

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

KATEDRA SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ ANTROPOLOGIE



Bc. Marie Hintnausová

**PRENATÁLNÍ A PERINATÁLNÍ ZTRÁTA
V SÍTI ČESKÝCH INSTITUCÍ**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Markéta Zandlová, Ph.D.

PRAHA 2021

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 23. července 2021

Marie Hintnausová

Děkuji vedoucí práce Markétě Zandlové za ochotné sdílení odborných zkušeností, upřímnou podporu, auditivní supervizi a užitečný nadhled.

Tato práce by nemohla vzniknout bez výjimečných žen, které mi svěřily své příběhy a ochotně zodpovídaly palčivé otázky. Děkuji jim velice za důvěru a otevřenost, která je mi závazkem i inspirací.

Obsah

1	Úvod	4
	Vyslyšený hlas.....	4
	Poznámky ke čtení.....	7
2	Život a smrt před narozením	8
2.1	Všudypřítomná dětská smrt	8
2.2	Snižování úmrtnosti nenarozených a novorozených	8
2.2.1	Je třeba udělat mnohem více	9
2.3	Biopolitika a vědění	10
2.4	Nejlepší statistika	12
2.4.1	Naprostá menšina	14
2.5	Nekonečný pokrok	16
2.6	Agenda slov	18
3	Přivítání je rozloučení.....	20
3.1	Tabu.....	20
3.2	„Ženská, co jí umřelo dítě“	22
	Metodické a metodologické parametry výzkumu	23
3.3	Etnografie a emoce	24
3.3.1	Afektivní obrat v antropologii	25
3.3.2	Biografické emoce	29
4	Hranice a definice.....	31
4.1	Embryologický pohled	32
4.2	Zárodky embryologie.....	32
4.2.1	Laboratorní embryo	33
4.2.2	Zrození nenarozeného života	36
4.3	Politické embryo.....	38
4.4	Křesťanské embryo.....	39
4.5	Prenatální smrt.....	41

4.6	Šedá zóna	42
5	Tělo a pohřeb	49
5.1	Mrtvé tělo v živém těle	49
5.2	Vizualita mrtvého plodu	53
5.3	Rozhodování.....	57
5.4	Pohřeb	60
5.4.1	Důstojné tělo „i po smrti člověka“	61
5.4.2	Novelizace zákona o pohřebnictví.....	61
5.5	Ten, který se má narodit - právní status nenarozeného dítěte.....	63
5.5.1	Život a smrt politického embrya	65
5.6	Věci na miminko	66
6	Instituce.....	68
6.1	Péče a stát	68
6.2	Podpora a úřady	69
6.3	Truchlení.....	72
6.4	Podpůrné organizace	73
6.5	Nejistota a uznání.....	75
7	Závěr.....	76
8	Literatura a zdroje	77

ABSTRAKT

Etnografický výzkum mezi ženami, které zažily ztrátu dítěte v průběhu těhotenství nebo v období kolem porodu, odkrývá kontexty a pozadí, na kterých se odehrává prenatální a perinatální úmrtí v České republice. Tato životní situace je ohraničována nejen biografickými trajektoriemi žen, které tato událost postihla, ale také společenským chápáním nenarozeného života a institucionálními definicemi lidské reprodukce. Práce ukazuje, jaké pojmy a významy se zaplétají do situace prenatálního a perinatálního úmrtí, a jakými trajektoriemi vedou společenská očekávání a státní a biomedicínské instituce ženy, které ztratily příslib nového potomka.

An ethnographic research among women who experienced a loss of child during pregnancy or postpartum aims to expose contexts and backgrounds in which prenatal and perinatal loss emerges in the Czech Republic. This life event is delineated not only by unique biographies of affected mothers, but also by the societal understanding of prenatal life and institutional definitions of human reproduction. This thesis highlights various notions and meanings entangled in the event of prenatal and perinatal death and shows which trajectories women follow in the terrain of societal expectations and governmental and biomedical institutions when they lose a promised assurance of raising a new child.

