnou vybraných teoretických struktur.

Výzkumné otázky jsem tedy postupně stanovovala na základě mnou vytvářených dat z terénu. Koncept autoritativního vědění se ukázal v prostředí porodnice jako analyticky užitečný a do jisté míry mi pomáhal porozumět jednání jednotlivých aktérů. Zajímalo mě tedy, jak se porodní vědění jednotlivých aktérů projevuje, jaké zdroje vědění o očekávaném či probíhajícím porodu uplatňují. Chtěla jsem zjistit, jaké systémy porodního vědění se v porodnici uplatňují (uplatňuje-li se jich vůbec více než jeden), jak a zda se různé systémy konfrontují, zda a jak aktéři porodu některé systémy legitimizují či delegitimizují. V duchu etnografického přístupu jsem si kladla za cíl porozumět zkoumanému prostředí v celé své

rozmanitosti: proniknout do neznámého území porodnice, vykreslit jeho prostředí a aktéry v něm působící a zachytit interakce mezi aktéry porodu. Zvědavost ve mně obzvláště vzbuzoval pluralita diskurzu jednotlivých aktérů i celé instituce.

Hlavní otázka výzkumu tedy vykrystalizovala do této podoby: Jak je vyjednávaný porod v jedné české porodnici a jak je vyjednáváno vědění o něm? Na ni navazovaly dílčí otázky: Jak materiální prostor a artefakty strukturují rozhodování a jednání aktérů porodu? Jak se projevuje porodní vědění aktérů porodu a jak se střetávají a legitimizují různá vědění o porodu?

2.2 METODOLOGIE VÝZKUMU

Metodologickou inspirací pro tuto práci je doposud jediná vydaná etnografie z prostředí české porodnice – studie antropoložky Emy Hrešanové *Porod z perspektivy sociálních věd: etnografie dvou českých porodnic se zaměřením na jejich (organizační) kultury* (2008). Mou snahou je přispět a aktualizovat téma dalšími cennými etnografickými daty z prostředí české porodnice, které je značně uzavřené vůči vnějším komunitám (Hrešanová, 2008). Výzkum jsem tedy vedla metodou *etnografie.*

Porodnice pro mě představuje – vypůjčím-li si termín od Jordanové – porodní *mikroekosystém*. K zachycení jeho zákonitostí, vzájemné provázanosti vztahů a mocenského i materiálního uspořádání ve své žité diverzitě lze dojít nejlépe kvalitativní výzkumnou strategií, která mi umožňuje usilovat o hloubkové porozumění sociální reality aktérů. Skrze reflexivní etnografii mohu interpretovat sociální realitu ze své – etické – perspektivy, ale rovněž z emické perspektivy aktérů zkoumaného prostředí (Abu Gosh et al., 2007). Reflexivita v takovém výzkumu není jen etickou či analytickou pojistkou, ale, jak poukazuje Guillemin a Gillam (2004), sama je výzkumným nástrojem. Záměrem výzkumníka je skrze výzkum vytvářet vědění, reflexivita v takovém výzkumu je pak procesem kritické reflexe jak vytvořeného vědění, tak také způsobu, jaký bylo vytvořeno (Guillemin a Gillam, 2004).

Výstižně shrnuje postupy etnografie Stöckelová a Abu Ghosh (2013): „Etnografování je kreativní proces, ve kterém se prolíná vytváření dat, teoretizace, reflexivita, různé způsoby psaní stejně jako sociální vztahy v terénu i epistémické komunitě."

2.2.1 TERÉNNÍ VÝZKUM – PORODNICE JAKO TERÉN

Stěžejní technikou sběru dat bylo zúčastněné pozorování v terénu. Jak upozorňuje Abu Gosh, Grygar a Skovajsa (2007), etnografie se neomezuje pouze na zúčastněné pozorování:

„Etnograf v drtivé většině případů sbírá terénní data různé povahy, od oficiálních dokumentů po soukromé fotografie, od formalizovaných rozhovorů po „drby“.“ Do analýzy jsem zahrnula nejen své terénní poznámky založené na zúčastněném pozorování, ale také textové materiály ve formě formulářů, informovaných souhlasů, nápisů v prostorách gynekologicko-porodnického oddělení, propagačního letáku porodnice a textového obsahu oficiální webové stránky porodního oddělení nemocnice, kde probíhal výzkum. Tyto textové materiály dokreslují institucionální diskurz vůči potenciálním či stávajícím příjemcům zdravotní péče ve zkoumaném terénu: porodnici.

Terénní výzkum jsem absolvovala v době od listopadu 2017 do dubna 2019 a probíhal v jedné okresní porodnici v České republice. Celkem jsem zde strávila 12 dní ve dvou návazných časových celcích. Vzhledem k tomu, že jsem získala téměř neomezený[2] přístup do výlučného a uzavřeného prostředí – díky vstřícnosti primáře a porodních asistentek ve službě, přináší tento výzkum i přes malý časový rozsah dostatek validních dat pro další sociálněvědní práci. Ve výzkumu jsem uplatňovala etnografické výzkumné techniky: data, o než se opírá, jsem vytvořila prostřednictvím nestrukturovaného zúčastněného pozorování v prostorách porodnice a neformálními rozhovory s porodními asistentkami, porodníky, dalšími členy zdravotnického personálu a ženami před porodem a při něm. Pomocí rozhovorů jsem mohla budovat důvěrný vztah se svými informátory a získávat data emického charakteru.

2.2.2 Výběr prostředí výzkumu

Většina porodů v České republice probíhá za dveřmi porodnic,[3] porodnice je tedy místem, kde lze uvádění porodního vědění do praxe dobře sledovat. Protože jsem se v rané fázi výzkumu zaměřovala na porodní vědění nemocničních porodních asistentek, což je skupina, které se optikou sociálních věd nedostává příliš badatelské pozornosti,[4] vybrala jsem takové pracoviště, které nechává porodním asistentkám poměrně (ve srovnání českých porodnic) vysokou míru profesní autonomie a bylo lze tedy očekávat, že na tomto pracovišti

[2] Více o mém statusu v terénu viz 2.3.1.

[3] Kupříkladu v roce 2015 proběhlo z celkového počtu 109 082 porodů v ČR pouze 238 mimo nemocniční zařízení (Rodička a novorozenec 2014–2015. Praha: ÚZIS, 2017). Nicméně existuje důvodné podezření, že údaje o porodech mimo nemocnici jsou silně podhodnocené.

[4] Českým porodním asistentkám se dostalo pozornosti převážně historickým prizmatem, např. dějinný přehled vývoje porodní péče *Od babictví k porodnictví* od Antonína Doležala (2001) a *Historie babictví a porodních asistentek* Věry Vránové (2007). Sociologickou perspektivou nahlíží na české porodní asistentky zmiňovaná etnografie Emy Hrešanové (2008).

budou porodní asistentky takovými „disponenty“ autoritativního vědění, kteří jsou v tomto porodním systému oprávněni činit rozhodnutí.[5] Jinými slovy, porodní asistentky na tomto pracovišti do jisté míry samostatně poskytují předporodní a porodní péči ženám a nejsou pouhými asistentkami[6] porodníkům. V průběhu výzkumu jsem rozšířila svou pozornost na porodní vědění i u dalších skupin aktérů.

2.2.3 VÝBĚR ZKOUMANÉHO VZORKU

Mými informátory se staly osoby, které ve zkoumané porodnici participovaly na porodu či poskytování porodní péče – zdravotníci, nezdravotnický personál, ženy před porodem a při něm a osoby, které je doprovázely.

Hlavní skupinu mých informátorů tvořily porodní asistentky. Měla jsem totiž největší prostor pro sledování jejich práce a rozhovory s nimi: nosila jsem jejich uniformu, sdílela s nimi zázemí sesterny a podobně jako ony jsem trávila celou dobu v uzavřeném oddělení porodnice, které bylo jejich „rajónem“ a lékaři a další zdravotníci sem pouze docházeli z jiných oddělení (gynekologická ambulance, lůžkové gynekologické oddělení, neonatologické oddělení, ARO aj.). Záměrně jsem se zaměřovala na porodní vědění nelékařských členů odborné komunity, kteří se rovněž podílí na institučním rozhodování o porodu. Autoritativní porodní vědění je totiž často ztotožňováno s lékařským věděním (Jordan 1997; Slepičková et al. 2012; Tinková 2014), a mě zajímalo, zda se vědění porodních asistentek od vědění lékařského nějak liší. Výzkumu se zúčastnilo celkem 9 porodních asistentek, jejich věkový profil byl přibližně 21 – 45 let a se všemi jsem vedla neformální rozhovory.

Další skupinu mých informátorů tvořili lékaři. V průběhu výzkumu se mi naskytla možnost vést neformální rozhovory se třemi lékaři-porodníky (muži a žena), další jsem mohla pozorovat. Věkový profil porodníků byl v rozmezí přibližně 27 až 58 let a zastoupeny byly ženy i muži. V porodnici jsem dále mohla pozorovat při výkonu práce anesteziology při zavádění epidurální analgezie[7] nebo anestezie u císařského řezu a neonatologa.

[5] Výběr porodnice rovněž zásadně závisel na ochotě managementu oslovené instituce mi výzkum povolit.

[66] Ačkoli je porodní asistentka zákonem 96/2004 oprávněná k „vedení fyziologického porodu“, většinová praxe porodnic upřednostňuje vedení všech porodů lékařem a porodní asistentka má pouze pomocnou úlohu.

[7] Jedná se o farmakologickou metodu tišení bolesti u porodu, kdy anesteziolog zavede ženě tenkou hadičku do oblasti bederní páteře a přes ní je podáváno anestetikum a analgetikum, které mírní bolestivost porodních kontrakcí. V případě nutnosti akutního císařského řezu lze tuto analgezii

Informátoři z lékařské obce mi umožnili sledovat uplatňování a vyjednávání lékařského vědění o porodu a porovnávat zdroje takového vědění u různých lékařských specializací.

Informátory jsem našla i v řadách pomocného personálu: sanitáři, sanitářky a sestry z novorozeneckého oddělení a z anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO), které jsem pozorovala při výkonu práce i mimo ni. Některé z nich mi ochotně poskytli rozhovor.

Poslední, avšak stěžejní skupinou informátorů byly ženy – příjemkyně předporodní a porodní péče. Setkávala jsem s ženami vystupujícími ve dvou různých rolích: s těhotnými a rodičkami. Těhotné v posledních týdnech těhotenství docházely do porodnice na ambulantní vyšetření (nejčastěji na „monitor" (CTG) [8] či sepsat tzv. předpříjem (anamnézu a dokumentaci potřebnou k porodu), případně na test na těhotenskou cukrovku (OGTT) přibližně v 7. měsíci těhotenství. K příjmu do porodnice přicházely rodící ženy či ženy s předpokladem počínajícího porodu (např. po spontánním odtoku plodové vody nebo při kontrakcích, u kterých si nebyly jisté, zda se jedná o počínající porod nebo o tzv. poslíčky[9]). Měla jsem možnost pozorovat ženy přijímající předporodní i porodní péči. O rozhovory s ženami jsem aktivně neusilovala, nechtěla jsem přispívat k ovlivňování jimi přijímané péče více než svou přítomností. Ovšem vybízela-li k tomu vyloženě situace, vedla jsem s některými ženami z obou podskupin rozhovory. Tak jsem například hovořila s rodící ženou, kterou u porodu nedoprovázel nikdo blízký a stála o slova podpory a vyslyšení od „stážistky"; s několika těhotnými ženami krátícími si dlouhou chvíli při čekání na dotočení třicetiminutového záznamu monitoru CTG; dokonce s nervózním partnerem jedné rodičky, který se mi bezprostředně svěřoval se svými obavami.

2.2.4 Analytické postupy

Analýza vytvořených dat probíhala kontinuálně s jejich vytvářením. Během zúčastněného pozorování jsem si zaznamenávala hrubé poznámky – *jotted notes*. Tyto hrubé poznámky jsem si opatřovala během pobytu v terénu podle možností situace. Někdy jsem využívala zapisování do zápisníku před zraky informátorů záměrně jako prostředek

rozšířit na epidurální anestezii (žena je během operace při vědomí, znecitlivěná zhruba od 5. hrudního obratle dolů).

[8] Kardiotokografie (CTG), tzv. „monitor", je metoda monitorace plodu pomocí současného záznamu srdeční frekvence plodu a děložních stahů. Srdeční akci plodu a děložní aktivitu snímají dvě sondy umístěné na břiše matky.

[9] Medicínsky *Braxtonovy-Hicksovy kontrakce*, děložní stahy objevující se v druhé polovině těhotenství, které ale na rozdíl od porodních kontrakcí nevedou k otevírání děložního hrdla.

vyjádření svého statusu výzkumníka podobně, jako popisuje Catherine Popeová (2005), protože mí informátoři – jak se mi zdálo – občas zapomínali v jejich pracovní rutině na mou skutečnou roli. Pomocí *jotted notes* jsem zaznamenávala i neformální rozhovory s informátory. Heslovité psané poznámky jsem doplňovala mluvenými nahrávkami bezprostředních dojmů po odchodu z terénu. Na konci dne jsem tyto surové záznamy přepisovala do etnografického, tedy popisného a detailního líčení událostí, interakcí a prostor uplynulého dne v porodnici – *terénních poznámek*. Jedním z analytických nástrojů tedy byla redukce dat. Dalším nástrojem bylo opětovné čtení a cyklická revize.

Po skončení terénního výzkumu jsem terénní poznámky jsem segmentovala podle času (chronologicky) a podle skupin aktérů: porodní asistentka, lékař, ostatní personál, žena[10] a partner či jiný doprovod. Zvlášť jsem označovala popisný text prostor a artefaktů[11].

Segmentovaný text jsem opatřila kódy a ty jsem následně kategorizovala. Kódování a kategorizace mi pomohla identifikovat společné a opakující se jevy, a stejně tak zvýraznila jevy ojedinělé. Kódovala jsem i vybrané oficiální textové zdroje.

V kódovaném textu jsem hledala, jak píše Abu Gosh, Grygar a Skovajsa (2007) „širší strukturální souvislosti ‚lokální znalosti' v mocenském systému". Analyticky zajímavé jevy, které se vztahují k teoretickým konceptům představeným v podkapitole 2.1 této práce, interpretovala v perspektivě těchto konceptů. Popsaný analytický proces nebyl lineární, ale probíhal v kruzích návratů k předchozím fázím, přepisování a opakovanému čtení.

2.2.5 Zajištění kvality výzkumu

O reflexivitě jsem psala jako o výzkumném nástroji, ale stejně tak ji považuji za nástroj zajištění kvality a etické bezúhonnosti výzkumu. Role výzkumníka je v etnografické analýze přiznaná a značná. Maximálně jsem usilovala o reflexivní postoj k prostředí, informátorům i mé osobě a zahrnula jsem důležité evaluační pojistky. Jednalo se především o konzultace – s vedoucí této práce a s badateli, kteří mají přímou zkušenost s terénním výzkumem ve zdravotnických institucích. Dalším nástrojem k zajištění kvality bylo opakované čtení, ale

[10] V celé práci označuji těhotné a rodící aktérky jednoduše jako *ženy*. Záměrně se vyhýbám emickému *rodička,* protože ho považuji za příliš objektivizující a navíc je asociováno s představou právě rodící ženy, zatímco velká část aktérek byla během výzkumu teprve před porodem.

[11] Tj. pomůcek, přístrojů, formulářů a dalších materiálních objektů figurujících v sociálních interakcích.

jak upozorňuje Seale (2002), „každé čtení textu pravděpodobně povede k nové interpretaci," a proces interpretace by tak mohl pokračovat do nekonečna.

Získaná data pocházejí pouze z jediné porodnice, ale díky sběru v přirozeném prostředí informátorů mají vysokou validitu. Závěry výzkumu nelze zobecnit na všechny české porodnice nebo na všechny české matky, porodníky či porodní asistentky, ale předpokládám, že nastiňují podobu sociálních interakcí těchto skupin v instituci porodnice a přinejmenším v náznacích vykreslují obraz o systémech porodního vědění českých zdravotníků. Vzhledem k výzkumné technice zúčastněného pozorování jsem se musela vyrovnat s nevyhnutelnou reaktivitou, tedy s tím, že moje přítomnost na porodním oddělení ovlivňovala jednání aktérů. Spíše než se reaktivitě vyhnout, snažila jsem se jí využít ve prospěch výzkumu: v terénu jsem zaujala pozici nechápajícího laika, která mi pomáhala nahlížet na pozorované jako nesamozřejmé, dávala jsem najevo (zcela upřímný) zájem o práci mých informantů a oni mi na oplátku upřímně a vstřícně odhalovali zákonitosti a taje své práce. Svůj vliv na ženy před porodem a při něm jsem se snažila minimalizovat, abych neovlivňovala jejich prožívání těhotenství a porodu. V situacích, kdy to nebylo možné, jsem se alespoň snažila je podpořit, povzbudit a vyjádřit pochopení a zajistit tak, aby můj vliv na ně byl pokud možno pozitivní.

2.3 Reflexe výzkumu

Autorem etnografických dat, jejich analýzy i interpretace je jedna a tatáž osoba, je tedy nutné, aby si výzkumník uvědomoval svou pozici ve výzkumu. Validitu a kvalitu výzkumu jsem zajistila reflexivním přístupem k tvorbě i interpretaci dat. Po celou dobu výzkumu jsem se reflexivně obracela ke vstupním teoretickým předpokladům, ověřovala je během procesu sběru dat, zahrnovala koncepty nové, které lépe vysvětlovaly pozorovanou sociální realitu, a snažila jsem se vyvarovat účelovému podřizování tvorby dat potřebám teoretických konceptů, na kterých tuto práci zakládám. Reaktivita je v etnografickém výzkumu jeho nevydělitelnou součástí, bylo tedy důležité, abych se zabývala také tím, jak moje přítomnost v terénu ovlivňuje jeho prostředí a aktéry. Před zahájením výzkumu jsem tedy nejprve formulovala svůj osobní postoj a vztah ke zkoumanému tématu *(positioning)* a vymezila jsem své vlastní porodní vědění. Pojmenování vlastní pozice a osvojení role „neobeznámené studentky" mi pomáhala se alespoň částečně oprostit od vlastních předpokladů a nahlížet na terén jako na nesamozřejmý.