1 Úvod

Poprvé mi došlo, jak je dětská smrt choulostivé téma, když jsem se přistihla při otálení s registrací tématu diplomové práce a oslovením školitelky. Nepohorším někoho z Fakulty? Co když se někoho tato práce *dotkne*? Z mé nejistoty jsem usuzovala, že vstupuji do tématu, které je skrz naskrz propletené přísnými společenskými normami, diskurzními očekáváními a silným emočním nábojem, do kterých jsem sama pevně zapletená. Jedinou mi známou cestou, jak získat jistotu a neriskovat pohoršení, by bylo mlčet. A bylo to právě mlčení o prenatalní a perinatální ztrátě, co mě vedlo k zahájení výzkumu k této práci.

Pozornost antropologů se nikdy neodvracela od lidské bolesti a jako takové jí ve svých terénech denně čelili a čelí. Ne snad z nějakých škodolibých pohnutek, ale proto, že se cítí povoláni k tomu, aby dali zaznít hlasům, které jsou nevyslyšené. Ty často patří těm, kteří zažívají násilí, útlak, pohrdání, znevýhodnění, omezování možností volby – nebo naprostý nezájem. Sociální vědci se nezájmu chápou i vyhledávají další a další kousíčky bílých míst na mapě vztahového – sociálního – světa, jež doposud nikdo neprozkoumal. Badatelé se pak snaží přesvědčit veřejnost i instituce, že nezájem není totéž co nezajímavost a že financovat výzkumy opomíjených, znepokojivých a kritických témat je ekonomicky výhodné a společensky žádoucí. Výsledky těchto výzkumů ale často přinášejí neradostná zjištění. A není divu: válka, individuální i strukturální násilí, nemoc, strádání nebo poškozování jsou častým pozadím antropologických terénů. Etnografické zkušenosti Loïce Wacquanta ho vedly k tomu nazývat člověka „trpící bytostí“ (2004). Lidské utrpení je tak jednou z klíčových rovin lidské existence i vědy, která do středu zájmu staví *anthropos*, člověka a jeho působení.

Vyslyšený hlas

Na jednu stranu etnograf umožňuje dát v knihách a člancích zaznít těm, kteří by jinak nebyli slyšet, na druhou stranu umožňuje čtenářům se s takovou knihou nebo článkem pohodlně usadit do křesla a v bezpečném odstupu si číst o utrpení druhých a rozrušování světa. Autor provází čtenáře neznámým terénem a vlastními úvahami, trpělivě mu vysvětluje okolnosti a dění a snaží se mu vstřípnit orientaci a porozumění, tak aby se čtenář terénu přiblížil, ale neztratil se v něm. Čtenář se tak může pohybovat v terénu v pohodlí svého křesla, ovšem pouze v místech, kam ho etnograf zavede. Čtenář neriskuje: čte v bezpečné vzdálenosti od území zmítaného konfliktem a nespravedlností, nehladoví a nestrádá spolu s protagonisty etnografického dramatu, nečelí jejich vzteku, rezignaci ani slzám, neproplouvá riskantními vodami neporozumění, odmítání nebo mezikulturních střetů. To vše pro něj absolvoval autor. Čtenář musí čelit pouze vlastním úvahám a reakcím: etnografické drama v něm může vyvolat napětí, rozhořčení, soucit, vztek či beznaděj.

Snad Podařilo se pak etnografovi přiblížit čtenáře k protagonistům etnografického dramatu? Snad skrze emoce sdílíme společné lidství, čtenář s výzkumníkem, výzkumník s protagonistou, protagonista se čtenářem (a nebo spolu sdílíme jen podobné kulturní vzorce, společenské normy a ekonomické postavení, jak by nám možná namítla etnografka Nancy Scheper-Hughes).

Ráda bych přiblížila čtenáře k protagonistkám mého etnografického dramatu: odvážným ženám, které mi svěřily svůj příběh bolavého mateřství. Neriskuji ale, že se touto prací *dotknu* jich? Nebudou zklamané, že jejich zemřelé dítě bude v tomto textu vystupovat po boku suchopárně pojmenovaných spoluúčinkujících, jako jsou diskurzivní strategie, pohřební služby, zákonné paragrafy, embryologické perspektivy a modernistické narativy? Nepohorší je, když promluvy jejich dosud nevyslyšených hlasů budu prokládat antropologickými vysvětleními? Etnograf totiž chce odhalovat za lidskou zkušeností odhalovat její logiku. Odhalovat *logiku utrpení* – mechanismy, kontexty a hodnotové systémy, skrze které se utrpení odehrává – je ovšem choulostivým podnikem.

Moje počáteční pochybnosti měly opodstatnění. Dětská smrt před narozením se nás skutečně nebývale *dotýká*. Nepřichází z riskantnosti žití, na kterou jsme tak trochu zvyklí, ale nenadále v období, které považujeme za určené ke zrození, a nikoli k umírání. Raná dětská smrt se nás *dotýká*, pohoršuje nás, rozesmutňuje nás a vyvolává v nás strach, protože nás znejišťuje. Je dokladem nejistoty bytí. A já tímto textem nepřinesu ujištění, kýženou vysvětlující antropologickou útěchu. Pro bolest, zoufalství, bezradnost a vztek žen, kterým zemřelo dítě, nebudu hledat vysvětlení v antropologických teoriích. Jejich emoce nevyložím kulturní determinací. Jejich ztrátu nebudu poměřovat hodnotovým systémem, který společně¹ sdílíme. Smutek není *pouze* kulturně sdílený „výtvar“ (Geertz, 2000), je to individuální prožitek v individuální životní trajektorii smutnicí osoby (Beatty, 2014).

„Nejenom myšlenky, ale i emoce jsou lidskými kulturními výtvary.“
(Geertz, 2000, p. 98)

„Subordinate a feeling to a system and you lose the interplay between contexts - cultural, social, and biographical – that gives emotions their resonance, their practical significance.“
(Beatty, 2014, p. 550)

Následující text neposkytne racionalizační útěchu, ale vylíčí kontexty a pozadí, na kterých se prenatální a perinatální ztráta v České republice odehrává. Místy bude text syrový. Tak, jako jsou mnohdy nepoetické a nelyrické chvíle v našich životech, tělech a pocitech při překonávání hranic každodennosti. Odvážné ženy, které se mnou sdílely svůj příběh ztráty dítěte nebo mi vyprávěly o své práci, totiž nevyhnutelně musely čelit syrové každodennosti okolo úmrtí dítěte: nalitá prsa, ohlašování na úřadech, pitvy, rozklad mrtvých těl, nevyužitá vybavičky, výstelky do rakve a bezcitné formuláře hrají v každém příběhu svou roli. Pišu tak k počtě a uznání těchto žen, kterým nezbylo než se s nimi popasovat. Čtenář či čtenářka se s tím popasuje zajisté také. Moje psaní by ale na

¹ Pod pojmem „my“ mám na mysli všechny, kteří tento text čtou, a tudíž, jak předpokládám, ovládají češtinu.

žádném místě nemělo být surové. Není textem o utrpení, obtížích a smrti, ale především o životě. Matek, kterým zemřelo v těhotenství nebo v období kolem porodu dítě; profesionálek, které těmto ženám poskytují různé formy podpory a péče; rodin, které přišly o nového člena; bezejmenné veřejnosti, v jejímž společenství občas zemře dítě dříve, než se narodí a dospěje. A o životě dětí, jejichž věk je nižší než nula.

Poznámky ke čtení

Kontexty perinatální a prenatální ztráty v České republice jsou spleť a navzájem se v různých vrstvách překrývají i zakrývají. Mou snahou je alespoň částečně rozplést nitky vztahů, pojmů, hodnot a sil, do kterých je tato životní událost zapředená: pokud se ale čtenář či čtenářka v některém místě do mého textu zamotá, neznamená to nutně, že moje snaha byla nedostatečná. Každým rokem se v České republice stovky až tisíce rodin náhle a nečekaně zamotají do spleť ztráty a bylo by iluzorní i klamavé tuto problematiku převyprávět v jednoduchých, uhlašených, elegantně uspořádaných úvahách a příbězích. Nicméně se snažím formátem a strukturou práce čtenářům a čtenářkám čtení co nejvíce usnadnit:

- > V kapitolách spojuji teorii s empirií – jejich oddělení by bylo nucené – a řadím je pokud možno podle chronologického klíče vyprávění žen o ztrátě.
- > Texty v šedých polích jsou další vrstvou okolního textu – možno číst paralelně či později dle čtenářovy libosti. Poznámky pod čarou jsou jen okrajovým doplněním textu.
- > Veškerá jména soukromých osob jsou anonymizovaná. Ženám se ztrátou, jejich žijícím dětem a partnerům jsem přiřadila křestní jména začínající na „M“, v závorce za jménem je uveden rok úmrtí dítěte, o kterém vyprávějí. Fiktivně písmeny řecké abecedy pojmenovávám i občanské iniciativy a spolky. Pravá jména ponechávám veřejným institucím, činitelům a samozřejmě akademikům.