2.3.1 Reflexe výzkumnické pozice a „neobeznámená studentka" v porodnici

K tématice porodu a rození mě přivedla vlastní porodní zkušenost. První porod jsem prožila v systému zdravotní péče, kterému dominoval ideál biomedicínského porodu. Projevy a důsledky takové péče mě konsternovaly. Nedokázala jsem pochopit, proč se mi některé podstoupené porodní praktiky jevily jako poškozující mé tělo a zdraví mého dítěte, zatímco ty stejné praktiky považovali zdravotníci a některé jiné ženy naopak za přínosné a zlepšující zdraví žen a novorozených dětí. Druhý porod jsem prožila se zdravotnickou péčí, kterou nejlépe vystihuje model *women-centered care*, péče zaměřená na ženu, péče řízená ženou. Srovnání průběhu a krátkodobých i dlouhodobých výsledků porodu pro mě bylo až ohromující. Stále jsem ale nedokázala zodpovědět, proč jsou všemožné porodní praktiky některými vnímány pozitivně jako prospěšné a potřebné a jinými negativně jako škodlivé a zbytečné. Diametrální odlišnosti ve vnímání se netýkaly jenom porodních praktik, ale i porodu samotného, role rodící ženy při něm a dalších rovin ústředního aktu lidské reprodukce. Nešlo o rozdílné názory jednotlivců, ani o rozdílnou biologickou danost jednotlivců. Skrze vlastní zkušenost jsem dospěla k tomu, že porod nemůže být pouhou biologickou událostí, ale je společensky podmíněn.

Odpověď na své otázky jsem našla víceméně náhodou při zpracování povinného atestu bakalářského programu – překladu vybraného vědeckého textu. Vzhledem k přetrvávající fascinaci porodem jsem si vybrala sborník *Childbirth and Authoritative Knowledge* Robbie Davis-Floydové a Carolyn Sargentové. Přeložila jsem úvodní kapitolu z pera Ryany Rappové a esej Brigitte Jordanové, ve které představila a ilustrovala koncept *autoritativního vědění*. Její koncept mi nabídl logické a věrohodné vysvětlení často extrémních odlišností ve vnímání porodu a porodní péče. Dvaadvacet let starou teorii jsem chtěla ověřit v praxi.

Při vstupu do terénu porodnice jsem se snažila oprostit od výše uvedených osobních stanovisek a od Jordanové konceptu, abych mohla zaznamenávat sociální realitu porodnice v celé její šíři. Nemocnice, území porodnice nevyjímaje, je instituce uzavřená laické veřejnosti, přesto se ochotně otevírá jedné skupině outsiderů: studentům. Medikům, stážistům a praktikantům ze zdravotnických oborů, a v mém případě i z oboru nezdravotnického. Do terénu mi byl vstup umožněn díky instituci stáže a rovněž díky benevolenci primáře gynekologicko-porodnického oddělení, který souhlasil s přítomností studenta nezdravotnického oboru. Jako stáž byl můj pobyt na oddělení zajištěn smluvně s vedením nemocnice.

Roli stážistky – studentky sociální a kulturní antropologie – zásadně předurčovala můj status v terénu: musela jsem splňovat institucionální a byrokratické nároky na stážistu (lékařsky potvrdit zdravotní způsobilost apod.), zdravotníci měli tendenci mi ukazovat „výkony“, poskytovat rozhovory a zasvěcovat mě jakožto mladého člověka v odborné přípravě do problematiky svých profesí, a zcela zásadně ovlivňovalo můj status hygienické opatření nosit fialovo-bílou zdravotnickou uniformu, která byla vyhrazena výhradně porodním asistentkám sloužícím na oddělení porodnice.

Můj oděv sehrál důležitou roli v mnoha ohledech a přinesl i jistá omezení a problémy. Vizuálně jsem splynula s ostatními porodními asistentkami, oděv anonymizoval a především legitimizoval mou přítomnost. Rovněž ženám-rodičkám a jejich rodinám se přítomnost pozorující osoby v uniformě porodní asistentky jevila opodstatněná a patřičná, protože mě považovaly za zdravotnici v profesní přípravě. Na rozdíl od zaměstnaných asistentek jsem neměla na oděvu jmenovku – odlišení od zaměstnanců nemocnice tedy bylo nenápadné, leč patrné. Jako na praktikantku na mě reagovali rovněž členové personálu z jiných oddělení. Díky statusu studentky-stážistky jsem tedy získala součinnost aktérů a přístup do prostředí, které je ne-zdravotníkům – nevystupují-li v roli pacienta – zapovězené. Zároveň mi tyto domněnky ztěžovaly komunikaci mé skutečné role ve zkoumaném prostředí a vyjednávání informovaných souhlasů s účastí na výzkumu.

Poněkud odlišný status jsem měla mezi porodními asistentkami a porodníky, s kterými jsem se na oddělení opakovaně setkávala. Ti všichni, i díky společným rozhovorům, byli detailněji obeznámeni s mým studijním zájmem a nepodléhali iluzi sesterské uniformy. Zajímavé je, že všechny asistentky i lékaři se ke mně chovali velmi vstřícně a se snahou ukázat mi co nejvíce z procedur a postupů, které vykonávali. Domnívám se, že tato spolupráce se zdánlivě neužitečným výzkumníkem reflektuje jednak jejich potěšení ze zájmu outsidera o jejich práci, jednak hierarchické uspořádání nemocniční komunity: jejím členům bylo známo, že mou stáž schválil primář (porodní asistentky případně informovala a ohledně mě instruovala vrchní sestra), takže podřízení mou přítomnost nijak nezpochybňovali a naopak vyvíjeli snahu mi zajišťovat „kvalitu“ stáže.

Další zásadní rozměr mého statusu patrně vyplýval z mého vzezření. Vypadala jsem jako mladá vysokoškolská studentka, personál porodnice tedy ke mně automaticky přistupoval jako k mladé bezdětné ženě s nulovou zkušeností týkající se porodu či porodní péče. Tento status byl pro mě výhodný, protože role „neobeznámené studentky“ mi

pomáhala přistupovat k prostředí jako k nesamozřejmému a udržovat si odstup od osobních zkušeností a vlastního vědění (porodního i jiného). Aktivně jsem tedy tento obraz o mé osobě nijak nekorigovala, pakliže jsem nebyla informátorem přímo tázána. Image bezdětné studentky byla výhodná ještě v jednom ohledu: zjistila-li porodní asistentka či lékař(ka) přímým dotazem, že mám zkušenost porodu, vždy ihned následovala otázka na mé preference způsobu porodu a porodní péče. Jsem přesvědčená, že zájem vycházel ze silné potřeby zdravotníků kategorizovat ženy podle jejich ideologického pojetí porodu. Zařazení do některé z kategorií „rodiček" by pak mohlo vést k menší otevřenosti či popisnosti a filtrování sdělení, které vůči mně komunikovali mí zdravotničtí informátoři.

2.3.2 ETICKÉ OTÁZKY

Do výzkumu jsem implementovala obvyklá opatření k ochraně soukromí informátorů a k morální bezúhonnosti výzkumu a výzkumnice. O probíhajícím výzkumu byli informátoři informováni a měli možnost vyjádřit s ním svůj souhlas. Téma výzkumu jsem jim srozumitelně vysvětlila. Veškeré osobní údaje v této práci jsem anonymizovala a zbavila identifikačních znaků a písemné i elektronické údaje jsem chránila před vniknutím třetích osob.

Používala jsem postupy zajišťující přesnost a správnost výstupů výzkumu – řádná a recenzovaná analýza, správné citace, použití vhodných metod a přístupů. Výše popsaná opatření se týkají pouze procedurální etiky (Guillemin a Gillam, 2004). Navrhovaný výzkum ale svým charakterem vysoce citlivého a intimního prostředí přináší mnohá dilemata *etiky z praxe*[12] (tamtéž).

Institucionální informovaný souhlas jsem získala prostřednictvím nemocniční *smlouvy o stáži*. Specifikum tohoto typu souhlasu je, že je uzavírán třístranně – mezi mnou, nemocnicí a fakultou. Mou morální povinností tedy bylo vedle zachování vlastní etické bezúhonnosti rovněž vhodně reprezentovat Fakultu humanitních studií, bez jejíhož zaštítění bych výzkum pravděpodobně nemohla realizovat.

Sporné otázky vyvstaly u zajišťování informovaného souhlasu s účastí na výzkumu od žen-rodiček. Status studentky-stážistky limitoval příležitosti objasnit ženám mou skutečnou úlohu v porodnici. Praxe porodnice bývá často taková, že studenti na praxi (skuteční i

[12] orig. ethics in practice

domnělí) nezjišťují souhlas sami, ale mentorující personál za ně. Ne vždy toto personál činil. Dilema, zda raději vystoupit ze své upozaděné pozice a komunikovat informovaný souhlas, a tím narušit soukromí žen a jim poskytovanou péči, přicházelo především v situacích, kdy ženy rodily nebo podstupovaly nějakou lékařskou proceduru. Kdykoli to bylo možné, žádala jsem v takové situaci o zprostředkování souhlasu porodní asistentku, která o ženu při porodu pečovala. Obvykle jsem tak byla představena jako studentka bez dalšího vysvětlení. Někdy bohužel došlo k situaci, kdy jsem pozorovala ženu, aniž bych jí předtím dala (či vůbec měla šanci dát) prostor k vyjádření souhlasu, a zajišťování takového souhlasu by vedlo k neúměrnému narušení ženina prostoru. Takovou situaci vykrýval předem udělený institucionální písemný souhlas s účastí studentů, který žena uděluje v předtištěné dokumentaci k příjmu k porodu. Tato dokumentace mimo jiné zajišťovala ženám právo na odvolání souhlasu kdykoli v průběhu hospitalizace, dostala jsem tedy pasivní informovaný souhlas neodporováním.

Jako eticky problematickou jsem vnímala i pouhou přítomnost výzkumníka na sále, kterou může negativně ovlivňovat porodní proces rodící ženy.[13] Přijetím statusu studentky-stážistky jsem se stala *spolupracujícím* pozorovatelem jako účastníkem, zároveň tak *kolaborantem* mocenského uspořádání zkoumaného porodního systému. Jako praktikant jsem se mohla pohybovat po oddělení prakticky neomezeně, skrývat se v řadách zdravotnického personálu a profitovat z hierarchického uspořádání instituce, tj. toho, kdo má expertní vědění a tudíž i nadřazenou pozici, ač bylo z mého vzezření, jednání i přímého sdělení jasné, že jsem teprve student-čekatel.

Další dilema přináší citlivé informace o zdravotním stavu žen, jejichž znalost jsem však ke zkoumání porodního vědění potřebovala. Citlivé informace jsem získala i ohledně pracovních podmínek personálu či osobního přesvědčení informátorů. Východisko spatřuji v následující strategii: striktní anonymizace zdravotních údajů a vynechání takových dat, jejichž zpracování či zveřejnění by potenciálně mohlo poškodit reálnou osobu nebo instituci. S tím je spojená i strategie vynechání identifikačních znaků zkoumané porodnice. Po celou dobu výzkumného procesu jsem ctila intimitu a soukromí informátorů, ačkoliv jsem ji

[13] Může se tak dít prostým navyšováním počtu přítomných osob. Například příručka Světové zdravotnické organizace o péči v průběhu normálního porodu uvádí: „Rodící žena potřebuje svůj vlastní pokoj, ve kterém je počet asistujících osob omezen na minimum.“ (1999).

v terénu „kolaborantsky“ narušovala, a s vysoce citlivými daty jsem nakládala s mimořádnou opatrností a dostatečným zabezpečením.

Poznámka k anonymizaci jmen a grafické systematizaci textu: Mým informantům jsem přiřadila fiktivní křestní jména. Pro lepší orientaci jsem označila každou skupinu aktérů jmény začínajícími na stejné písmeno. Porodní asistentky jsem pojmenovala jmény Anna, Alena, Adéla, Alice, Anežka, Alžběta, Andrea, Aneta a Agáta. Porodníci, kteří se stali mými informanty, se fiktivně jmenují Václav, Vanda a Věra. Ženám rodičkám jsem přiřadila křestní jména začínající na N – Naďa, Nikola, Nela, Nina a Nataša. Fiktivní je rovněž název obce, ve které se nachází porodnice – Manov. *Kurzivou* zdůrazňuji v celé části emické pojmy (tzn. že *takto označené pojmy* v porodnici reálně zaznívaly). Citace z terénních poznámek jsou v kurzivě a odsazené. Výroky informantů v uvozovkách jsou v přesném znění, v případě, kdy jsem si při opatřování poznámek nebyla stoprocentně jistá přesným zněním, uvádím výroky bez uvozovek jako parafrázi.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

V České republice je jedinou institucí poskytující zdravotnickou péči během porodu porodnice. Existenci jiných typů institucí zdravotnické porodní péče, jako je např. porodní dům nebo péče komunitní porodní asistentky, znemožňuje přísná legislativa a odmítavá úřední praxe.[14] Jsem přesvědčená, že tento právně-byrokratický stav je mimo jiné důsledkem legitimizace jednoho systému porodního vědění a delegitimizace ostatních systémů vědění o porodu. Dominance biomedicínského porodního vědění je v České republice silná a realizuje se v porodnicích. Jak dokládá poměrně běžná porodní turistika (viz např. Hrešanová a Marhánková, 2008), mezi jednotlivými českými porodnicemi ale panují zásadní rozdíly: v rozsahu a podobě poskytované péče. Tato etnografie se zaměřuje na jednu konkrétní českou porodnici a jen stěží lze vztáhnout na české porodnictví obecně. Věřím ale, že pomůže nahlédnout do současné porodnické praxe skrze koncept porodního vědění.

V empirické části představuji deskriptivní a interpretační výsledky mého výzkumu. Postupuji od popisu nejstabilnějšího po nejproměnlivější: porodnici nahlížím jako organizovaný (trvalý) prostor s účelově uspořádanými artefakty a jako (proměnlivé) uspořádání aktérů porodu v tomto prostoru. První podkapitolu 3.1 Prostředí věnuji bezčasovému holistickému popisu prostoru porodnice. Prostor, jeho uspořádání a materiální artefakty v něm významně působí na aktéry v něm a jeho popis by tedy měl sloužit k lepšímu pochopení celého etnografického líčení. Je založen na mých terénních poznámkách, ale není pouhou jejich citací - uvádím ho jako celistvý text doplněný analytickou interpretací prostoru. Prokládám ho několika úryvky terénních poznámek, které nejlépe ilustrují vliv popisovaného materiálního prostředí na aktéry, a krátkým exkurzem k ochraně čistoty prostoru.

[14]Naznačená právně-byrokratická problematika porodní péče je složitá a její výklad dalece přesahuje téma této práce. Zjednodušeně a neúplně řečeno, zákonné požadavky na materiální a personální vybavení zařízení, kde se poskytuje porodní péče, umožňují vznik alternativních zařízení porodní péče (např. porodní domy) prakticky pouze v areálech nemocnic. V současnosti existuje jedno takové *Centrum porodní asistence* v areálu Nemocnice Na Bulovce v Praze. Soudě podle webové prezentace *Centra,* porodní péče je zde poskytována v nízkointervenční formě biomedicínského modelu porodu. Co se terénní porodní péče týče, úřady (kraje) s odvoláním na zákonné požadavky pro zdravotnická zařízení odmítají vydávat porodním asistentkám oprávnění poskytovat porodní péči klientkám v jejich vlastním sociálním prostředí (tj. mimo zdravotnická zařízení). Poskytování zdravotních služeb u porodu mimo zdravotnické zařízení legislativa neupravuje. Fakticky se tedy v ČR porodní péče ve smyslu zdravotní péče může odehrávat pouze v nemocnicích a/nebo porodnicích. (Detailněji viz např. vyjádření Středočeského kraje (Piačková, 2014) nebo analytický komentář *Porody ve vlastním sociálním prostředí podle práva* (Telec, 2018))

V druhé podkapitole 3.2 Vyjednávání porodu představuji abstraktnější uspořádání porodnice jako prostoru, kde aktéři vyjednávají o porodu a zjednávají porod. Při tom aktéři uplatňují své porodní vědění. Významným zdrojem vědění o porodu jsou všudypřítomné technologie (3.2.1), které žena na svém těle uplatňuje již v těhotenství. Připojuji také samostatnou část o vztahu mezi technologiemi a dotekem v porodní péči. V následující části 3.2.2 Porodní plán líčím, jak vypadá vyjednávání o rozhodování o očekávaném porodu mezi ženou a personálem porodnice. Ve třetí části 3.2.3 Etnografie jednoho porodu uvádím souvislý etnografický popis vybraného vaginálního porodu s analytickým výkladem jevů, ke kterým se vztahují teoretická východiska této práce.

Porodním věděním jednotlivých aktérů se zabývám ve třetí podkapitole 3.3 Porodní vědění: autorita a přesvědčení. Porodní vědění se projevuje v jednání aktérů, ale implicitně se projevuje v jejich diskurzu. Své interpretace tedy podkládám citacemi svých terénních poznámek (*kurzivou*) a četnými citacemi výroků mých informantů. Domnívám se, že diskurz, ve kterém se pohybují, napovídá mnohé o jejich vědění. Samostatnou část věnuji postavení porodního vědění žen v porodnici (3.3.1 Validita vědění rodiček) a byrokracii (3.3.2), kterou analyzuji jako prostředek a zároveň imperativ pro zachování mocenské struktury porodnice.

Poznámka k porodům císařským řezem: Ačkoliv jsem během výzkumu přihlížela celkem čtyřem porodům císařským řezem a získala jsem tak velmi zajímavá a unikátní data, v této práci etnografii císařského řezu neuvádím. Po dlouhé úvaze tak činím z toho důvodu, že pro účely zkoumání vyjednávání porodního vědění různých aktérů není císařský řez ani tak porodem, jako spíše operací. Samozřejmě aktéři císařského řezu uplatňují vysoce specializované expertní vědění na ženině operovaném těle. Žena dokonce může (v případě spinální anestezie) aktivně vstupovat do sociálních interakcí na operačním sále. Ale na operačním sále uplatňuje porodník-operatér jiný systém vědění, než systém autoritativního vědění, podle kterého se o porodu rozhoduje a jedná. O porodu je zde, zjednodušeně řečeno, již rozhodnuto.

3.1 Prostředí

Při zkoumání vztahu mezi prostředím a jeho aktéry jsem věnovala pozornost uspořádání prostoru a artefaktů v něm. Následující popis porodnice je proložen citacemi z terénních poznámek a krátkým exkurzem nazvaným Prostor se zvláštní ochranou čistoty.