Součástí práce je i vizuálně či verbálně explicitní obsah. Nezařadila jsem ho proto, abych čtenáře šokovala, ale protože jeho zamlčení by bylo alibistické, ne-li pokrytecké vůči těm, kteří mi svěřili své příběhy.

2 Život a smrt před narozením

V povědomí české společnosti podobně jako v dalších euroatlantických společnostech rezonuje představa, že smrt je „přirozená součást“ života, ale úmrtí dítěte se této „přirozenosti“ vymyká. Odporuje „přirozenému řádu věcí“, když mladší umírají a starší přežívají; narušuje generační pořadí, když rodiče pochovávají své děti a nikoli naopak; zpochybňuje narativ, že potomci jsou pokračování rodu, skrze které „žijí“ jejich předci (Mitchell et al., 2012). Představa, že smrt nastává výhradně ve stáří, se však zakořenila teprve nedávno.

2.1 Všudypřítomná dětská smrt

Na konci 18. století tvořila v Českých zemích dětská úmrtnost do sedmi let věku nadpoloviční většinu celkové úmrtnosti obyvatelstva. Ještě v průběhu 19. století každé třetí úmrtí na území Českých zemí bylo úmrtím dítěte do jednoho roku věku (Nováková, 2003, pp. 178-9): dětská smrt byla všudypřítomná. Teprve koncem 19. století se začala snižovat perinatální úmrtnost² následovaná poklesem úmrtnosti kojenců a starších dětí. Zároveň se měnilo reprodukční chování dospělých obyvatel: rodiče začali regulovat (snižovat) počet těhotenství, zatímco šance na přežití potomků se výrazně zvýšily. Řečeno historickodemografickým jazykem, rodičovství přešlo z *extenzivní* formy na *intenzivní*. Tento „demografický přechod“ (nazývaný rovněž „demografickou revolucí“, ač se spíše než o náhlý populační převrat jednalo o desítky let trvající proces) markantně proměnil strukturu obyvatelstva, ve které začali početně převládat dospělí, jak více a více obyvatel přežilo své dětství a dožívalo se stále vyššího věku (Horský & Pražáková Seligová, 1997; Livi Bacci, 2003). Dětská smrt se postupně vytrácela z rodin i širších komunit.

2.2 Snižování úmrtnosti nenarozených a novorozených

Snižování úmrtnosti nenarozených, novorozených a kojenců se stalo ústředním biomedicínsko-politickým projektem poválečných evropských států, které mezi sebou dodnes porovnávají demografické výsledky zdravotnických statistik. Po druhé světové válce se pohybovala míra perinatální úmrtnosti v ČSR okolo 60 ‰. ČSR zaostávala za Západem. Strategie socialistické vlády ve spolupráci s lékařskou obcí dosáhla v průběhu 50. let skokového snížení perinatální úmrtnosti: v roce 1960 připadalo na 1000 živě narozených dětí pouze 20 mrtvorozených či zemřelých novorozenců (ČSÚ). Podle lékařů-akademiků Štembery a Velebila (2003) tohoto snížení docílila státní populační politika tím, že začala soustředit téměř všechny porody do ústavní porodní péče, zavedla celoplošnou těhotenskou zdravotní péči (tzv. perinatální poradny) a zdravotní dohled nad

² Perinatální úmrtnost zahrnuje mrtvorozené děti a děti, které zemřely do 7 dní po narození.

novorozenci svěřila výhradně pediatrům.³ Úspěšný projekt „dohnání Západu“ ale nesl pachůt nedostatečného zajištění kvalitativních aspektů péče, dodávají autoři. Mají na mysli výhradně nedostatek technologického vybavení a metodického zázemí socialistického porodnictví. Míra perinatální úmrtnosti následující dvě desetiletí proto stagnovala a „vyspělé“ země opět předešly ČSSR v závodu o nejnižší míru novorozeneckých úmrtí lepším technologickým a vědeckým zázemím. Když se koncem 80. let dostala perinatální úmrtnost pod hranici jednoho procenta – což stále nestačilo na předešnání většiny „vyspělých“ zemí, zavedla Sekce perinatální medicíny při České gynekologicko-porodnické společnosti (ČGPS) každoroční celostátní audit perinatální úmrtnosti „s cílem stanovit hlavní příčiny opožďování za vyspělými zeměmi“ (ibid. p. 21).