Porodní asistentky z manovské porodnice často popisovaly, jak uspořádání porodnice ve smyslu prostorovém a materiálním ovlivňuje jejich práci, mnohdy mi to vysvětlovaly na srovnání s jinými pracovišti:

> *Na sesterně se Adéla s Andreou rozpovídají o uspořádání oddělení porodnice. Neslyší [ženy] z porodních sálů, tak musejí mít otevřené dveře. Nechápu, proč tam dali tak těžké protipožární dveře, když je musí mít stejně pořád otevřené a zajištěné zarážkou. Kvůli předpisům tam asi musí bejt, uvažuje nahlas Andrea. (Andrea a Adéla, duben 2019)*

> *„Tady [v tomto operačním sále] to nemám nakoukaný [práci sanitáře při císařském řezu] jako ve starým [operačním sále ve starém pavilonu]." (Alice, duben 2019)*

Uspořádání prostoru a rozmístění artefaktů v něm do jisté míry ovlivňuje jednání aktérů, kteří do daného místa vstoupí. Typ kliky na dveřích, nápisy na stěně, umístění židlí a přístrojů, dávkovač desinfekce nad umyvadlem, věšák na stěně či pantofle v šatně – všechny tyto objekty vysílají informace každému, kdo vstoupí do prostoru, ve kterém jsou rozmístěny: informace o tom, kam je jim povoleno vstoupit, kam si mají sednout, co si mají svléknout či obout. V této podkapitole se tedy pokusím provést čtenáře celým oddělením porodnice v etnografickém popisu místa v jednom pomyslném časovém bodě. Detaily, které by mohly vést k identifikaci konkrétní porodnice, jsem vynechala či literárně „rozostřila". Názvy popisovaných místností graficky zdůrazňuji tučným písmem. Pro snazší orientaci uvádím popis zjednodušeným schématem uspořádání porodnice:

vestibul/čekárna

příjem — šatna s kávovarem — chodba z lůžkového odd.

vyšetřovna + přípravna — filtr

čekanky — chodba — operační sál

porodní sál

novorozenecký box

porodní sál — úklidová místnost

sesterna — vchod do novorozeneckého odd.

Oddělení gynekologicko-porodnické se nachází v jednom z nemocničních pavilónů okresní porodnice v Manově. Porodnice sousedí na patře s lůžkovým gynekologickým oddělením včetně tzv. oddělení šestinedělí určeného pro ženy a jejich děti po porodu. Na oddělení porodnice přicházejí ženy v posledních týdnech těhotenství na *poradny* – pravidelná předporodní vyšetření zahrnující *monitor,* případně ultrazvukové a vnitřní (vaginální) vyšetření, jehož účelem je stanovit připravenost porodních cest na blížící se porod – a k porodu, případně když se jim „něco nezdá“. V případě vaginálního porodu zůstávají ženy v porodnici na porodním sále další dvě hodiny, poté jsou přemístěny na sousední lůžkové gynekologické oddělení (oddělení šestinedělí). Císařský řez ženy prožijí také v porodnici – na operačním sále určeném výhradně pro tento zákrok. Porodnici opouštějí hned po skončení operace a míří také na oddělení šestinedělí, kam je zdravotníci převezou na lůžku.

Na patro, ve kterém se nachází porodnice, se lze dostat výtahem nebo po schodech. Prostorný vestibul před porodnicí a lůžkovým oddělením slouží zároveň jako **čekárna** pro příchozí do porodnice. Vyvolává dojem čisté novostavby zařízené pouze tím nejnutnějším, celá budova je nově zrekonstruována. Prostory září novotou a působí stroze a poloprázdně. Cedule „porodnice → zvoňte“ napovídá, že oba vchody, které do porodnice vedou, lze otevřít pouze ze druhé strany dveří nebo klíči. Do uzavřeného území porodnice tak nemůže jen tak ze své vůle vejít kdokoli cizí, pakliže není někým vpuštěn.

Jeden vchod vede do místnosti, kterou personál označuje jako **příjem**. Zde se poskytuje předporodní péče a tímto portálem se přijímají ženy k porodu. Místnost vypadá jako ordinace. U dveří je věšák na svršky, naproti vchodu dominují dvě křesla s monitorovacím přístrojem CTG, kam docházejí ženy v posledních týdnech těhotenství na preventivní diagnostiku pomocí CTG a kam porodní asistentky usazují *na monitor* ženy, které přicházejí s tím, že začaly rodit. Sedadlo a zádovou opěrku křesla přikrývá pruh papíru, který slouží k očištění místa po ženách, které na křesle seděly předtím. Papírová role je provázkem zavěšena zezadu zádové opěrky a porodní asistentky po každé ženě poctivě odvíjí nový papír a odtrhávají část, na které seděla předchozí žena. Role se různě zasekává a někdy je pro porodní asistentky zdrojem rozčilení:

„Já nevim, ty křesla jsou omyvatelný, mohly bysme je dezinfikovat," odpovídá PA[15] *na můj dotaz, jakou funkci má papírový přehoz přes křeslo CTG. „Všude máme desinfekce, ale my tady máme papír, že bysme tady mohly balit dorty v cukrárně," dodává s humorem druhá. (Alice a Aneta, duben 2019)*

Na rozdíl od jiných částí nemocnice návštěvníka porodnice nevítá pach dezinfekce, ale tiché *tum, tum, tum* srdečních ozev nenarozených dětí. Tento rytmický, nezaměnitelný zvuk tlukotu srdce nenarozeného dítěte, který snímá sonda CTG umístěná na těhotném břiše matky, se line prostorem porodnice ze zesilovačů *monitoru*. Tempo srdeční akce nenarozených dětí je docela svižné (fyziologická frekvence srdeční akce je stanovena na 110 – 150 tepů za minutu). Sonda *monitoru* rovněž snímá i ruchy způsobené tím, že se dítě zavrtí a pohne tak sondou.

Dalším ústředním vybavením *příjmu* jsou dva větší kancelářské stoly v pravé části místnosti, teritorium porodních asistentek při výkonu administrativní složky jejich práce. Na každém je počítač s tiskárnou a zásuvky opatřené štítky se zkrácenými názvy různých formulářů a dokumentů. Porodní asistentky na počítačích zadávají údaje do systému evidujícího údaje o pacientech, vyplňují, tisknou a dohledávají údaje v systému. Sedí na koženkových kancelářských křeslech černé barvy s kolečky. Mezi stoly je jednoduchá černá židle určená pro ženy, které diktují své údaje při sepisování *předpříjmu.* Při pozorování dění v této místnosti na ní obvykle sedávám.

Mezi kancelářským stolem a vchodovými dveřmi je umyvadlo s velkým zrcadlem a dávkovačem desinfekce na ruce. Úplně nalevo od dveří je za zdí malý box – oddělená místnost se záchodem, umyvadlem a sprchou. Mezi záchodem a křesly s CTG je nábytek podobný kuchyňské lince, kde je uložen zdravotnický materiál. Na pracovní „lince" porodní asistentky připravují sladký nápoj k zátěžovému testu těhotných na metabolismus cukru (OGTT), jímž zdravotníci laboratorně odhalují těhotenskou cukrovku.

Dveře mezi křesly CTG a kancelářským stolem vedou na **vyšetřovnu**. Hned za nimi po pravé straně je v rohu další křeslo s *monitorem*, odděleno plentou od lůžka a gynekologického křesla sloužícího k vaginálnímu a ultrazvukovému vyšetřování žen. Přístroj ultrazvuku je na kolečkách, umístěný vedle křesla. Lůžko je očištěno jednorázovým papírovým přehozem podobně jako křesla *monitorů*. Naproti vyšetřovacímu křeslu, „*koze*", jak mu přezdívá personál i pacientky, je další „kuchyňská linka" se zdravotnickým

[15] Pro termín „porodní asistentka" používám v terénních poznámkách úspornou zkratku PA.

materiálem. Štítky na jednotlivých zásuvkách napovídají, k jakým výkonům je určen jejich obsah. Vedle těchto skříněk je umyvadlo se zrcadlem a dávkovačem desinfekce. Celá plocha zrcadla je posprejovaná bílou barvou aby se v něm, vzhledem k jeho poloze naproti *koze,* nezrcadlil během vyšetřování obnažený rozkrok vyšetřované. Bílou plochu zrcadla někdo využil jako umělecké plátno a prstem na něj namaloval smajlíka.

Místnost vyšetřovny je průchozí. Celkem z ní vedou troje dveře. Jedny vedou z příjmu, druhé vedou na **přípravnu,** malou místnost, která slouží výhradně porodním asistentkám, popř. jiným členům personálu. Je vybavena dřezem, linkou a lednicí, na stěně je přimontovaná váha, která se podobá kuchyňské. Slouží na vážení placenty. V přípravně porodní asistentky omývají nástroje použité při porodu a obstarávají placentu – kontrolují, zda je celá, váží ji a ukládají do chladničky. Placentu přinášejí na přípravnu v nerezové nádobě z porodního sálu nebo operačního sálu v případě císařského řezu.

> *Spatřím Annu, jak na přípravně manipuluje s placentou v nerezové misce. Jdu k ní, ochotně mi začne vysvětlovat, že odebírá krev z pupečníku, hned dokud se v něm oběh nezastaví. Ukazuje mi mateřskou stranu placenty a blány vaku. Odhaduje její váhu na 600 g, o moment později ji pokládá na váhu instalovanou na stěně, a skutečně - ukazuje 620 g. Po císaři nakládají placenty do formaldehydu k histologickému rozboru, vysvětluje mi. „Pokud ji nechtěj [rodiče] teda s sebou, třeba ji sníst nebo rituálně zakopat. Ať si s ní dělaji, co chtěji, ale musí mít na ní vlastní krabičku," uvažuje Anna nahlas a vkládá nádobu s formaldehydem a placentou do chladničky. (Anna, listopad 2017)*

Přípravna je průchozí, vedou z ní druhé dveře na chodbu. Z vyšetřovny také vedou další (v pořadí třetí) dveře na chodbu. Tudy prochází žena po vyšetření, je-li vpuštěná hlouběji do území porodnice, buď na porodní sál nebo na pokoj zvaný *čekanky*, nazvaný podle žen čekajících na porod.

PROSTOR SE ZVLÁŠTNÍ OCHRANOU ČISTOTY

Mezi vyšetřovnou a chodbou se nachází pomyslná hranice prostoru veřejného a prostoru se zvláštní ochranou čistoty. Před vstupem na chodbu se totiž musí každý příchozí převléknout ze svých svršků do čistého: zdravotníci se převlékají do fialového *eráru* ve *filtru*; partneři rodiček a jejich další doprovod vstupují na chodbu porodnice přes šatnu, kde se rovněž převlékají *eráru*; příchozí přes *příjem*, např. zájemci o prohlídku porodních sálů, dostávají před vstupem na chodbu jednorázový žlutý oblek z netkané textilie oblékaný přes vlastní šaty. Zvláštní investiturní opatření se vztahuje na rodící ženy: příchozí rodičky se převlékají nikoli do fialového *eráru*, ale do vlastního oblečení až na porodním sále, případně na *čekankách,* jsou-li uvedeny

nejdříve tam. Nemá-li žena vlastní převlečení, asistentky jí dají nemocničního *anděla*. Nejvolnější pravidla převlékání mají gynekologové-porodníci. Při vstupu do porodnice se nepřevlékají vůbec. Zůstávají ve svém bílém oblečení. Vysvětlení této „deregulace" může být velmi prosté: převlékání by jim zabralo notnou část pracovní doby. Lékaři ve službě celý den přebíhají mezi gynekologickou ambulancí, gynekologickou operativou, vizitami na lůžkovém oddělení a porodnicí. Druhým faktorem je pozice lékařů v hierarchickém uspořádání nemocnice, která jim umožňuje se vyhnout některým omezením. (To by i vysvětlovalo, proč nejvyšší článek mocenské pyramidy – primář – chodí na porodnici v civilním oblečení. Zjevně nepodstupuje ani omezení ve formě převlékání se do bílého jako řadoví lékaři.) Třetím faktorem je striktní používání jednorázových rukavic a zástěr u lékařů při vyšetřování rodící ženy a *vybavování*[16] dítěte. Rukavice a zástěry ale chrání před znečištěním spíše porodníka, zatímco používání vypraných *erárů* či jednorázových obleků implikuje spíše ochranu čistoty prostoru porodnice a potažmo i žen, které zde přivádějí na svět zranitelné novorozence. Nelze opomenout ani distinktivní funkci předepsaného oblečení: fialová patří porodnici. Bílé haleny s fialovým lemem jsou určeny výhradně porodním asistentkám, všem ostatním aktérům (s výjimkou rodících žen a lékařů) je určen celofialový oblek. Lze spekulovat i vysvětlení, že speciální oblečení má chránit před znečištěním jeho nositele. Převlékání otce dítěte může být formou iniciace a rituálního vstupu do prostoru narození jeho dítěte. Čím ale vysvětlit existenci pravidla, které nepřímo rozděluje oblečení aktérů na čisté a nečisté, povolené a zakázané? Vysvětlení, že převlékání je snaha vyhnout se špíně, tedy nemoci z ní, nemůže obstát samo o sobě, vzhledem k tomu, že jsou popsaná opatření příliš neúčinná. (Nutno podotknout, že mnohem přísnější pravidla oblékání platná pro všechny panují na operačním sále během císařského řezu a jejich jednoznačným účinkem je zajištění maximální možné sterility prostředí i aktérů.) Odpověď nacházím v práci Mary Douglasové (2014): snaha vyhnout se špíně je snahou o organizaci, uspořádání našeho prostředí. Typy a barvy obleků jasně ukazují, v kterém oddělení se nacházíme, a kdo má na porodním sále jakou roli.

[16] Vybavení dítěte/plodu/raménka/placenty je emický – porodnický – termín označující vytáhnutí daného objektu z dělohy matky porodníkem. V porodnictví se používá v souvislosti s vaginálními porody i s porody císařským řezem.

Chodba vede ke všem porodním sálům a lze do ní vstoupit buď průchodem přes *příjem* a *vyšetřovnu*, nebo přímo vchodem vedoucím z vestibulu-čekárny. Jedná se o neprůhlednou stěnu z mléčného skla s těžkými dveřmi, které na straně čekárny mají otvírání „na kouli“. Tento vchod využívají lékaři a partneři rodících žen, kterým je uzpůsoben prostor zádveří jako šatna. Je zde skříň s fialovým erárním oblečením a obuví – univerzální kalhoty na šňůrku v pase, halena s krátkým rukávem a pantofle (plastové s uzavřenou špičkou) Do ní se má nastávající otec či jiný doprovod rodičky převléci. Na lavici vedle skříně je stoh tiskopisů určených doprovodným osobám začínajících slovy: „*Dobrý den, bylo Vám umožněno být přítomen při porodu.*“ Jednostránkový dokument obsahuje seznam pravidel a prohlášení o bezinfekčnosti k vyplnění. Na druhé straně místnosti umístěn automat na kávu, cappuccino a jiné horké nápoje. Netřeba do něj házet mince, nápoje vydává bezplatně. Od chodby je prostor této šatny oddělen další prosklenou neprůhlednou stěnou s dveřmi opatřenými klikou na obou stranách.

Na levé straně chodby ústí chodba propojující porodnici s lůžkovým oddělením gynekologie. Z ní vedou malé šatny na převlékání zdravotníků (zvlášť pro muže a pro ženy), tzv. *filtr.* Převlékají se do fialových *erárů*, totožných s oblečením připraveným pro doprovodné osoby rodičky. Na pravé straně chodby jsou dveře vedoucí na *vyšetřovnu*, hned za nimi dveře na *přípravnu.* Oboje bývají stále otevřené. Další dveře po pravé straně chodby vedou na **čekanky**. Jedná se o strohý nemocniční pokoj se dvěma lůžky a vlastní koupelnou se záchodem. Momentálně nevyužívané postele jsou přikryté modrým igelitem, který chrání čistotu nově povlečeného lůžka. Vedle postelí jsou pojízdné stolky. Místnost je díky velkým oknům vybaveným venkovními žaluziemi velmi světlá.

Další místností je jeden z **porodních sálů**. Dominuje mu polohovací porodní lůžko, podle jehož barvy porodní asistentky sály pojmenovávají („na žlutý“, „do červeného“ apod.) Hned vedle křesla je z boku zrcadlo a umyvadlo, kovové vozíky se zdravotnickým materiálem v neladící modrožluté barvě, v rohu další skříňka se zdravotnickým materiálem a vedle lůžka přístroj CTG. Na okenním parapetu jsou připraveny dvě aromalampy, na podlaze vyskládány žíněnky, sedací vak a gymnastický míč. V jiném rohu místnosti je připravená kovová dětská pojízdná postýlka přikrytá igelitem. Součástí porodního pokoje je zdí oddělená koupelna se sprchou, umyvadlem a WC. Prostor je světlý, dobře ho osvětluje denní světlo z velkých oken, která jsou do půli polepena neprůhlednou folií, aby dění na sále nebylo vystavené cizím zrakům zvenčí jako ve výloze. Na stěnách je dekor barevně sladěný s porodním lůžkem. Nad křeslem je umístěné masivní polohovací svítidlo.

Další místností je **novorozenecký box**. Je to malá místnost o velikosti zhruba čtyř metrů čtverečních s pultem a vyhřívaným lůžkem na novorozence, kde je neonatologické sestry, případně neonatologové, ošetřují. Stále zapnuté elektronicky napájené lůžko má jakousi stříšku, na které je umístěn displej zobrazující aktuální teplotu lůžka. Pult se skříňkou využívají sestry jako stolek k zapisování dokumentace a k odkládání a přípravě pomůcek k ošetření právě narozeného dítěte.

> *Když Alice hovoří o tom, jak je oddělení uspořádáno, komentuje novorozenecký box následovně: „Vadí mi, že je to oddělené [box], že rodiče nevidí, jak se dítě ošetřuje, ale primář to tak chtěl, když se něco děje." (Alice, duben 2019)*

Vedle něj je druhý **porodní sál**. Jeho dominantou je kromě porodního lůžka rovněž velká porodní vana. Má zvláštní tvar přizpůsobený svému účelu, masivní madla po stranách a sprchovou hadici umístěnou zvenčí. Vana je poměrně vysoká, vede k ní schod. V rohu je postýlka zakrytá igelitem, nechybí umyvadlo se zrcadlem, nízká postel s koženou omyvatelnou matrací, gymnastický míč a podobné polohovací pomůcky. Součástí je rovněž samostatné WC se sprchou.

Poslední místností na pravé straně chodby je **sesterna** – zázemí pro porodní asistentky. podlouhlá místnost s malou kuchyňskou linkou, chladničkou a vysokou policovou skříňkou a nízkou skříňkou, na které stojí televize. Starší gauč a křeslo slouží k sezení či odpočinku při noční službě. Na konferenčním stolku stále leží kniha, do které asistentky ručně zapisují údaje o pacientkách na porodnici při střídání služeb. Součástí sesterny je rovněž samostatné WC. Nástěnka u kuchyňské linky dává informace o blížící se konferenci, rozpisu služeb, telefonních číslech na různá oddělení, papírek s telefonním číslem na uklízečku, instrukce k nějakému profesnímu postupu. Na parapet porodní asistentky odkládají hrnky s vychladlým čajem a prstýnky z rukou. Stolní kalendář na parapetu informuje o plánovaných zákrocích týkající se porodnice – tedy plánované sekce, zevní obrat plodu, hospitalizace, vyvolání porodu. U gauče na zemi je opřená kyslíková bomba.

Ve všech místnostech porodnice včetně sociálních zařízení je na stěně v úrovni vypínačů umístěn panel se třemi kruhovými zdířkami:

> *Neznámé zařízení na stěně každé místnosti včetně záchoda mi evokuje tlačítka na kulisách vesmírných lodí ze seriálu Star Trek, ale tuším, že to nebude tento případ. Mystérium mi odhalí jedna z porodních asistentek: jsou to konektory na kyslík. Zatím je nevyužily, ale nahrazují dříve používané kyslíkové bomby. Můj dotaz na jejich funkci rozvine mezi dvěma sloužícími PA diskuzi, kde k těmto*

konektorům mají další příslušenství, aby je mohly v případě potřeby kyslíku použít. (duben 2019)

Chodba porodnice končí průchodem na novorozenecké oddělení. Zleva, naproti sesterně, stojí skříň. Vedle ní je **úklidová místnost**. Sem chodí uklízečka, případně porodní asistentka, není-li uklízečka k dispozici například v noci, pro vozík s mopem a nápadné žluté potištěné pytle na *infekční odpad*. Hned vedle jsou prosklené posuvné dveře z mléčného skla – průchod mezi porodnicí a lůžkovým oddělením, široký tak, aby se v něm pohodlně dalo manévrovat pojízdným nemocničním lůžkem, na kterém opouštějí ženy sál po císařském řezu. Do průchodu z boku vede vstup přímo z **operačního sálu**. Z chodby porodnice má operační sál také jeden vstup. A třetí vstup na operační sál vede přes filtry a umývárnu, kde si zdravotníci myjí a desinfikují ruce. Všechny tři vstupy mají formu posuvných dveří s otevíráním pomocí senzoru připomínajícího vypínač, který snímá pohyb. Umožňují tak otevřít dveře bez nutnosti se čehokoli dotýkat. Pro dveře vedoucí z chodby a průchodu na lůžkové oddělení jsou vypínače umístěny v obvyklé výšce, u vstupu z filtru je ale senzor umístěný nad podlahou tak, aby jej personál otevřel nohou – vydezinfikované ruce si totiž operatéři drží ve vzduchu před sebou, aby ani letmý dotyk s čímkoli neporušil sterilnost jejich rukou.

Operační sál je prostorná místnost bez oken obložená bílou dlažbou až ke stropu. Ústředním prvkem je operační lůžko, nerezové lůžko s černým koženkovým polstrováním na masivním vysunovacím podstavci, jehož výška se dá elektronicky regulovat. Nad lůžkem jsou instalována mohutná operační svítidla a ze stropu rovněž vede panel se zdířkami na kyslík (a možná ještě něco jiného). Na sále je umístěno několik přístrojů na kolečkách. Jeden slouží anesteziologovi k monitoraci dechu a srdeční akce, funkce druhého je mi neznámá. Jsou zde také pojízdné vozíky se zásuvkami a poličkami, kde jsou vyskládány jednotlivě zabalené sterilní jednorázové pomůcky, lahve s dezinfekcemi, rukavice a podobně. Nechybí nerezová mísa na pojízdné vysoké noze, která slouží operatérovi jako koš k odkládání zakrvácených roušek a jiného operačního materiálu. Na stěně operačního sálu visí jediný objekt – analogové hodiny. Zapisování času je důležitou součástí operační dokumentace. Pojízdná židle bez opěradla je určená pro anesteziologa, kovové schůdky usnadňují ženě před operací posazení na lůžko. Nerezové stoly u jedné ze stěn sálu slouží jako pracovní plocha sanitářům, kteří připravují roušky a další materiál instrumentářce. Místnost kromě operačních světel osvětlují zabudované zářivky ve stropě, denní světlo sem nedosvitne. Dojem, který operační sál v příchozích zvenku vyvolává, ilustruje následující zápisek

z prohlídky porodnice, kterou si vyžádal pár nastávajících rodičů, kteří si pro porod zvolili manovskou porodnici, ač bydleli ve větším městě s větší porodnicí:

> *Po prohlídce druhého porodního sálu jde ukázat PA operační sál naproti přes chodbu. Výjev, který následuje, mi připadá trochu jako display of power: mávne rukou před čidlem, aby se otevřely šoupačky od operačního sálu, rozsvítí vevnitř a vystaví na odiv přístroje a operační lůžko se slovy, že je fajn, že je to tak blízko, když je potřeba. Pár reaguje tím, že se chytnou za ruce a s viditelnou bázní pozorují prostor operačního sálu. Na obou je vidět strach z představy, že by se na tom sále měli ocitnout. „Tady nebudeme," snaží se vtipkovat muž, „to není pro nás." „Lepší je tahle strana," souhlasí PA a ukazuje na stranu s porodními sály. (Alžběta, duben 2019)*

3.2 VYJEDNÁVÁNÍ PORODU

Triviálně řečeno, porod začíná již v těhotenství. V těhotenství probíhá také významná část vyjednávání a rozhodování o něm. V porodnici jsem sledovala začátky rozhodovacího procesu týkající se těhotného těla a očekávaného porodu v posledních týdnech těhotenství, když ženu *předá do péče* porodnice jejich obvodní gynekolog, ke kterému doposud chodila na pravidelné kontroly. Zásadní dopad na rozhodování o těhotenství a porodu měly technologie (podobně Georges, 1996; Jordanová, 1997; Hasmanová Marhánková, 2008); užívání diagnostických a zobrazovacích technologií do značné míry vůbec umožňovalo takové rozhodování. V následující podkapitole se budu věnovat technologiím jako autoritativnímu zdroji vědění o porodu. V další podkapitole ilustruji, jak probíhá vyjednávání o porodu v případě, kdy si žena chce zajistit participaci na rozhodování o svém porodu formou *porodního plánu*. Třetí podkapitola líčí jeden konkrétní porod, na kterém ukazuji různé projevy a zdroje porodního vědění aktérů a další analyticky zajímavé jevy.

3.2.1 TECHNOLOGIE: ZVIDITELŇOVÁNÍ NEVIDITELNÉHO

Každé místnosti porodního oddělení dominuje přístroj, ať už je to kardiotokograf (CTG), elektronicky polohovací porodní lůžko, ultrazvuk, vyhřívané novorozenecké lůžko nebo monitor životních funkcí s operačním lůžkem, stejně tak i stolní počítač s tiskárnou. Používání těchto technologií je pro mé informanty z řad porodních asistentek a lékařů klíčovou složkou jejich práce a určují jejich pozici vůči těhotným a rodícím ženám. Ženy přicházejí, aby tyto technologie (pochopitelně s výjimkou kancelářského počítače) sledovaly jejich tělo (a tělo dítěte) a potvrzovaly jeho normalitu, což jim skýtá uklidnění, případně odhalovaly odchylky a umožnily tak jejich včasné řešení. Data z přístrojů jsou pro ně ale sama o sobě bezcenná: musí je interpretovat expert. „Možnost manipulovat s technologiemi je důležitou součástí konstruování a upevňování specifické role lékaře a autority expertního

medicínského vědění vůbec," poukazuje Hasmanová Marvánková (2008). Jordanová (1997) tvrdí, že vlastnictví technologií vede k hierarchické distribuci autoritativního vědění všude tam, kde je vědění závislé na technologiích. Vertikální distribuce autoritativního vědění se v manovské porodnici projevovala neustále. Žena – těhotná či rodící – *neví*, neinterpretuje data z přístrojů, ale může dávat podněty založené na svém vtěleném vědění porodním asistentkám a lékařům – o bolesti, o „divném pocitu", o aktivitě nenarozeného dítěte, o tělesných pochodech. Tyto podněty pak může přezkoumat porodní asistentka – *natočit monitor,* biochemicky testovat moč či detekovat plodovou vodu, odebrat krev. Porodní asistentka ale nečiní rozhodnutí ze zjištěných údajů – její rozhodovací působnost se vztahuje na to, co sdělit lékaři (vybrat informace poskytnuté ženou, které lékař potřebuje k rozhodování a považuje za relevantní), kdy ho zavolat (tj. rozlišit, zda se jedná o urgenci nebo odkladný případ), jak komunikovat s vyšetřovanou ženou. Zjištěné údaje interpretuje lékař-porodník a podle nich rozhoduje. I porodníci mají vědění vertikálně rozložené – o komplikovaných či netypických případech rozhoduje primář, jehož autoritativní vědění má v mocenské struktuře zdravotního personálu nejvyšší platnost.

Zahrneme-li mezi low-tech (nízké) procedury vaginální vyšetření, poslouží následující výrok porodní asistentky jako ilustrace nadřazeného postavení expertního vědění zdravotníků nad věděním jiných aktérů těhotenství a porodu:

> *Instruuje ženu, co má dělat po odtoku plodové vody: „Do dvou hodin k nám, mohla by vám vylézt pupeční šňůra," vysvětluje. „Sama se nevyšetříte, tak musíte k nám, ať víme." (Andrea, duben 2019)*

Technicky vzato, *vyšetřit* by se mohla těhotná žena sama. Nicméně nález dokáže legitimně interpretovat a vyhodnotit pouze zdravotník.

Ústředními diagnostickými metodami – tedy způsoby zjišťování informací relevantních v autoritativním systému vědění – jsou v manovské porodnici kardiotokografie (CTG, ultrazvukové (UTZ) vyšetření a vaginální vyšetření. To nyní ponechám stranou, protože patří mezi no-tech, případně low-tech praktiky. Představitelé high-tech praktik *CTG* a *UTZ* mají společné to, že vizualizují zdánlivě neviditelné jevy (dítě v děloze, jeho vnitřní orgány, činnost dělohy, srdeční akci plodu), kvantifikují je (např. váhový odhad vypočítává automaticky software ultrazvuku z lékařem naměřených údajů) a generují hmotné záznamy (*křivku* CTG, obraz z dělohy).

Pořizování CTG záznamů je úkolem porodních asistentek. Vyhodnocování těchto záznamů přísluší porodníkům.

> *Alice nanáší gel na sondu snímající srdeční ozvy. „Tak kdepak ho máme, miminko?“ ptá se ženy, aby umístila sondu na správnou stranu břicha a zbytečně ženu neupatlala gelem jinde na břiše. Žena rukou naznačí stranu a slovně dodá, že minule jí natáčeli na pravé straně. Alice dá sondu na místo, mírně s ní pohne na místo, kdy se ze zesilovače ozve zřetelný tlukot srdce nenarozeného dítěte. Zafixuje sondu gumovým pásem. Druhou sondu dá nahoru na břicho a upevní pomocí pásu. Monitor se natáčí po dobu 30 minut, z přístroje pomalu vylézá pás papíru se zaznamenanými křivkami. Po natočení žena čeká, až přijde lékař, aby zkontroloval pořízený záznam a opatřil ho razítkem a podpisem. (Alice, duben 2019)*

Lékaři i porodní asistentky se shodují na přínosnosti kardiotokografie i ultrazvukového vyšetření. „*Gynekolog bez ultrazvuku snad ani nejde*,“ vystihuje neodmyslitelnost této technologie v těhotenské péči Alžběta. Někteří jednotlivci ale vyjadřují výhrady vůči validitě CTG.

> *Chtělo by to nějakou přesnější metodu, ale ta zatím neexistuje, tak používáme tohle,“ říká Vanda o CTG. Dodává, že těhotné se monitorují „kvůli pojišťovně“. „Některý [obvodní gynekologové] dělají monitory už od třicátýhopátýho týdne, pojišťovna jich proplácí pět, tak je dělají [aby vyčerpali všechny úhrady za ně]“. Souhlasí, že je to zbytečné a porodní výsledky rutinní CTG nezlepšuje a odvolává se na Světovou zdravotnickou organizaci. (Vanda, duben 2019)*

V ukázce Vanda odhaluje ještě jeden fenomén, který vykládá koncept komercializace zdravotnictví. Vanda předestírá, že někteří lékaři zakládají svá rozhodnutí ohledně péče o pacientky na ekonomických zájmech. Komercializace se v jejich praxi projevuje tím, že provádějí vyšetření CTG nikoli kvůli tomu, že by mohlo mít zdravotní přínos pro těhotnou a plod, ale aby z něj měli ekonomický přínos tím, že ho vykáží pojišťovně k proplacení.

Validitu rutinních *monitorů* v těhotenství naopak uznávají Adéla s Andreou:

> *Monitory jsou důležité, shodují se obě PA a dokládají, že už zažily, že na základě rutinního monitoru byla těhotná ihned odeslána na akutní sekci. Kolikrát se to stalo? ptám se. Zamyslí se. Myslím, že za tu dobu, co tu dělám, už dvakrát, odpovídá Andrea. Jojo, dvakrát, co já vim, přitaká Adéla. (Adéla a Andrea, duben 2019)*

Podle Haškové (2001) jsou v biomedicínském porodním vědění lékařské zásahy vnímány jako způsob redukce rizikovosti porodu. S tímto vnímáním se ztotožňuje Alena, které monitorace CTG při porodu zprostředkovává *vědění* a zvyšuje pro ní předvídatelnost porodu:

„Kdybych rodila já, byla bych na monitoru klidně čtyřiadvacet hodin, abych věděla, že je miminko v pořádku.“ (Alena, listopad 2017)

Na přínosnosti užívání technologií během porodu se shodují všichni mí informanti z řad porodních asistentek i porodníků: díky technologiím *vědí*. O lékařských i nelékařských zásazích do porodu hovoří v perspektivě zohledňující matku jako tu, která jim musí umožnit poskytovat péči: *„nechá si pomoct“, „nechá si poradit“, „nechá si vysvětlit“*. Někteří jednotlivci ovšem vyjadřují pochybnosti o konkrétních metodách nebo frekvenci jejich užití:

„Primář má takovou teorii – a já s ním souhlasím – že by váhový odhady vůbec nedělal.“ (Vanda, duben 2019)

„Na porod se nesmí spěchat, já se těm alternativním maminkám sama nedivím. Taky bych nechtěla, aby se porod urychloval.“ (Anna, listopad 2017)

Zachytila jsem i jakési projevy nostalgie týkající se low-tech porodní péče v minulosti:

Ptám se, zda vyšetřují někdy pohmatem [přes břicho]. „Mělo by se dělat víc,“ odpovídá k mému překvapení Blanka, „ale nedělá se,“ říká téměř provinile „Mladý to ani neumí, když je na to technika.“ (Adéla, duben 2019)

Dřív ženy prostě věděly, že v porodnici porodí. V nemocnici [kde jsem pracovala dřív], jsme ani neměli anesteziologa [nutný pro císařský řez]. To je dneska nepředstavitelný.“ (Adéla, duben 2019)

Opět naráží na nadbytek císařských řezů, pohoršuje se nad tím, že poslední dobou je takovou indikací třeba poloha koncem pánevním, která se dřív rodila „normálně“. (Alena, listopad 2017)

Závěrem nemohu opomenout ještě jednu doposud nezmíněnou technologii, která v současnosti opanuje manovské porodní sály: mobilní telefony pacientů. Z mých pozorování jsem zjistila, že mobilní telefon je rodící ženě všudypřítomným společníkem, obzvláště nemá-li žena u sebe doprovod. Pořizování fotek dítěte je zase neodmyslitelným úkolem přítomných otců. Proměnu, kterou přinesly mobilní telefony na porodních sálech, komentuje Anna:

Čerství rodiče je vytáhnou hned po narození dítěte, fotí si ho a dávají na facebook, a místo bondingu na sále tak pípají messengery a volají blízcí rodičů. Je to „hodně od přírody,“ říká Anna. (Anna, listopad 2017)

3.2.1.1 TECHNOLOGIE A DOTEK

Při pozorování porodů mě překvapilo, jak moc je minimalizován fyzický kontakt mezi porodními asistentkami a rodícími ženami. V mých představách porodní asistentka drží ženu v bolestech za ruku, masíruje jí bedra a pomáhá jí měnit polohy. Tuto úlohu ale plní ženin partner. Není-li přítomen, je žena vystavena dotekům jen minimálně (s výjimkou vaginálních

vyšetření). Několikrát jsem byla svědkem, jak porodní asistentka, porodník nebo anesteziolog instruovali rodící ženu, aby změnila na porodním lůžku polohu (často kvůli vaginálnímu vyšetření), pro ni byl v pokročilém stádiu porodu pohyb velmi obtížný, ale nikdo jí nepomohl se přemístit. Nanejvýš asistentka pomohla zvednout ženě nohy do podpěr na lýtka. Podporující fyzický kontakt je zřejmě vyhrazen pouze laickému doprovodu ženy, např. ve formalizované formě masáže. Dotek zdravotníků je redukován výhradně na vaginální vyšetření. Kitzingerová (1997) spojuje minimalizaci doteků v porodní péči se zaváděním technologií: „Medikalizační procesy, mezi které patří zavádění technologií, omezují a nahrazují dotyk pečovatele s rodící ženou.“ Uvádí, že minimalizace fyzického kontaktu začala historicky v době, kdy porodní péči začali zajišťovat muži-lékaři a fyzický kontakt s rodičkami omezovali kvůli společenské nepřijatelnosti na nejnutnější minimum. Poukazuje, že kvůli minimalizaci doteku a omezení pohybu rodičky se zavedlo v 19 století porodní lůžko, které se používá v sofistikovanější podobě dodnes. Použití technologií obvykle vyžaduje znehybnění vyšetřovaného těla. Málo kontaktní biomedicínskou porodní péči porovnává s low-tech porodními systémy, ve kterých je dotek autoritativní – dotek je diagnostickým prostředkem tradičních porodních asistentek[17].

3.2.2 PORODNÍ PLÁN

Porodní plán je nestandardizovaný[18] dokument, ve kterém rodička formuluje své požadavky na zdravotníky poskytovanou porodní péči. Představuje tedy jedinou kodifikovanou reprezentaci jejího autoritativního vědění o porodu a její participace na rozhodování o porodní péči. Jak uvádí Hrešanová (2007), ženy v českých porodnicích se k jeho sepsání uchylují tehdy, když je jejich vlastní vědění o porodu v rozporu s českým[19] biomedicínským modelem porodní péče.

Předložení *porodního plánu* představuje pro mé informanty z řad porodních asistentek způsob, jakým žena zpochybňuje jejich expertní vědění, brání jim v poskytování péče a

[17] TBA - Traditional birth attendant, tj. bez formálního zdravotnického vzdělání.

[18] Diskuze o jeho právní validitě překračuje téma této práce, ale postačí zmínit, že tato forma participace příjemce zdravotní péče na rozhodování o její formě je zohledněna českou legislativou v instutuci tzv. *dříve vysloveného přání*, kterou stanovuje § 36 Zákona č. 372/2011 Sb..*Zákon o zdravotních službách*.