Zkvalitnění intenzivní neonatologické péče o předčasně narozené děti i donošené novorozence a rozšíření prenatalní diagnostiky vad limitujících přežití dítěte vedly k markantnímu snížení perinatální úmrtnosti,

Na základě auditu vzniklo několik strategií snižování perinatální úmrtnosti:

1. koncentrování předčasných porodů do specializovaných oddělení porodnic s dostatečným technologickým a personálním zázemím (tzv. perinatologických center), nejlépe tzv. „transferem plodu v děloze“ – tedy přesunu matky do perinatologického centra dříve, než předčasně porodí
2. rozšíření prenatalní diagnostiky vrozených vývojových vad „neslučitelných se životem“ zadržující důvod k umělému ukončení těhotenství, „kdy tyto případy jsou podle definic ČR evidovány jako potraty“;
3. zlepšování neonatologické péče o donošené novorozence;
4. snižování míry mrtvorozenosti plodů bez vrozených vývojových vad. (Šembera & Velebil, 2003)

kteřá v ČR na přelomu tisíciletí klesla pod 5 ‰. Jediným statistickým ukazatelem, který nijak zvlášť neklesal, byla mrtvorozenost donošených dětí bez diagnostikované vady. Snižování míry mrtvorozenosti těchto dětí se tak v prvních dekádách 21. století stalo klíčovým cílem biomedicínsko-politického populačního projektu.

2.2.1 Je třeba udělat mnohem více

Další snižování perinatální úmrtnosti a mrtvorozenosti vyžadovalo intenzivnější zacílení zdravotnické péče na zdravotní stav nenarozených dětí a důkladnější detekci „rizik“, která je ohrožují na zdravém vývoji i životě. Ve vysokopříjmových zemích s velmi nízkou mírou mrtvorozenosti a vysokou efektivitou neonatální péče najdeme tato rizika nejčastěji v těle matky. Studie lékaře-akademika Hašíka et al. (2017) řadí mezi hlavní rizikové faktory úmrtí plodu obezitu matky, vyšší věk matky, chronická onemocnění matky, primiparitu matky (česky řečeno *prvorodičkovství*), kouření, nízké vzdělání matky, nedostatečnou prenatalní péči a suboptimální růst

³ Doloženy jsou i jiné faktory vedoucí k markantnímu snížení perinatální úmrtnosti během druhé pol. 20. století. Jedním z nich je masové rozšíření antikoncepčních praktik, které vedly ke snížení počtu těhotenství a tudíž reprodukční zátěže na tělo ženy (Reagan, 2003), výzkum Nancy Scheper-Hughes zase ilustruje enormní vliv chudoby na perinatální a dětskou úmrtnost (1993).

plodu (jehož příčina „téměř vždy“ tkví v organismu matky nebo ve fetoplacentárním řečišti, dodává Hašík et al. [p. 204]). Opatření ke snižování mrtvorozenosti se tedy zaměřují jednak na sledování těhotné a jednak na sledování stavu nenarozeného dítěte, a to za dvěma protichůdnými účely: 1) udržení nenarozeného dítěte naživu – pomocí sledování „prospívání plodu“, tj. jeho vitality, „zdravého“ růstu a „normálního“ vývoje, dostatku výživy a okysličení a plánování způsobu porodu s co možná nejnižšími riziky, 2) eliminace nenarozeného dítěte, kterému hrozí či u kterého je nevyhnutelné předčasné úmrtí nebo přežití s vrozenou vadou – pomocí detekce vrozených vývojových vad plodu a následného plánování ukončení těhotenství, tudíž i vitality plodu.

RIZIKO
Nepředvídatelný až nadpřirozený pojem „nebezpečí“ nahradila biomedicína vědecky legitimizovaným výrazem „riziko“, které má vtělený charakter. Riziko již není transcendentální ani neznámé, ale dohledatelný, předvídaný a měřitelný vnější či vnitřní faktor. Riziko se tak může nacházet přímo v těle jedince. Biomedicína tím riziko spojila s osobní zodpovědností (Lock & Nguyen, 2010, pp. 303-5). Tělesný stav, životní podmínky i chování těhotné ženy může představovat riziko pro její dítě, za které je jí přisuzována zodpovědnost, protože spočívá přímo v ní, tj. v jejím těle.

Tato opatření ke snižování mrtvorozenosti a novorozenecké úmrtnosti zásadně tvarují podobu české prenatální a porodnické péče. Zvyšují lékařský dohled nad průběhem těhotenství a zintenzivňují plošnou i indikovanou prenatální diagnostiku. Autoři výše citované studie, nazvané *Mrtvorozenost: mnoho vykonáno, mnohem více je třeba ještě udělat*, navrhuje další posilování těchto tendencí. Nadto autoři navrhuje důkladnější zkoumání příčin dosavadních úmrtí plodů, aby proti zjištěným příčinám mohla být zavedena preventivní opatření. Podle autorů má navíc objasnění příčiny úmrtí pozitivní přínos na psychický stav rodičů. Jak název tohoto článku a podobných⁴ napovídá, snahy o snižování úmrtnosti dětí před narozením nadále pokračují: směřují k ideálu nulové hodnoty.

2.3 Biopolitika a vědění

Evidence populace – života, smrti a zdraví (anonymních) jednotlivců – je pro stát důležitým nástrojem k tvorbě politik. Biopolitika, jak označil Foucault (2008) moc, která se soustředí přímo na biologickou existenci člověka, je modernistickou liberalistickou strategií vládnutí, ve které se společnost chopí správy nad samotným životem prostředky politické moci (podobně Slepíčková, Šlesingerová & Šmídová, 2012). Biopolitika je pak pokus racionalizovat problémy, kterým čelí vlády, optikou života, zdraví, hygieny a ukazatelů zdravotnických statistik (2008, p. 317). Biopolitika je založena na víře, že populace existuje jako přírodní úkaz, živoucí agregát lidských těl, který lze regulovat biomedicínskými technikami a technologiemi (Lock & Nguyen, 2010, p. 114). Biomedicína

⁴ V ČR Neumann, A. & Fait, T. (2013) Mrtvorozenost – trvající problém perinatální péče. *Praktická gynekologie*, 17(4), 293-296. Globálně např. komparativní studie od specializovaného výboru pro porody mrtvorozených při Lancet (Frederik Frøen et al., 2011).

tak zastává autoritativní (bio)politickou úlohu, protože je jedinou všeobecně uznávanou formou vědění o životě (ve smyslu *bytí živým*), nemoci a zdraví, a tudíž politická rozhodnutí se zakládají na ní. Zásadním Foucaultovým příspěvkem do sociálních teorií moci je, že spojil moc právě s *vědění*m, a to ve vzájemně se legitimizujícím propojení: vědění propůjčuje moc, která produkuje takové formy vědění, které tuto moc legitimizují.

Foucaultovo pojetí moci je epistemické: vědění je moc. V moderní společnosti mají podle Foucaulta nejvyšší autoritu jako zdroj vědění přírodní vědy. Jejich vědění produkuje *biomoc*, moc-jako-vědění (*savoir-pouvoir*).

Antropoložka Brigitte Jordan zasadila problematiku moci a vědění do oblasti antropologie porodu a navázala konceptem *autoritativního vědění*, tedy vědění, které převáží a delegitimizuje ostatní formy vědění a podle něhož se pak jedná a činí rozhodnutí. (Jordan, 1997)