[19] V České republice definuje způsob a obsah porodní péče Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS) ve svých *doporučeních*, kterými stanovuje postupy *lege artis*. Domnívám se, že výsledný biomedicinský model porodu má svá regionální specifika (viz např. Chalmers, 1997; Hrešanová, 2007, 2014; obsáhle Šmídová, např. 2015a, 2015b, 2016) a nelze tedy hovořit o celosvětově jednotném „biomedicínském modelu porodu“.

přeceňuje validitu vlastního porodního vědění. *Porodní plán* pro ně slouží jako rozlišovací atribut ke kategorizaci rodiček – žena s *porodním plánem* je potenciálně problémová (podobně Hrešanová, 2007):

> *Když PA hovoří o ženách, rozdělují je na ty „co si něco přečtou / co mají načteno / s porodním plánem" a na ty, co „jsou rozumný / nechají si poradit / nechají si pomoct". (Adéla a Andrea, duben 2019)*
>
> *„Baví vás práce?" ptám se. „Zvlášť ve tři ráno, když přijde alternativní rodička s třístránkovým porodním plánem," podává ironickou odpověď. (Václav, duben 2019)*
>
> *„Jakmile má porodní plán, člověka to zastaví. Aha. [odmlka] Pozor." (Alice, duben 2019)*

Jedna z asistentek připisuje *porodním plánům* ještě jiný význam:

> *Alžběta mi říká, že je fajn, když to [porodní plán] má napsaný, že když se mění směny, aspoň to ví [co žena chce či nechce]. Nemá ale obecně ráda, když lidé nepoděkují. (Alžběta, duben 2019)*
>
> *[Alžběta provází rodičovský pár na prohlídce porodnice] „Porodní plán mít můžete. Je to spíš na ucelení myšlenek," dodává a vzápětí připojuje, že se vždy snaží vyhovět, ale „záleží na lékaři". (Alžběta, duben 2019)*

V případě, že žena má *porodní plán,* nezřídka předchází porodu jeho vyjednávání. Pro ilustraci napětí, které *porodní plán* vyvolává vměšováním se do rozhodování zdravotníků o péči, uvádím úsek mých terénních poznámek z takového „vyjednávání", jak jsem si ho ten den zaznamenala:

> *Na konci předpříjmu Nela z desek vytáhne nesměle „porodní přání", jak jej nazvala. Agáta [nová PA prvně sloužící na porodnici] se ptá Adély, co se s porodním plánem dělá. Adéla odpoví, že to může s paní projít, ale záleží pak na „našem lékaři". Agáta tedy prochází s ženou bod po bodu. U některých bodů toho, co si Nela nepřeje, k její viditelné úlevě říká: „Jo to je jasný, to my tady ani neděláme." U sporných témat ale přebírá vyjednávání de facto v neprospěch Nelin přání Adéla a hají stanovisko proti jejím přáním.*
>
> *(...) Agáta pokračuje: „A ten nástřih nechcete." Rozvádí, že někdy je ale potřeba, když to uzná lékař za vhodné. Nela oponuje, že nástřih prostě nechce, že pokud by byly potřeba zásahy do porodu, tak raději hned císař. Když to vypadá, že Agáta její přání „žádný nástřih" schválí, Adéla nevydrží a vloží se do toho: „Ale vy jste po tom císaři, tak my to [porod] nemůžeme nechat běžet dlouho." Když to bude postupovat moc pomalu, tak lékař něco na urychlení bude podnikat, poučuje jí Adéla. Nela kýve, souhlasí, nechce vstupovat do konfliktu. Každé své přání „zmírňuje" opakovaným prohlašováním, že na něm trvá, „když bude všechno v pořádku", „všechno půjde hladce". „My musíme myslet na to miminko," přidává se Agáta a staví se tak proti Nele na stranu ochranitele zájmů*

dítěte. Nela opět připomíná, že je „s císařem smířená", že chce porod bez zásahů nebo radši císař, pokud by zásahy byly třeba.

Dále řeší přítomnost otce u císařského řezu ve spinální anestezii („Samozřejmě, bude stát u vaší hlavy"). Nela si přeje plný dvouhodinový bonding[20]. Agáta začne popisovat, jak si pak sestřička dítě bere ošetřit do boxu, kde „samozřejmě tatínek může být a dítě si vyfotit". Tam ho měří, váží, otře a ošetří. „Měřit se nemusí," chabě formuluje svůj nesouhlas s měřením žena. „Sestřička ho změří už na tom boxu", reaguje Agáta a vyjednávání nepřerušeného bondingu končí tím, že popíše, že „pak [po boxu] vám miminko přinese a už jste s ním a s manželem celé dvě hodiny spolu."

Chtěla by v případě vaginálního porodu rodit ambulantně. „Pokud bude vše v pořádku s vámi i s miminkem, není problém." Po císaři si přeje nadstandard, -miminko jde hned na pokoj, když jí může pomáhat muž. Žena je z této informace velmi potěšena. Na konci [podle mě ne příliš úspěšného] vyjednávání žena prohlásí: „je třeba myslet na výsledek – abysme byli zdraví." Sama sebe možná ujišťuje. Porodní přání zakládá Agáta do ženiny složky a loučí se. „Tady je u vás taková pohoda, působí to tu na mě skvěle." S úlevou pronáší žena, loučí se a odchází.

[Později] na příjem přichází Václav. Sedne na židli pro pacientky, Adéla si z něj začne dělat legraci, že s ním sepíše předpříjem, Václav předstírá těhotenské břicho. Všichni se smějí. Adéla ho informuje, že tu byla „pani s porodním plánem - po císaři chce rodit přirozeně". Václav se ptá, proč rodila sekcí. Adéla odpovídá, že císař byl po indukci. Sekce, protože porod nepostupoval. „Aha, takový jsou nejlepší," reaguje ironicky Václav.

(...) Když s ženou později hovořím o samotě, říká: „Já z toho [předpříjmu] měla hrozný pocit, hrozný. Zkusím rodit doma, pokud to půjde." (Adéla a Agáta, Nela, Václav, duben 2019)

Na Nelině „*porodním přání"* je pozoruhodné, že ho nesepsala proto, aby se konkrétně vymezila vůči praktikám autoritativního vědění uplatňovaného v porodnici (což je nejčastější motivace žen k sepsání *plánu,* viz Hrešanová, 2007), ale aby předestřela ta rozhodnutí o svém porodu, která jsou pro ni přijatelná. Během *předpříjmu* Nela několikrát uvedla, že první porod byl uměle vyvolávaný a po strastiplném průběhu ukončený císařským řezem. Svůj druhý porod chtěla prožít v manovské porodnici za podmínek, kdy pro ni bylo nepřijatelné opět absolvovat umělé vyvolání porodu nebo postupovat lékařské intervence při

[20] Jako bonding se označuje raný nepřerušovaný kontakt matky a novorozence „kůže na kůži" bezprostředně po porodu, zpravidla po dobu alespoň dvou hodin po narození. Mrowetz a Peremská (2013) upozorňují, že zdravotníci bonding chybně interpretují jako „metodu", ačkoliv se jedná o podporu raného kontaktu mezi matkou a novorozeným dítětem, a tudíž o prosté vyvarování se procedur provázaných oddělením dítěte od matky.

spontánně započatém porodu. V případě, že by intervence či vyvolávání bylo nutné, chtěla rovnou přistoupit k císařskému řezu.

Vyjednávání *porodního plánu* je pro porodní asistentky a lékaře příležitostí k disciplinaci autorky *plánu*. Zároveň je projevem konzumeristického přístupu autorek *porodních plánů* k porodní péči, kterou vnímají jako škálu nabízených zdravotnických služeb (Hrešanová, 2007) - *porodním plánem* si „objednávají" jednotlivé služby. Na konzumeristickou hru o získání nového zákazníka v ukázkách výše přistupují i zdravotníci manovské porodnice – s úsměvem se snaží pár na prohlídce porodnice a ženu na *předpříjmu* usměrnit v jejich požadavcích tak, aby se sladily s postupy preferovanými zaměstnanci porodnice, ale zároveň se snaží je neodradit od jejich zájmu rodit v manovské porodnici. Jako okresní porodnice s nižším počtem porodů totiž čas od času čelí politické diskuzi o zavírání porodnic pod hranicí určitého počtu vykázaných porodů ročně.[21]

3.2.3 Etnografie jednoho porodu

Vybraný porod, který popisuji v této podkapitole, není reprezentativním příkladem typického porodu v manovské porodnici (a je sporné, zda „typický porod v manovské porodnici" vůbec existuje), ale umožňuje mi ilustrovat analyticky zajímavé jevy, na které se zaměřuje tato práce. Popisovaný porod se vymyká tím, že při něm není rodička kardiotokograficky monitorována (CTG). Je možné, že pečující porodní asistentka *natáčela monitory* ve chvílích, kdy jsem nebyla poblíž a nevšimla jsem si toho. Ještě pravděpodobnější se však jeví, že žena *monitory* odmítla. Mohla tak učinit slovně, nebo prostřednictvím *porodního plánu.* O tom, zda měla či neměla *porodní plán*, mohu však jen spekulovat.

Uvedený text je úryvek mých terénních poznámek sepsaných tentýž den po odchodu z terénu. Záměrně jsem v úryvku ponechala vlastní dodatečné poznámky (bez kurzivy):

> *[7:30] Alena mě informuje, že má na příjmu třetirodičku, a připojuje odhad, že to v jejím případě asi půjde dobře. Na příjmu má ještě další ženu na CTG. (...) Později vcházím na čekanky a zdravím zde přibližně sedmatřicetiletou třetirodičku Naďu, která právě sedí na pravé posteli ve světlé noční košili a rukama se opírá o okraj postele. Později se od Aleny dozvídám, že přijela nad ránem, protože jí začaly nepravidelné kontrakce. A protože je ve 41. týdnu a má*

[21] Naposledy např.: *Malým porodnicím hrozí zánik, nový ministr chce seškrtat lůžka* (vyd. 6. 12. 2017) a *VZP zpochybňuje existenci prachatické porodnice. Holding Jihočeských nemocnic ji hodlá ubránit* (vyd. 4. 4. 2018).

gestační diabetes, doktorka jí „píchla vodu“, aby se to trochu „rozjelo“. A rozjelo, ptám se. Alena přitaká, že se „něco začíná dít“. Z dokumentace vyčítám, že Naďa byla přijatá s diagnózou „spontánní porod“. Umělá dirupce po nepravidelných kontrakcích nespadá do kategorie vyvolávaného porodu? ptám se. Ne, toto se stanoví jako spontánní porod, zato kdyby byl například odtok plodové vody spontánní a na příjmu se provedl zákrok k podpoření kontrakcí, určil by se tak porod vyvolávaný, vysvětluje Alena.

Autoritativní expertní vědění kodifikované v textech formálního vzdělání a doporučených postupech České gynekologické a porodnické společnosti definuje a kategorizuje rozmanité scénáře průběhu porodu. „Spontánní porod“ je jednou z kategorií. Tato kategorizace mě fascinovala, proto jsem se asistentky doptávala na to, co kategorii „spontánní“ činí v porodnickém diskurzu spontánním a co už ne. Rovněž je zajímavý diskurz aktérů, který personifikuje porod jako samostatně činnou entitu: „*Porod se sám rozjel*“, „*porod běží moc hezky“, „nemůžeme porod nechat běžet“* a *„porod nepostupuje, musíme mu pomoct“*. Vynětí porodu z jednání aktérů porodu je patrné i ve frázi „*mít [jaký] porod*“, která naznačuje, že porod je na aktérech nezávislá událost různých kvalit (*pěkný, rychlý, těžký, dlouhý*), která se (někomu) stane, kterou lze „mít“ nebo „nemít“.

(…) Alena odchází na čekanky, před vstupem zaklepe na dveře a přesouvá Naďu na žlutý sál. Přitom jí nese zavazadlo, ve kterém jsou Nadiny osobní věci. Tam jí něco dlouze vysvětluje, slyším Nadino pravidelné přitakání „uhm, uhm“. Když Alena vyjde ze sálu, ptám se jí na Nadin stav. V tom zazvoní zvonek. Alena jde otevřít prosklený vchod, před kterým stojí Nadin partner. „Zujte se tady,“ ukazuje na šatnu. Za zavřenými dveřmi mu krátce cosi vysvětluje, ale mezitím opět zvoní zvonek a Alena vybíhá na příjem a Nadina partnera ponechává na převlékárně.

(…) Již uběhlo zhruba 10 až 15 minut od chvíle, kdy Alena zanechala Nadina partnera v převlékárně. Po celou dobu se zřejmě neodvážil vyjít na chodbu.

Výměnou vlastního šatstva za fialovou uniformu je muž uveden do instituce, jejímž pravidlům se podřizuje výměnou za to, že nositelé expertního porodního vědění budou pečovat o jeho rodící partnerku.

Mezitím je jeho žena Naďa za dalšími dvěma stěnami na porodním sále a prožívá kontrakce, jejichž pravidelnost se ustálila. Alena tedy náhle odbíhá od ženy na předporodní kontrole (momentálně na monitoru) a nechává ji na příjmu samotnou. Vyzvedne Nadina partnera ve fialovém nemocničním eráru a zavádí jej na porodní sál za Naďou se slovy „máte tu posilu“. Poté provede vaginální vyšetření.

Vaginální vyšetření je pro porodní asistentky a porodníky jedním z klíčových zdrojů informací o probíhajícím porodu. Ukazováčkem a prostředníčkem zasunutým do ženiny

pochvy pohmatem zjišťují, na kolik centimetrů je otevřen děložní čípek. Z vaginálního vyšetření rovněž dokáží získat informace o krvácení, úniku plodové vody či poloze hlavičky plodu. Údaje o čípku v centimetrech slouží k definici úspěšnosti otevírání porodních cest a hodnoty slouží samy o sobě jako označení fáze porodu (*„Ne, tady jsme na čtyrech," odpovídá PA lékařce na dotaz, zda už má přijít na porodní sál. (Anna a Věra, listopad 2017)).*

> *(…) Václav (porodník ve službě) jde provést vaginální vyšetření rodící Nadě. Neklepe, vstoupí na sál. Za ním se přitočí PA Alena. Situaci vyslechnu za přiotevřenými dveřmi od žlutého sálu. Václav mluví na Naďu tichým klidným hlasem a jako obvykle do své řeči zahrnuje vtípky, při nichž hlas nijak nemodifikuje, což je činí pro pacienty o to nečitelnější. Naďa nyní prožívá intenzivní kontrakce podpořené syntetickým oxytocinem[22]. Prožívá je prakticky bezhlasně, s úporným, avšak pomalým prodýcháváním. Z toho, co slyším, je zřejmé, že leží v polosedu na porodním křesle. Václav ji instruuje, aby se přesunula na bok. „No, teď už jsou ty kontrakce tak…?" Zjišťuje frekvenci a intenzitu. „Za chvíli zkusíme ten bok." Dochází k jakémusi bezeslovnému konfliktu mezi Naďou a Václavem, na který on rozpačitě reaguje: „Já myslel, že jste mi to odsouhlasila [tj. přesunout se na bok]." Vzápětí dodá: „Jó, že když mlčíte, tak souhlasíte," směje se. Naďa se nesměje. Přichází velmi dlouhá kontrakce, kterou bezhlesně – což je pro mě velmi neobvyklé - prodýchává. Kontrakce končí, Naďa ale nadále těžce dýchá, jak doznívá bolestivý stah.*
>
> *(…) [S Václavem vedeme rozhovor na sesterně.] V tom se ozve výkřik – Václav vyskočí z křesla, je slyšet, jak ho Alena volá na sál. Vycházím pomalu za Václavem a dojdu až k otevřeným dveřím žlutého sálu. U Nadiných nohou již stojí Václav a posuňkem mi nabídne, zda chci přihlížet blížícímu se porodu. Vcházím tedy rozpačitě na sál. Nadin partner právě vychází z rohu porodního sálu směrem k Nadině hlavě. Netroufám si zeptat se ho na souhlas s mou přítomností, pouze mu kývnu hlavou na pozdrav a zaujmu „neviditelné" místo v rohu – předtím ještě zavřu dveře. Naďa leží na levém boku na porodnickém lůžku, oči zavřené. Už vůbec si netroufám ptát se na souhlas s mou přítomností jí. Netroufám si ji vyrušovat z jejího pohroužení se do porodního procesu.*

Popsaný moment ilustruje mé metodologické těžkosti s realizací informovaného souhlasu od rodících žen. S Naďou jsem se o možnosti, že bych přihlížela jejímu porodu, nebavila. Verbální kontakt jsme spolu vůbec neměly, protože když jsem přišla na oddělení, už rodila a nepřipadalo mi vhodné ji vyrušovat. Ostatně možnost přihlížet narození jejího dítěte jsem nezvažovala, dokud mi ji bezprostředně nenabídl sloužící lékař Václav. Porodník je zde tedy ten, který mi schvaluje vstup na sál. V jiných situacích dávaly porodní asistentky ženám prostor k vyjádření jejich (ne)souhlasu s mou přítomností u porodu či operace, zde

[22] Podává se formou infuze ke stimulaci (zesílení) děložních kontrakcí.

ale zřejmě Alena vyjednávání souhlasu nepovažovala za nutné, protože jsem na sál přišla na lékařovo pozvání. Nutno dodat, že porodnice disponovala písemným souhlasem Nadi s přítomností studentů na sále a ani její partner, s kterým jsme stáli vedle sebe, proti počtu přítomných osob nenamítal.

PA stojí na svém místečku u okna po levici rodičky. U nohou stojí lékař, obléká průhlednou igelitovou zástěru. Mezi oběma zdravotníky stojí přístroj monitoru na kolečkách.

Aktéři porodu jsou typicky rozmístění po porodním sále: rodící žena na porodním lůžku, porodní asistentka po jejím boku, partner po druhém boku, lékař u jejích nohou. Pečuje-li o ženu porodní asistentka sama, „obhospodařuje" celé její tělo – pomáhá ji měnit polohy, zavádí kanylu do ruky, podává pití, podkládá hlavu, umisťuje sondy CTG na její břicho, v oblasti rozkroku provádí vaginální vyšetření nebo zavádění cévky a podobně. Jakmile péči poskytuje spolu s lékařem, je oblast od pasu dolů vyhrazená jemu a vyšetřuje či cévkuje on. Porodní asistentka se pak přesouvá vedle ženy na stranu, kde je přístroj CTG, a je zde k dispozici ženě (od pasu nahoru), lékaři a obstarává přístroj, případně další artefakty.

Není napojen na Nadino břicho, ani nikam jinam.

Absenci *natáčení monitoru* vyhodnocuji jako zvláštnost popisovaného porodu, ale je možné, že se nejedná o mimořádnost a vynechání sledování *„jak se miminku daří"* pomocí CTG u bezproblémově probíhajícího porodu je běžný postup.