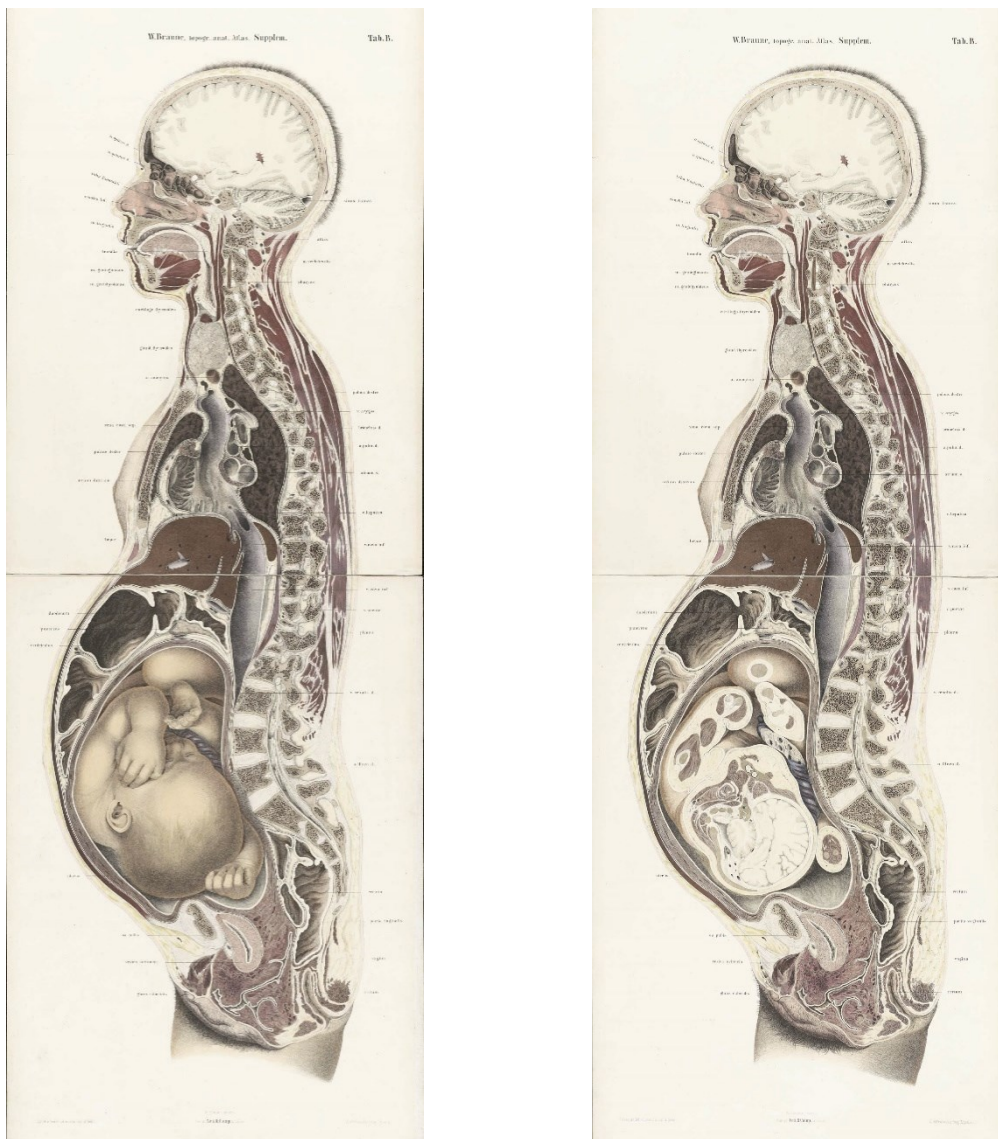


Figure 1: Braune W., Schmiedel, C. & F.A. Haptvogel [1867-72]. *Topographisch-anatomischer Atlas : nach Durchschnitten an gefrorenen Cadavern.* [Topograficko-anatomický atlas: podle průřezů na zmražených mrtvolách] Leipzig : Verlag von Veit & Comp. Dostupné z: http://www.nlm.nih.gov/exhibition/historicalanatomies/braune_home.html

2.4 Nejlepší statistika

Zdravotnické statistiky vypadají na první pohled jako pasivní a ne(zá)živ(n)é tabulky. Ať už se jedná o národní statistiky sestavované státními institucemi nebo zdravotnické výsledky z nestátních akademických šetření, zdravotnické statistiky vytvářejí mocné vědění. Mluví vlastním jazykem, vytvářejí vlastní nároky a sledují specifické cíle.

V ČR zpracovávají národní statistiky týkající se života a zdraví dvě instituce: Český statistický úřad (ČSÚ) a Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). ÚZIS je zřízen Ministerstvem zdravotnictví (MZ) a zajišťuje sběr a zpracování údajů využívaných pro tvorbu zdravotní politiky a mezinárodních srovnávání. Spravuje Národní zdravotnický informační systém, z něhož jsou mj. sestavovány národní zdravotní registry pro oblasti, které jsou pro stát relevantní. ČSÚ je ústředním orgánem státní správy, nepodléhá tedy žádnému ministerstvu. Obě instituce plní „státní statistickou službu“, kterou jim ukládá zákon č. 89/1995 Sb. Komu statistická služba vlastně slouží, není jasné. Zákon její účel konkretizuje pouze jako „získávání údajů, vytváření statistických informací o sociálním, ekonomickém, demografickém a ekologickém vývoji České republiky a jejich jednotlivých částí, poskytování statistických informací a jejich zveřejňování“. Zákon rovněž ustavuje tzv. zpravodajskou povinnost, tj. povinnost fyzických i právnických osob poskytnout vybrané údaje, jež závazně vyhláší výhradně ČSÚ.