Po celou dobu mluví Václav i Alena pomalu, tiše a klidně. Naďa stále prožívá kontrakce s intenzivním bezhlesným dýcháním. Je maximálně soustředěná, jakoby pohroužená hluboko do sebe, navazuje-li oční kontakt, pak výhradně s Alenou po její levici. S partnerem po pravici spíše výjimečně.

Ženy preferující interakci spíše s porodní asistentkou než partnerem jsem sledovala ve více případech. Domnívám se, že se v náročných chvílích svého porodu raději obracejí na osobu, která je porodem profesně provází a která – na rozdíl od partnera – má expertní porodní vědění.

Právě je mimo kontrakci. Zdravotníci instruují Naďu, aby si dala nohy do opěrek, aby byla na vypuzovací fázi porodu v poloze pololehu. Pomáhají jí lýtka umístit do vypolstrovaných žlábků k tomu určených.

Manipulace s nohama rodící ženy je ojedinělým použitím nediagnostického doteku v manovské porodnici.

Václav se Nadi ptá, jaké byly předchozí porody, má na mysli tlačení. V pohodě, odpovídá Naďa.

Naďa zde pro Václava reprezentuje validní zdroj porodního vědění. Dokáže mu podat anamnestickou informaci o předchozích průbězích druhé doby porodní, která mu zřejmě slouží k odhadu pravděpodobného průběhu blížící se fáze tlačení.

Vchodem z modrého sálu přichází krátkovlasá sestra z novorozeneckého oddělení. Nechává otevřené dveře. Přivírám je, jak to jenom jde, protože mi přijde nevhodné, aby rodící žena měla za hlavou otevřené dveře. Sestře je zhruba padesát, přes bílý nemocniční oděv má zavázanou průhlednou zástěru a v ruce jednorázovou roušku na dítě. Komunikuje bodře a energicky přechází sál, až se zastaví u levé nohy Nadi po levici porodníka. Václav Nadě s nadsázkou a jakousi naléhavostí oznamuje, že je zde přítomná i „dětská", takže to dítě porodit zkrátka musí. Sestra v nadsázce jakoby sebekriticky vůči svému zjevu či své přítomnosti dodává: „No a teď se to dítě lekne [a nenarodí se]". Vtip působí nemístně, evidentně ne pouze na mě, ale i na otce dítěte, který poprvé (a na dlouhou dobu naposled) promluví: „To neříkejte, to radši nepřivolávejte." (Skutečně, takový druh humoru s negativním kontextem - dítě, které se nenarodí - působí v dané chvíli ostře a nepatřičně (dodatečná poznámka)) Sestra odchází za lékaře a usedá na postel. Přichází kontrakce. Naďa ji začne s obdivuhodným klidem a sebeovládáním prodýchávat, hledím na ni s čirým obdivem. Alena s Václavem ji s nástupem této kontrakce okamžitě nakazují, aby tlačila. Nezachytila jsem známky toho, že by Nadino tělo projevovalo nutkání tlačit. Zavře oči a podle instrukcí od obou zdravotníků začne tlačit. Přestane, kontrakce odchází. Alena s Václavem ji hecují, že musí tlačit mnohem víc.

Alena s Václavem zde prosazují tzv. *řízené tlačení*. Tato praktika je spolu s gynekologickou porodní polohou (v pololehu na porodním lůžku) charakteristickým rysem biomedicínského modelu porodu. V něm je nahlížen začátek fáze tlačení jako moment, kdy porodní cesty dosáhnou jistého stupně „otevření" zjistitelného výhradně vaginálním vyšetřením. Začátek fáze tlačení, a tudíž vhodnost tlačit stanovuje porodník (eventuálně porodní asistentka, není-li přítomen). Svolení porodníka k tlačení vystupuje ve stěžejním textu Jordanové o autoritativním vědění (1997) jako ústřední reprezentace uplatňování nadřazeného - autoritativního - vědění. Ženino vtělené vědění o načasování tlačení – reflexní nutkání na tlačení vyvolané tlakem sestoupené hlavičky plodu na močový měchýř a konečník – zde na rozdíl od biomedicínského vědění nemá legitimitu. V něm je toto vůlí neovladatelné nutkání nahlíženo jako potenciálně špatně načasované – nutkání může přijít dříve, než jsou porodní cesty plně otevřené, což je v biomedicínském pojetí druhé doby porodní nežádoucí.

Václav klidným hlasem s nepatrným úsměvem, který nasazuje při svém typickém vtipkování, říká Nadě káravě: „My jsme si mysleli, že nás to tady [tlačení, při třetím porodu] naučíte. A vy to přitom děláte blbě.“

Václav svůj výrok zřejmě zamýšlel v nadsázce, ale ukazuje na hierarchické uspořádání dvou porodních vědění: rodící Nadi a porodníka Václava.

Naďa si přesouvá nohy tak, aby se chodidly opírala o podpěry na lýtka a měla nohy více pokrčené. Má je skrčené moc, nějakým způsobem namítá, a Alena ji tedy o kousek snižuje opěrky. Přichází další kontrakce. Naďa tlačí o poznání víc, ale dojde jí dech, přestane tlačit. Nadechněte se a znovu tlačte, okamžitě dávají instrukce oba zdravotníci. Naďa opět tlačí, kontrakce ale po chvilce povoluje. Václav začne popisovat, jakým způsobem má tlačit: zavřít oči, zadržet dech, bradu sklopit na prsa a tlačit jako na stolici. (V té chvíli mě napadá, jak absurdní je pozorovat muže, ležérně rozkročeného před obnaženým rozkrokem ženy, která intuitivně nakládá s kontrakcemi a rodí své třetí dítě, jak jí polopaticky vysvětluje jakousi univerzální techniku porodního tlačení (dodatečná poznámka)) Při další kontrakci Naďa tlačí s velikou vervou, zatíná ruce do úchytů, které ji na křeslo předtím připevnila Alena. Hlavička dítěte ale zřejmě zase zalézá zpět, doktor se tedy Nadi zeptá: „A nechce se vám čůrat?“ Naďa posuňkem dá najevo, že je dotaz mimo mísu a pohrouží se znovu do sebe a sbírá energii na další kontrakci. Alena, aniž by ji Václav instruoval, automaticky přechází ke skříňce s materiálem za hlavou rodičky a podává Václavovi sterilně zabalenou cévku. Václav se snaží zavést cévku Nadě do močové trubice, ale nejde mu to na první pokus. V jednu chvíli si pro sebe říká: „Jsem snad slepej, nebo co“. Povede se a cévkou vychází moč na podložku, která je položená na snížené části porodního lůžka pod rozkrokem ženy. Z množství moči je patrné, že močový měchýř byl skutečně plný a mohl bránit hlavičce dítěte v sestupu.

Václav s Alenou zde uplatňují svoje vědění o porodu: nelze-li ženě vytlačit hlavička z porodních cest, může to být způsobeno plným močovým měchýřem. Nadino tělo jí ve vypjatém stádiu porodu zřejmě nevysílalo signály o plném močovém měchýři, v jejím porodním vědění tedy potřeba vyprázdnit močový měchýř nebyla obsažena.

Václav vysvětluje, že „budeme chránit hráz, ať nemusíme stříhat.“ Přichází další kontrakce a Václav vkládá prsty do vagíny. Naďa má tlačit proti prstům, jako by je chtěla vytlačit ven. Naďa tlačí ze všech sil. „Tak a pořádně se na to naštvěte,“ radí Alena, jak pocitově zvýšit intenzitu tlačení. K většímu tlačení zároveň povzbuzuje i Václav.

Porodní asistentka zde instruuje spíše v pocitových termínech, zatímco lékař v instrukcích ženě užívá věcný popisný jazyk. Emocionální, místy až mateřský jazyk (včetně empatického či inkluzivního plurálu – „*my rodíme“ apod.*) jsem pozorovala u většiny porodních asistentek.

Nadin partner mlčí, stále stojí po boku své ženy. Narodí se hlavička. Václav s Alenou hned vybízejí Naďu k dalšímu tlačení, ale ta nabírá dech a síly po

dlouhé kontrakci. Po chvilce tlačí znovu, podle projevu jejího těla odhaduji, že mimo kontrakci. „Ještě, ještě, ještě," povzbuzuje Alena Naďu téměř šeptem jako jakési tiché skandování na zápase. Václav krouží prstem okolo hráze, respektive ramínek dítěte. Porod tělíčka trvá jistou chvíli, Václav konstatuje: „No to bude švestka".

Václav projevuje své porodní vědění předpovědí barvy kůže rodícího se dítěte založené na tom, že mezi porodem hlavičky a těla dítěte je časová prodleva.

Dítě se postupně narodí celé, Václav vytahuje ramínka či končetiny. Zachytí ho, pokládá na bok na jednorázovou podložku na „stolečku", sestra v pohotovosti vyskakuje. Je pár minut po poledni.

Dítě začne křičet, kůži má zabarvenou do fialova. PA vyhrnuje Nadě košili až nad prsa a předává si od Václava dítě, které ihned obloukem pokládá ženě na břicho. V okamžiku, kdy se novorozené dítě dotkne jejího břicha, se Naďa škytavě rozpláče zvláštním pláčem, v kterém se mísí nesmírné fyzické vypětí, smích i úleva. „No ty's mi tedy dala," říká první větu své dceři Naďa. Její dcera se zcela uklidnila a pozoruje tvář své matky. Otec se naklání nad ženu s dcerou. Působí na mě jako tichá, klidná síla, mezi ženu a dceru nijak nevstupuje, nechává je, aby se seznamovaly navzájem. Pláč ženy mě dojal, stejně tak zrození dítěte. Můj pohled se setká s významným pohledem doktora Václava. (Jeho pohled interpretuji jako slavnostní nad právě nastalým zázrakem zrození, který zprostředkoval neznámé studentce, nebo tento pohled mohu číst jako vítězoslavný pohled sportovce, který právě vyhrál závod. S interpretací tohoto pohledu jsem na vážkách a ponechám ji tedy stranou (dodatečná poznámka)). Nahé dítě je stále v náručí matky. Napadá mě, že je tady poměrně chladno, při delších prostojích bez pohybu je mi samotné zima, a překvapuje mě tedy, že novorozené dítě nikdo ničím nepřikryl. Sestra z novorozeneckého čeká u Nadiny levé nohy s jednorázovou rouškou rozprostřenou v otevřeném náručí. Zdá se, že nikdo nikam nechvátá. Václav s Alenou diskutují mezi sebou váhu děťátka. Václav váhu správně odhaduje, jak se později ukáže, a v krátké úvaze nahlas zamumlá, že matka měla těhotenskou cukrovku, takže větší plod - 3,6 kg - odpovídá. Ptá se Nadi na váhu předchozích dětí, prý 3 a 3,2 kg. Oba zdravotníci reagují, že se jedná o větší děti, a potvrzují si tak, co prve odhadovali.

Váha dítěte hraje důležitou roli v systémech vědění všech aktérů – zde mám na mysli především zdravotníky a matky a jejich partnery. Důležitost znalosti údaje o porodní váze dítěte vystihuje následující výrok jedné ženy bezprostředně po porodu: „*No já mu [otci dítěte] ještě nevolala [že se dítě narodilo], dyť ani nevim, kolik váží." (Nina, duben 2017)*

Poté dávají svorky na pupečník a připravují nůžky. Podávají je Nadinu partnerovi. Je hodně tuhý, musíte přitlačit, instruují muže předem, aby ho nepřekvapila poměrná obtížnost tohoto úkonu. Dítě se při přerušení pupečníku znovu rozkřičí. Jemným natřásáním a slovním chlácholením ho matka uklidňuje. Sestra se Nadi ptá, zda si může dítě už „půjčit". Tatínek půjde se mnou, ubezpečuje Nadina partnera a poradí mu, že si s sebou může vzít fotoaparát. Muž zamíří pro přístroj k taškám, které mají položené u postele, a odchází se sestrou s dítětem v náručí na místo, kde se ošetřují a váží novorozenci.

Fenomén technologií u porodu se zdaleka nevztahuje jenom na lékařské (diagnostické a zobrazovací) technologie. Používání osobních mobilních telefonů a fotoaparátů na porodním sále je zajímavou oblastí k dalšímu výzkumu.

> *Naďa dítě předala sestře bez známek nesouhlasu a nyní odpočívá opřená o polosklopené lůžko, na tváři mírný úsměv. Celá situace působí velmi ležérně, nenuceně. Václav stále stojí u Nadiných rozkročených nohou a v nastalém tichu asi cítí Naďa potřebu něco říct. „Děkuju, že jste se mnou byl tak trpělivej," říká s výrazně omluvným tónem hlasu. Václav hned zakroutí hlavou či mávne rukou, aby dal najevo, že omluvný tón rozhodně není na místě. „Né, rodila jste moc pěkně," ohodnotí její vrcholový fyzický i psychický výkon shovívavě a smete ze stolu tak svou dřívější kritiku jejího tlačení.*

Omluva zdravotnímu personálu ze strany rodičky – formulovaná přímo verbálně či nonverbálně v tónu hlasu – zazněla u většiny porodů, kterých jsem byla v manovské porodnici svědkem (v jednom případě i u císařského řezu).

> *Čeká se na porod placenty. Václav prohmatá Nadě břicho se slovy, že se děloha již zatahuje, vezme opatrně za pupečník, na němž zůstala svorka ze stříhání – tu předtím opřel o hranu porodního lůžka tak, aby pupečník vedoucí z vagíny byl v nataženém stavu. Zkuste zatlačit, říká Nadě, a s mírným povytažením vychází opravdu celá placenta. Naďa vyslovuje přání, že jí chce vidět, že ji ještě u předchozích porodů neviděla. Alena hned ochotně ukazuje placentu a popisuje její část přirostlou k děloze, blány chránící miminko a podobně. Naďa na ni se zvednutou hlavou nakukuje mezi roztažené nohy. Všimnu si, že její břicho je výrazně menší, zvlněné a trošku zmuchlané, jak se napnutá kůže povolila. „Chcete jí?" slyší Naďa i já, jak se ptá Václav. Naďa nesouhlasně vrtí hlavou, že [placentu s sebou domů] nechce, „co bych s ní dělala," ptá se. Václava odpověď zmate, ve skutečnosti se totiž ptal „chcete jít", míněno ambulantní porod. Situace se vysvětluje a ode všech přítomných včetně mě se ozve mírný smích. Ano, chtějí odejít, jestli je vše v pořádku, prohlašuje Naďa.*

Nevím, na základě čeho Václav odhaduje, že Naďa požaduje ambulantní porod, tj. odchod z porodnice po porodu bez hospitalizace na oddělení šestinedělí. Je možné, že Naďa tento požadavek sdělila porodní asistentce dříve nebo že předložila *porodní plán*.

> *Zrovna vchází Nadin partner se zavinutou dcerou v náručí. Jé, ta je modrá, zhrozí se Naďa, když spatří dceru v bílé peřince. No švestka, přidává se Václav. Nadin partner se ho ptá, zda to znamená, že byla jako přidušená? Ne, to je tím, jak se tam zachytí pupečník, když se narodí hlavička a ještě zůstane v porodních cestách tělíčko. Podle Václavova věcného tónu soudím, že se nejedná o žádný patologický jev.*

Václavovo porodní vědění akumulované studiem a dlouholetou profesní porodnickou zkušeností obsahuje vysvětlení jevu, pro který Naďa a její partner vysvětlení nemají. Nadin partner ve svém vědění spojuje tmavofialovou barvu kůže novorozené dcery se zdravotní

komplikací. Václav *ví*, že se o patologii nejedná a rodiče uklidňuje. Uklidňující ujištění podložené expertním vědění je jednou z motivací, proč ženy vyhledávají péči experta-porodníka, „který ví“, u svého porodu. „*Raději být tady, než doma a nevědět.“ (Nikola, listopad 2017)*

> *Rodiče se ptají, jak dlouho bude mít takovou barvu. Týden, čtrnáct dní, zarazí je Václavova odpověď. Interakce osob na sále postupně ustává, rodiče s novorozencem obrací svou pozornost na sebe. Odcházím beze slova nenápadně z místnosti, protože můj pocit nadbytečnosti už pro mě není únosný. Vzápětí mě na chodbě dochází Václav s komentářem, že jsem teď [konečně] viděla hezký porod. Přitakám a děkuji mu za takovou možnost. Chvatně míří do převlékárny, od Aleny vím, že má krátce po poledni provádět nějaký zákrok na jiném oddělení, už jde tedy pozdě. V rychlosti se loučíme. (Alena a Václav, listopad 2017)*

Jak můžeme vidět na příkladu vylíčeného porodu, v porodnici se setkávají různí aktéři disponující různým věděním o porodu. Ženy do porodnice přicházejí, aby na jejich rození dítěte dohlížel někdo, kdo *má* expertní vědění – legitimizované dominantní autoritativní vědění, které je výlučné tím, že „vlastníkům“ technologií poskytuje znalost je ovládat. (Hasmanová Marvánková, 2008; Jordanová 1997) Nemusí se nutně jednat pouze o užívání elektronických přístrojů, podobnou moc propůjčují expertům no-tech Tinková například hovoří o procesu oddělování „vyššího“ expertního porodního vědění lékařů-mužů od „nižšího“ babického vědění ženského, který započal v době osvícenství spolu se zrodem porodnictví jako lékařského oboru, v němž se expertní vědění od vědění porodních bab nevydělovalo pouze hlubší medicínskou znalostí fyziologie apod., ale rovněž užíváním nástrojů při porodu (Tinková, 2014).

3.3 Porodní vědění: autorita a přesvědčení

Při pobytu v terénu jsem zkoumala hierarchický vztah mezi věděním porodních asistentek a porodníků. Sledovala jsem odlišnosti jejich systémů vědění a stejně tak i prvky společné oběma typům vědění. V krátkém časovém rozmezí mého výzkumu jsem ani jednou nebyla svědkem konfliktu mezi porodním věděním asistentek a lékařů. Pozorovala jsem pouze napětí při vyjednávání mezi některými ženami-rodičkami a porodními asistentkami či lékaři. Kolidující jednání porodních asistentek s jednáním lékařů nastalo jedině, vytvořila-li porodní asistentka alianci se ženou a sporné tedy byly odlišné představy lékaře a rodící ženy. Nejednalo se o dramatické mezilidské konflikty, spíše o vyhýbání se konfrontacím. Náznaky takové aliance jsem zachytila třeba v tomto vyprávění:

> *„Někdy, když chce [žena] alternativní polohu, zavoláme doktora schválně pozdějc,“ a pokračuje, „některé maminky doktora vůbec nechtějí, jen asistentku,*

tak ho zavoláme třeba až pozdějc, po porodu, nebo se s ním předem domluvíme, že ho zavoláme až po porodu.“ (Alena, listopad 2017)

Neodhalila jsem diskrepanci mezi systémy porodního vědění profesních skupin aktérů porodu (porodních asistentek a lékařů), ale setkávala jsem se s konflikty a diskrepancemi mezi systémy porodního vědění *jednotlivců.* To ostatně ilustruje Alenčino povídání, které předcházelo ukázce výše:

Poloha, kterou žena zaujme na samotný porod dítěte „záleží na lékaři“, někdo nechce rodit v jiné poloze [než gynekologické]. „Některý doktor třeba řekne: ‚Na všech čtyřech rodit nebudu.‘“ (Alena, listopad 2017)

„Někteří porodníci prostě nemají rádi vaginální porody,“ Ptám se proč? „Lenost, pohodlnost, strach,“ s odmlkami jmenuje důvody. Strach nechat ženu rodit déle, vysvětluje. (…) „Je tam [v porodnici v jiném městě] lékařka, ta posílá [ženy s plodem v poloze koncem pánevním] na císaře furt. Ty ženy pak jedou sem [do Manova] a normálně u nás porodí.“ (Vanda, duben 2019)

„Víte, že za 20 min. máte hotovo a dopadne to dobře. Kaiser [=císařský řez] je jistota. Ne stoprocentní, ale veliká, že to dopadne dobře.“ (Václav, duben 2019)

Co pro jednoho lékaře – uvažujícího v mantinelech autoritativního vědění o porodu – je indikací k císařskému řezu, pro druhého lékaře není – ač se rozhoduje ve stejném systému porodního vědění kodifikovaného doporučenými postupy České gynekologicko-porodnické společnosti a v rámci stejného formálního vzdělání. Myslím, že následující informantky vystihují tyto rozdíly v expertním porodním vědění jednotlivců příhodným termínem *přesvědčení:*

„Když o tom ten doktor není přesvědčenej, tak to ani nenabídne [obrat zevního plodu, revizi dělohy po zamlklém těhotenství].“ (Alžběta, duben 2019)

„Já dělám, o čem jsem přesvědčená. Ale netvrdím, že je to perfektní. Každej [lékař] dělá podle přesvědčení.“ (Vanda, duben 2019)

Má zjištění mě vedou k závěru, že expertní vědění o porodu je významně individualizované. Fráze *„je to o lidech“* zazněla v terénu z úst porodníků, porodních asistentek i těhotných žen nesčetněkrát a prizmatem konceptu autoritativního vědění odhaluje novou významovou vrstvu. Odlišnost každého porodu není dána pouze odlišností každé rodící ženy, ale také odlišným nakládáním s autoritativním věděním každého nositele. Autoritativní vědění o porodu rámuje rozhodování a jednání nositelů autoritativního vědění, ale v mnoha případech neposkytuje jednotnou šablonu pro konkrétní rozhodnutí a konkrétní

činy. Ty definuje osobní přesvědčení[23] v rámci autoritativního vědění. Biomedicínské porodní vědění zastává nadřazenou autoritativní pozici nad jinými systémy porodního vědění, ale v jeho uplatňování jsem byla svědkem variability pramenící z osobního přesvědčení jeho nositelů. Autorita dominantního vědění naráží na limity tehdy, když se rozchází s osobním přesvědčením aktérů. Nebo obráceně, pro jedince je vědění autoritativní tehdy, když jsou o něm osobně přesvědčeni.

Pod pojmem osobní *přesvědčení*, který mí informanti z řad zdravotníků často skloňovali, rozumím soubor znalostí z vlastní profesní a životní zkušenosti a profesních hodnot a životních postojů, na jejichž základě jsou činěna rozhodnutí v otázkách, v kterých je autoritativní vědění mnohoznačné a nebo které vůbec nezahrnuje. Porodní asistentka Anna například na základě vlastní zkušenosti počtu a frekvence porodů ve svém pracovišti dedukuje souvislost mezi porody a lunárním cyklem, kterou se zdroje expertního porodního vědění nijak nezabývají:

> *„Hodně se rodí kolem úplňku, dva dny před a dva dny po – jsme všichni s ním spjatý, s měsícem.“ (Anna, listopad 2017)*

Vlastní porodní zkušenost může ovlivnit profesní praxi zdravotnice a modifikovat její porodní vědění:

> *Aneta mi říká, že má dvě děti a po svých porodech „něco přestala dělat [rodícím ženám], co třeba je bolestivý“. (Aneta, duben 2019)*

Jsem přesvědčena, že osobní přesvědčení může být produktem plurality vědeckého poznání na poli biomedicíny. Autoritativní biomedicínské vědění poskytuje v současné době lékařům a porodním asistentkám příliš široký rámec pro rozhodování a řešení problémů v každodenní praxi. Rovněž se neustále aktualizuje a mění:

> *Václav o zevním obratu: za nás byl zakázanej, to byl největší hřích, za to by nás na škole vyhodili. Kvůli riziku abrupce[24] placenty. Teď se zase vrací kvůli snižování počtu císařů. (Václav, duben 2019)*

Později Václav asistuje jinému lékaři při provádění obratu. Strategie praxe, o které mluví Václav, se změnila: jménem snahy o snižování míry císařských řezů manovská

[24] Předčasné odloučení placenty je život ohrožující stav, při kterém začne placenta uvolňovat od děložní stěny a přestane zásobovat plod živinami a kyslíkem. Zpravidla je doprovázená masivním krvácením matky.

porodnice nabízí ženám, jejichž dítě je v poloze koncem pánevním, proceduru, kdy porodník zevními hmaty otočí dítě v břiše.

> *„Ta [jméno lékařky z jiné porodnice] posílá na sekci kvůli rozměrům pánve. Ale to já vůbec nedělám, pelvimetrie se už dneska vůbec nedělá, to je tak zastaralá metoda," diví se. (Vanda, duben 2019)*

Vedle formálního vzdělání a doporučení ČGPS dává autoritativnímu vědění rámec ještě jedna autorita: primář. V hierarchizované struktuře porodnic mají primáři gynekologicko-porodnických oddělení značný vliv na způsob, jakým jsou porody na jejich pracovišti vedeny. Šmídová (2015b) hovoří o "všemohoucnosti" primářů, jejichž přístup k porodu určuje praxi všech podřízených. Primář částečně redukuje pluralitu možných porodnických praktik. Na osobnost a přístup primáře se několikrát odvolávali mí informanti z řad zdravotníků. Na základě dat nemohu u manovského primáře hovořit o „všemohoucnosti", ale nepochybně má značný vliv na rozhodovací úzus manovských porodníků a porodních asistentek a na způsob komunikace personálu s pacientkami: *„Dřív jim nechtěl císaře dělat (...) teď jim ho děláme", „Primář má takovou teorii (...) váhové odhady vůbec nedělat," „Každý má jiné porody, XY má víc císařů, primář víc vyčkává."* Z výpovědí zaměstnanců gynekologicko-porodnického oddělení jsem vnímala úctu a obdiv vůči jeho osobě. Myslím si, že pro některé byl primář jakýmsi profesním vzorem. Porodní asistentky ho popisují slovy jako „*klidná síla*", „*trpělivej", „kolikrát porody nejdou a on přijde a do deseti minut to jde."* I na mě působí velmi klidně a otcovsky – nikoli paternalisticky:

> *Lékařka Věra shledává, že při kontrakci zalézá hlavička (...) Volá primáře. Ten přichází v civilu jako sedmá osoba přítomná na sále. Vyzařuje z něj klid, o kterém mluvily porodní asistentky. Takřka otcovsky pohladí Natašu v porodní agónii po lýtku,jako by jí vyjadřoval účast s její bolestí. Obejde ji za její hlavu, kde je skříňka s rukavicemi, nandá si rukavici a vrátí se k rozkročeným nohám Nataši. Začne vyšetřovat. „Máte teď kontrakci?" Ujišťuje se. Skrze vyšetření indikuje císařský řez. (...) V momentě, kdy zaznívá primářova indikace, PA Nataše píchá prostředek na utlumení kontrakcí do kanyly s vysvětlením a sál se kromě dvou pozorovatelů (mě a jiné zdravotnice z jiného oddělení) rychle vyprázdní. Zůstane jen na křesle ležící žena s intenzivními kontrakcemi. Rozpláče se. Odněkud se objevuje primář, zřejmě si předtím sundával rukavice. V reakci na ženino rozpoložení jí otcovsky pohladí po tváři s konejšivými slovy „děláme to pro miminko, ten císař". Vysvětluje jí, že miminko má hlavičku větší, než „je ta dírka ve vaší pánvi". Nataša se uklidňuje, přestává plakat. PA rovněž konejší Natašu a odvolává se na údaje z monitoru, který zobrazuje srdeční akci kolem 130, tedy normální hodnotu. „Miminku je teď dobře," chlácholí Natašu, „jenom při tlačení mu není dobře." (Anna, Nataša, Věra a primář, listopad 2017)*

Ostatně právě primářovu otevřenému a vstřícnému postoji vděčím za velmi svobodný přístup do uzavřeného oddělení porodnice. Na mou otázku, proč dělá porodnictví, se rozzáří: *„Protože je krásný.“*

Domnívám se, že expertní vědění manovských porodníků a asistentek je téměř totožné, protože čerpá ze stejných zdrojů biomedicínského poznání, jen ho každá profesní skupina uplatňuje v jiné oblasti porodní péče. O „rozdělování těla rodičky na dvě zóny“ píše Jordanová ve své studii již v roce 1987. Rozdělení ženy na část od pasu nahoru a od pasu dolů je patrné i v porodu popsaném v podkapitole 3.2.3.[25] Rozdělení kompetencí porodních asistentek a lékařů ho do jisté míry reflektuje. Obě profesní skupiny (porodní asistentky i porodníci) nahlížejí porod jako lineární proces vyhodnocovaný v centimetrech otevření děložního čípku. Porodu připisují obě skupiny stejné atributy: *nepředvídatelný („všechno se může ve vteřině změnit“), potenciálně nebezpečný, způsobující trápení („rodící žena se trápí“ „nechat ji zbytečně se trápit“), s nejistým výsledkem (*srovnání vaginálního porodu s císařským řezem: „*Kaiser je téměř jistota“).* Každá skupina ale uplatňuje své expertní vědění v různých oblastech definovaných odlišným formálním vzděláním a odlišnou strukturální pozicí obou skupin aktérů (více viz např. Hrešanová 2007). Strukturální pozici své profese mí informanti přímo spojují s *právní odpovědností za výsledky porodu*:

> *„Chci mít někoho, doktora, kdo by mě kryl, kdo mi pomůže. Taky sama někdy nevim. Taky si to odvedu sama, porodim i placentu, doktor jen přijde, že je všechno v pořádku. Ale někdy nevim a doktor přijde, zaseknou se ramínka, on to vyřeší.“ (Alžběta, duben 2019)*

Porodní asistentky i porodníci se tedy shodují na modelu, ve kterém rozhoduje o porodu porodník a za svá rozhodnutí a činy odpovídá. Tento model dává porodním asistentkám poněkud odlišnou úlohu. Ony uplatňují autoritativní vědění nikoli za účelem samostatného rozhodování a jednání, ale k zajišťování legitimních informací (podkladů) pro rozhodování a jednání porodníka.[26] Obstarávají záznamy CTG, zjišťují, *na kolik je* rodící žena *otevřená,* sepisují její anamnézu, informují lékaře o jejím stavu a pomocí

[25] Rozdělení ženina těla na zóny je obzvláště markantní při zavádění epidurální analgezie rodičce: *„Ženino tělo je rozděleno do oblastí, na něž jsou zdravotníci specialisté, a na tyto oblasti zdravotníci reagují. PA sleduje oblast břicha, obličeje, stojí u ženy ze předu, komunikuje s ní tváří v tvář. Anesteziologický tým stojí za ženinými zády, kde provádí zavádění epidurálu, a reaguje na ženiny komentáře týkající se zad.“* (mé terénní poznámky)

[26] Vliv na uspořádání tohoto modelu má i česká legislativa. Ta opravňuje k indikaci léčiv pouze lékaře, nikoli porodní asistentky. Rozhodování o medikaci k řešení různých stavů tedy porodním asistentkám zákon nepovoluje.

enkulturačních praktik (Hrešanová 2007) seznamují ženy s normami a hodnotami instituce porodnice a zajišťují, aby ženy přijaly rozhodovací moc lékaře nad svým porodem.[27] Tento model není ovšem rigidní a v reálném provozu porodnice se od něj mohou jednotliví aktéři odchylovat. I v tomto modelu hraje roli *osobní přesvědčení* aktérů (projevované např. defenzivním nebo vyčkávacím přístupem). Porodní asistentky hovoří o tom, že některé lékaře ve službě musejí informovat o probíhajících porodech výrazně častěji (*„[jméno lékaře] si to chce porodit sám“)* než jiné lékaře, kteří očekávají, že je porodní asistentky kontaktují pouze v případě komplikací.

3.3.1 VALIDITA VĚDĚNÍ RODIČEK

> *„Oni si to načtou na těch internetech… Čím víc informací ženská má, tím je to horší. To, co si načtou, je činí nejistějším (sic).“ (Anežka, duben 2019)*

Zdravotníci se často vyjadřovali k porodnímu vědění žen - rodiček. Většina z nich jej zmiňovala v souvislosti s nevhodnými zdroji, které si ženy pro ustavování svého vědění vybírají. Pracovně jsem zdravotníky popisované zdroje nazývala emickým termínem „*ty internety“*:

> *Ptám se, co si myslí, že ženy na „těch internetech“ čtou. „Ty největší blbosti,“ ihned je hotov s odpovědí Václav. Andrea neví, co ženy čtou, obrátí se tedy na ženu, která sedí na příjmu na monitoru: „Co tak čtete, Modrýho koníka?“ Žena kroutí hlavou, že radši nečte nic. „To dobře děláte,“ směje se Andrea. (Andrea, Václav, duben 2019)*

> *„Dnes ženy víc ví, přečtou si to na internetu, ale někdy je to spíš kontraproduktivní. Víc mají načteno, ale míň si věří.“ (Adéla, duben 2019)*

> *„Načtou si, že nic nechtějí, nic proti bolesti. Některé pak bývají v panice z reálné bolesti, takovou nečekaly.“ (Alena, listopad 2017)*

Ne všichni zdravotníci ale považují online zdroje porodního vědění žen za nelegitimní nebo škodlivé pro zvládání porodu. Lékařka Vanda považuje za zbytečné indikovat císařský řez pouze z důvodu předchozího porodu císařským řezem. Kladně hodnotí, když si ženy po sekci před dalším porodem rozšíří svoje porodní vědění:

> *„K nám chodí [ženy] rodit vaginálně po císaři, víc si o tom přečtou a císaře už nechtějí.“ (Vanda, duben 2019)*

[27] Příkladem enkulturační praktiky je vyjednávání porodního plánu (viz 3.2.2) nebo prohlídka porodnice (viz 3.1 a 3.3.1).

Rodící ženy mají na rozdíl od všech ostatních aktérů porodu jedinečný zdroj vědění o těhotenství a porodu: své tělo. Některé těhotné ženy, s kterými jsem se v porodnici setkala, uplatňovaly toto vědění pro odhad blížícího se porodu nebo pro rozhodnutí jet do porodnice, ač u sebe nepozorovaly jednoznačné známky porodu jako kontrakce nebo odtok plodové vody. Rodička Nikola mluví o „*tušení"* které pociťovala před nocí, kdy jí ve spánku začala odtékat plodová voda, „*ani se mi nezdály sny"*. Porodní asistentky i lékaři se na toto intuitivní a tělesné ženino vědění odvolávali, když se s ženami loučili po předporodní kontrole slovy: „*kdyby se vám něco nezdálo, tak přijeďte."* Ženino vědění o beztak nepředvídatelném porodu pro ně mělo legitimitu.

Porodní asistentky spoléhaly na ženino tělesné vědění, když chtěly zjistit lokalitu bolesti a podle ní určit kvalitu kontrakcí a fázi porodu: „*Kde to bolí, na zadku, celé břicho nebo jen nahoře v břiše?"* Postup porodu hodnotily také na základě zvukových projevů žen při kontrakci. Na ženino tělesné vědění byli plně odkázáni anesteziologové při zavádění epidurální analgezie, když chtěli zjistit, zda a jak moc analgetikum zabírá. Podobně byl odkázán na tělesné vědění ženy operatér-porodník při císařském řezu ve spinální nebo epidurální anestezii. Než zahájil řez, zkoušel štípnutím pinzety citlivost ženina břicha. V ten moment se plně spoléhal na informaci, kterou mu podala žena o míře znecitlivění tkáně jejího těla.[28]

V situacích, kdy ženino tělesné vědění nebylo jediným zdrojem zjišťované informace, například o přítomnosti či síle kontrakcí, ale zjišťoval ji souběžně přístroj – autoritativní zdroj vědění, ženy své tělesné vědění slaďovaly s údaji z přístroje.

> *Monitor ukazuje srdeční frekvenci plodu 143. PA se při zobrazované hodnotě ujišťuje: „miminko je teď v klidu, že?" „No, trochu se mrská," odvětí žena a nejistě pohlédne na údaj na monitoru. Poté opravně dodává: „Trochu…" (Alena, Naděžda, listopad 2017)*

V situacích jako tato, kdy docházelo k diskrepanci mezi tím, co ukazoval přístroj a tím, co žena cítila (typicky když monitor ukazoval kontrakci a žena žádnou necítila, nebo naopak prodýchávala bolestivou kontrakci, zatímco se hodnota z tokografu nijak

[28] Na závislost západní medicíny na tělesném „sebe-vědomí" pacientů upozorňuje Molová a Law (2003) a ukazuje ho na příkladu pacientů s diabetem, které lékaři povzbuzují, aby si vytrénovali schopnost vycítit blížící se hypoglykémii.

nezvyšovala), přisuzovali zdravotníci legitimitu výhradně technologickému zdroji. Někdy tak činily i ženy a samy regulovaly svou tělesnou zkušenost podle údajů z přístrojů.

Ženinu vědění tedy připisovali zdravotníci validitu tehdy, když byla žena jediným zdrojem informací o porodu. Pakliže se její vědění dostalo do rozporu s autoritativním zdrojem, např. přístrojem, ztratilo svou legitimitu. Nutno dodat, že v takových případech vlastní tělesné vědění ženy někdy ztrácelo svou validitu i u ní samé.

3.3.2 AUTORITATIVNÍ BYROKRACIE[29]

Důvody, proč je společenským konsensem legitimizován některý systém vědění na úkor jiných, delegitimizovaných systémů, vysvětluje Jordanová (1997) tím, že převládající systém vysvětluje stav světa pro dané účely lépe (je efektivní) nebo protože se s ním pojí silnější mocenská základna (je strukturálně nadřazený). Nebo obojí. Porodnice je institucionalizovaným vlastníkem lékařských technologií (ty zajišťují efektivitu porodů) a jako instituci je jí přiznána byrokratická moc (ta jí zajišťuje nadřazenost). Zároveň ale této byrokratické moci podléhá. Rozšiřování moci byrokracie nad lékařskou praxí pozoruje také Hrešanová (2007). Domnívám se ale, že byrokratická moc má významný podíl na zajištění strukturální nadřazenosti porodnice nad jinými porodními systémy.[30] Prostřednictvím různých formulářů a evidencí, které jsou „povinně" vymáhány od příchozích rodiček, plní porodnice státem nařizované povinnosti sběru těchto dat. Někdy jsou tyto povinnosti naplňovány přísněji, než vyžaduje stát, kvůli sladění vnitřních strukturálních procesů porodnice:

> *Ptám se jich, proč potřebují předem od nastávajících rodičů znát jméno nenarozeného dítěte a vyžadují jeho vyplnění do formuláře pro matriku již před porodem. Asistentky se zamyslí. Po chvíli přemýšlení odpovídají: „My to nemusíme mít, ale na novorozencích je potřebujou nějak zapsat do počítače." (Anežka a Alžběta, duben 2019)*

---

[29] Termín „byrokracie" zde používám jako označení pro neosobní (plošně platná) pravidla a administrativní požadavky vztahující se k porodní péči.

[30] Upevňování hegemonie porodnic pomocí byrokracie je patrné na příkladu dokumentace porodů mimo zdravotnické zařízení. Oficiální formuláře (např. *porodopis* nebo statistické hlášení) nejsou přizpůsobené této možnosti. Na legitimizaci nemocniční porodní péče a delegitimizaci mimonemocniční péče se podílejí rovněž matriční úřady. Jejich pracovníci se často zdráhají vydávat rodné listy dětem narozeným mimo porodnici, protože informace uvedené ve vyžadovaných podkladech vyplněných porodní asistentkou poskytující péči mimo porodnici či rodiči (např. o pohlaví dítěte) nepovažují za dostatečně věrohodné. Více viz např. veřejná ochránkyně práv Šabatová (2014), o institucionálním přehlížení mimonemocničních porodů hovoří také Slepičková, Šlesingerová a Šmídová (2012).

Potřeba vytváření dokumentace přímo ovlivňuje podobu poskytované péče a do jisté míry určuje náplň práce porodních asistentek i lékařů. Dva kancelářské stoly s počítači v „ordinaci“ porodních asistentek – *příjmu* – dokládají klíčovou roli tvorby psaných záznamů v pracovní rutině porodních asistentek. Jedna z porodních asistentek např. vysvětluje pacientce důvody sepsání *předpříjmu*, tj. sepsání anamnézy těhotné a formulářů pro matriku stanovujících jméno dítěte a jeho otce:

> *„Vyplníme to tady v klidu, když nejsou bolesti. Pak někdy nám tatínek vyvádí, co se paní vyptáváme, když má bolesti, ale my to administrativní mít musíme. A samozřejmě lepší před porodem než po něm.“ (Andrea, duben 2019)*

Byrokratická povinnost není kladená pouze zvenčí porodnice. Je rovněž prostředkem vyjednávání pozic ženy, jejího doprovodu a zdravotníků.

> *Žena předem podepisuje bianco formulář o hlášení na matriku ve třech výtiscích, bianco souhlas s hospitalizací, přítomností studentů u porodu a souhlasem s nahlížením do dokumentace v případě kontrol. Poslední dva jmenované PA vysvětluje. Nyní může žena udělit souhlas, stejně se při porodu aktuálně ptají, zda student nevadí. „pokud si nesednete, nebude vám sympatická, tak můžete odmítnout.“ (Agáta, duben 2019)*

Podpisem těchto dokumentů se žena formálně podřizuje nemocničním pravidlům – bez podepsaného souhlasu s hospitalizací by bylo poskytování porodní péče ženě jen těžko myslitelné. Zároveň jí formuláře propůjčují vliv na počet přítomných osob u jejího porodu – nesouhlasem s přítomností studentů má možnost počet snížit. Stejně tak se písemně zavazuje k podřízení nemocničním pravidlům doprovod ženy – dokument musí podepsat v šatně před vstupem na chodbu porodnice (viz 3.1).

Tvorba zdravotnické dokumentace tvoří významnou součást pracovní náplně asistentek i lékařů, mnohdy na úkor vlastní zdravotnické práce. Po komplikovaném císařském řezu operatér popisuje následnou náplň práce takto:

> *„(...) Informoval jsem příbuzné a pak vypisoval papíry. Těch je tolik, že to se vypíšou papíry a jde se pak už domů. Vždycky se vypisují papíry hned po operaci. A tentokrát jich bylo ještě více než obvykle, protože bylo třeba jí kvůli pobytu při první pooperační noci na ARO vypsat propouštěcí zprávu a související dokumenty. Dnes ji zase překládají zpět na gynekologii, už jsem vypsal příjem.“ (Václav, listopad 2017)*

Ke tvorbě dokumentace je potřebné mít kvantifikovatelné údaje. Takovým údajem může být papírový záznam z *monitoru* CTG se zaznamenanou křivkou srdeční akce plodu a

děložní aktivity. Potřeba takových údajů přímo ovlivňuje frekvenci užívání technologií, které záznamy vytváří. PA Alena hovoří o frekvenci natáčení CTG záznamů takto:

> *Vysvětluje mi, proč jsou monitory třeba: „Abychom něco měli, abychom byli krytí.“ Tady v Manově je dělají „po patnácti minutách“, vysvětluje mi. Někdy to přesně nedodržují, když je žena např. ve sprše, tak počkají a monitorace se dočká třeba až za 20 minut. „Spíše tady člověk dělá i navíc,“ připouští, „aby se kryl.“ Její konstatování zní poněkud smutně, krčí rameny a tváří se, že mluví o pracovních podmínkách, v nichž je každý její krok podroben případné stížnosti a ovlivněn hrozbou žaloby. (Alena, listopad 2017)*

Motiv potřeby „mít něco v ruce“, tzn. údaj pro zapsání dokumentace, se objevuje často v souvislosti s odůvodňováním vaginálního vyšetřování a rutinní monitorace CTG během porodu. Tak například poučuje PA rodičovský pár během prohlídky porodnice, když zjistí, že žena v těhotenství odmítla monitor ve 34. týdnu u svého obvodního gynekologa:

> *„Ale tady u porodu to nejde [odmítnout CTG]. Tu jsme v nemocnici, tak některý věci jsou nutný.“ Pár souhlasí, že CTG u porodu odmítat nebudou. „Ale na ultrazvuku jste byla?“ ujišťuje se PA, že žena neodmítla i další vyšetření. Ano, byla, žena vypráví, že chodila na UTZ na jiné pracoviště, její gynekolog nemá UTZ. „Nemá ultrazvuk? Gynekolog bez ultrazvuku, to snad ani nejde,“ diví se PA. (Alžběta, duben 2019)*

Odmítáním rutinní kardiotokografické monitorace a vaginálního vyšetření znemožňuje žena zdravotníkům vytvářet dokumentaci a zjišťovat údaje, které jsou pro jejich rozhodování podle autoritativního vědění klíčové:

> *„Ať si rodí doma, co my máme tady dělat, když nic nechtěj.“ Negativní reverz, pokračuje, v tomto případě nemá žádnou platnost, vysvětlovali jim to na školení. A pak by je nespokojení rodiče žalovali, kdyby se stalo něco miminku. (Anna, listopad 2017)*

4 ZÁVĚR

Porod začíná již v těhotenství – vyjednáváním a rozhodováním o něm. Průběh porodu pak významně ovlivňují rozhodnutí a jednání jeho aktérů. Rozhodnutí týkající se porodu zakládají na tom, co o porodu vědí. Abych mohla zkoumat, co aktéři vědí o porodu a jak projevují své porodní vědění, uskutečnila jsem etnografický výzkum v jedné české porodnici. Pozorovala jsem těhotné a rodící ženy, jejich partnery, porodní asistentky a lékaře, jak porod zjednávají a jak vyjednávají vědění o něm. Prizmatem porodního vědění jsem zkoumala, jak prostor porodnice a materiální vybavení strukturuje rozhodování a jednání aktérů porodu, jaké místo mají aktéři v mocenské struktuře porodnice a jak se liší a je praktikováno porodní vědění jednotlivých aktérů.

Analyticky užitečným teoretickým konceptem se ukázal koncept autoritativního vědění (Jordan, 1997), tedy vědění legitimizovaného na úkor ostatních systémů vědění. Na základě mého pozorování porodní a předporodní péče jsem snadno došla k závěru, že autoritativní postavení mělo vědění porodních asistentek a lékařů, vědění expertní, kodifikované ve formálním vzdělávání zdravotníků a ve formalizovaných doporučených postupech pro porodnictví. Biomedicínské porodní vědění tedy stále zastává nadřazenou autoritativní pozici nad jinými systémy porodního vědění i dvaadvacet let poté, co Brigitte Jordanová představila svůj koncept autoritativního vědění na příkladu porodního sálu. Byla jsem ale svědkem toho, že jednotliví lékaři a porodní asistentky uplatňovali autoritativní vědění různě. Dovolila jsem si tedy Jordanové koncept poněkud aktualizovat: autoritativní vědění je dnes značně individualizované, protože důsledkem plurality a dynamičnosti biomedicínského poznání přináší zdravotníkům a ostatním aktérům porodu v některých tématech příliš široký rámec pro rozhodování. Tento rámec pak skýtá jistý prostor pro individualizované rozhodování podle osobního přesvědčení každého. Nabízí se myšlenka, že k tomu, aby vědění bylo pro konkrétního jedince autoritativní, musí být o jeho platnosti osobně přesvědčen. Taková úvaha však vyžaduje další výzkum.

Autoritativní expertní vědění nebylo jediným typem vyjednávaného vědění. Některé ženy přicházely do porodnice s odlišným věděním o porodu a vyjednávaly participaci na rozhodování o svém porodu. Například prostřednictvím porodního plánu či prostřednictvím reflexe fyzických pocitu v situacích, kdy byly tyto pocity pro rozhodování zdravotníků určující. Většina zdravotnického personálu porodní vědění žen a jeho zdroje zpochybňovala. Výjimkou byly ale situace, kdy se žena stala jediným zdrojem vědění o porodu – např. při

hodnocení bolesti. Na takovém tělesném vědění žen byli lékaři v některých případech závislí. Svou validitu – i u samotných žen – ovšem ztrácelo tělesné vědění ženy tehdy, když se dostalo do rozporu s údaji zjištěnými pomocí technologií.

Technologie v porodnici figurovaly jako autoritativní zdroj vědění o těhotném či rodícím těle a svým dominantním umístěním v prostoru ho významně strukturovaly. Strukturovaly i distribuci moci v porodnici: porodnice byla institucionálním vlastníkem nákladných technologií, což jí propůjčovalo moc nad těmi, kdo technologie nemají a neumí jimi manipulovat. Lékař-porodník vystupoval jako ten, kdo umí technologie nejen ovládat, ale rovněž kdo umí z nich zjištěné údaje na základě svého expertního vědění interpretovat a rozhodovat podle nich. Porodní asistentka nebyla oprávněná interpretovat údaje z přístrojů, ale zajišťovala porodníkům podklady pro rozhodování z těchto technologií a, jak argumentuji, i enkulturační přípravu žen, která má zajistit, aby ženy přijaly rozhodovací moc lékaře nad svým porodem na podřízení se rozhodovací moci lékaře. Popsaný porodní systém tak odpovídá vertikální distribuci autoritativního vědění, který Jordanová spojuje právě se systémy, kterým dominují technologie.

Výzkum odhalil několik fenoménů, které by si zasloužily důkladnější sociálněvědní prozkoumání. V prvé řadě se mi v časech vášnivé společenské diskuze o formách porodní péče a humanizaci českého porodnictví jeví zajímavé výše nastíněné téma uplatňování individualizovaného expertního porodního vědění při lékařském rozhodování o porodu a vztahu mezi osobním přesvědčení aktérů porodu a autoritou vědění. Neméně komplexním a zde jen okrajově diskutovaným tématem by mohla být konstrukce porodního vědění nastávajících matek. Antropologickou pozornost by si zasloužila i doposud přehlížená technologie u porodu: mobilní telefon jako ženin všudypřítomný společník a „doprovod“. Musím nicméně zdůraznit, že považuji Jordanové autoritativní vědění za veskrze plodné a doposud platné i pro současný antropologický výzkum porodu v českém prostředí. Jsem přesvědčena, že další výzkum sociální reality české porodní péče optikou porodního vědění by mohl zmírnit kontroverzi ve společenské diskuzi, která, jak se domnívám, pramení z odlišností různých systémů porodního vědění. Snad je příspěvkem do této diskuze i tato práce.

BIBLIOGRAFIE

Abu Ghosh, Y., Grygar, J., & Skovajsa, M. (2007). Zaostřeno na etnografický výzkum. Úvodem k monotematickému číslu "Sociální antropologie v postsocialismu". *Sociologický časopis,* 43(1), 6-12.

Douglas, M. (2014). *Čistota a nebezpečí: analýza konceptu znečištění a tabu*. Praha: Malvern.

Georges, E. (1996). Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 157-175.

Guillemin, M. & Gillam, L. (2004). Ethics, Reflexivity, and "Ethically Important Moments" in Research. *Qualitative Inquiry,* 10, 261-280.

Hasmanová Marhánková, J. (2008). Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklad prenatálních screeningů. *Biograf* , 47 (56 odst). Dostupné z: http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=v4702

Hrešanová, E. (2007). *Porod z perspektivy sociálních věd: etnografie dvou českých porodnic se zaměřením na jejich (organizační) kultury* (Disertační práce). Dostupné z: https://is.muni.cz/th/133537/fss_d/

Hrešanová, E., & Marhánková, J. (2008). Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis,* 44(1), 87-111. Dostupné z: http://www.jstor.org/stable/41132555

Hrešanová, E. (2011). Medical anthropology and related qualitative research in the Czech Republic. In Hrešanová, E. & Szenassy, E. (Eds.). *CARGO – journal for cultural and social anthropology,* 166-172. Praha: CASA.

Chalmers, B. (1997). Childbirth in Eastern Europe. *Midwifery, 13(1), 2-8.*

Jordan, B. (1987). The Hut and the Hospital: Information, Power and Symbolism in the Artifacts of Birth. *Birth,* 14(1), 36-40.

Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois: Waveland Press.

Jordan, B. (1997). Authoritative Knowledge and Its Construction. In Davis-Floyd, R. & Sargent S. (Eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives,* (s. 55-79). Berkeley: University of California Press.

Kitzinger, S. (1997). Authoritative Touch in Childbirth. In Davis-Floyd, R. & Sargent S. (Eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives,* (s. 209-232). Berkeley: University of California Press.

Lock, M., & Scheper-Hughes, N. (1996). A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. In Johnson, T. & Sargent, C.F. (Eds.) *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method,* (s. 41-70). Westport: Praeger

Lock, M. (2004). Medicalization and naturalization of social control. In Ember, C. R. & Ember, M. (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology,* (s 116-125). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Mol, A., & Law, J. (2003): Vtělené jednání, zjednávaná těla: Příklad hypoglykémie. Biograf, 31, 53 odst. Dostupné z: http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=3102

Mrowetz, M., & Peremská, M. (2013) Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatrie pro praxi* 14(3), 201-204.

Piačková, V. (2014): *Informace týkající se porodních asistentek oprávněných poskytovat zdravotní služby ve Středočeském kraji* [online] [cit. 24. 06. 2019] Dostupné z: https://www.kr-stredocesky.cz/web/urad/databaze/-/asset_publisher/XqCJ9jLu3LCW/content/informace-tykajici-se-porodnich-asistentek-opravnenych-poskytovat-zdravotni-sluzby-ve-stredoceskem-kraj

Pope, C. (2005). Conducting Ethnography in Medical Settings. *Medical Education,* 39, 1180-1187.

Seale, C. (2002). Kvalita kvalitativního výzkumu. *Biograf*, 27, 30 odst. Dostupné z: http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=2701 [cit. 26. 03. 2019]

Slepičková, L., Šlesingerová, E., & Šmídová, I. (2012). Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext. *Sociologický časopis,* 48(1), 85-106.

Stöckelová, T., & Abu Ghosh, Y. (2013). *Etnografie: improvizace v teorii a terénní praxi.* Praha: Slon.

Šabatová, A. (2014, 2. července). *Postup matrik v případě domácích porodů musí být přiměřený* [tisková zpráva]. [cit. 22. 6. 2019] dostupné z: https://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2014/postup-matrik-v-pripade-domacich-porodu-musi-byt-primereny/

Šmídová, I. (2015a). Invisible Lady Doctors and Bald Femininity: Professional Conference in Czech Reproductive Medicine. *Sociální studia,* 12(1), 31-52. Brno: Masarykova univerzita.

Šmídová, I. (2015b). Power challenges for head doctors in maternity hospitals: beyond hegemonic masculinities. *Studia humanistyczne AGH,* 14(2), 157 – 177. Krakow: University of Science and Technology Dostupné z: http://dx.doi.org/10.7494/human.2015.14.2.157-178

Šmídová, I. (2016). Condemned to Rule: Masculine Domination and Hegemonic Masculinities of Doctors in Maternity Wards. In Jůsová, I. & Šiklová, J. *Czech Feminisms: Perspectives on Gender in East Central Europe,* (s. 222-236). Bloomington: Indiana University Press.

Telec, I. (2018) .*Porody ve vlastním sociálním prostředí podle práva* [online]. [Cit. 25. 06. 2019]. Dostupné z: https://zdravotnickepravo.info/porody-ve-vlastnim-socialnim-prostredi-podle-prava/

Tinková, D. (2014). Biomoc a „medikalizace" společnosti jako rysy „modernity". *Antropowebzin* 3-4/2014, 107-118. Dostupné z: http://www.antropoweb.cz/webzin/index.php/webzin/article/view/195

Ústav zdravotnických informací a statistik ČR. (2015). *Rodička a novorozenec 2014-2015.* SSN: 1213-2683. Dostupné z: https://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2014-2015

WHO. (1999). *Péče v průběhu normálního porodu: Praktická příručka*. [cit. 26-03-2019]. Dostupné z: http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/08/pece-u-porodu-WHO.pdf

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 21. 6. 2019]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372

Publicistické zdroje:

Malým porodnicím hrozí zánik, nový ministr chce seškrtat lůžka (2017, 6. prosince). [online]. [cit. 26. 6. 2019]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/male-porodnice-zruseni-smlouvy-pojistovny-ministr-adam-vojtech.A171205_223221_domaci_ane)

VZP zpochybňuje existenci prachatické porodnice. Holding Jihočeských nemocnic ji hodlá ubránit (2018, 4. dubna). [online]. [cit. 26. 6. 2019]. Dostupné z: https://www.jcted.cz/vzp-zpochybnuje-existenci-prachaticke-porodnice-holding-jihoceskych-nemocnic-ji-hodla-ubranit/).