Kdo prostřednictvím vyhlášky ČSÚ udává, jak a jaké statistiky bude vytvářeny a co budou sledovat? Podněty k metodice a úpravám dávají Rady jednotlivých Národních registrů, jejíž členy jmenuje ředitel ÚZIS a Radám rovněž předsedá. Vedoucí funkce odborů ÚZIS zastávají převážně akademici z univerzity, na které působí ředitel ÚZIS - biologové a biostatistikové. Vzhledem k tomu, že zdravotnické výsledky

“Informace registru se využívají pro stanovení koncepce a realizace státní zdravotní politiky v oblasti gynekologicko-porodnické péče a zároveň se využívají pro databáze Světové zdravotnické organizace (WHO) a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD).“
(web Národního registru reprodukčního zdraví, ÚZIS)

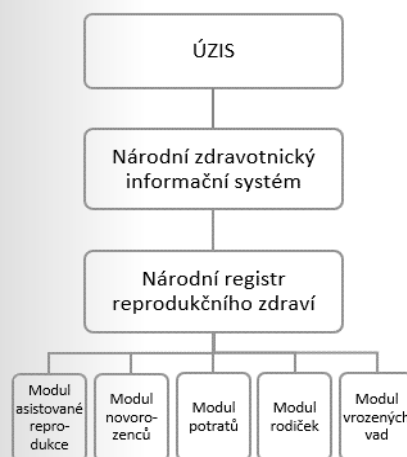


Figure 2: Schéma NRRZ

Komu slouží státní statistická služba?

Když Pracovní skupina k porodnictví Odboru rovnosti žen a mužů při Radě vlády vyzvala MZ jako zřizovatele ÚZIS, aby poskytovalo veřejnosti ve zdravotnických ročenkách těhotenské a porodní péče údaje, které by umožnily veřejnou kontrolu výkonů jednotlivých porodnic a aby k tvorbě NRRZ přizvalo zástupce Pracovní skupiny, dostalo se jí od ředitele ÚZIS zamítavé reakce s odůvodněním, že by vzniklo „riziko zkreslených informací pro pacienty a laickou veřejnost“ a „riziko poškození dobrého jména dané oblasti medicíny při mezinárodních a jiných komparacích.“
("Podnět Pracovní skupiny k porodnictví k publikování statistických dat", 2019) (Dušek, 2019)

perinatální a kojenecké úmrtnosti

figurují jako nástroj státní i akademické prezentace, lze předpokládat, že do definic metodik a výběru sbíraných dat a kritérií vstupuje vliv nejen MZ, respektive ÚZIS, ale i dalších státních, akademických a profesních skupin. Odůvodnění ÚZIS vycházející z diskurzu o úrovni péče uplatňovaném ČGPS tomu napovídá.

Vědění, které skrze filtr biomedicínských kritérií vytvářejí statistiky Národního registru reprodukčního zdraví, legitimizují status quo českého zdravotnictví a dominantní roli biomedicíny v oblasti reprodukce občanů.⁵ Tyto statistiky jsou tak zdrojem symbolické moci biomedicíny a státu, které v úzké spolupráci zajišťují občanům život, zdraví a bezpečí ve smyslu snižování rizik. Obzvláště ukazatele perinatální a kojenecké úmrtnosti a míry mrtvorozenosti se staly výkladní skříní českého zdravotnictví, které se v mezinárodním srovnání pyšní jedněmi z nejnižších hodnot,⁶ a jsou klíčovým argumentem kvality perinatální a porodnické péče. Velkou měrou se zaslouhuje o nízké hodnoty perinatální úmrtnosti efektivita a dostupnost intenzivní neonatologické péče o nedonošené a intenzivní péči vyžadující novorozence. Zároveň je česká perinatální péče silně orientovaná na plošné zachycování vývojových vad plodu, jejichž „sekundární prevence“, tj. umělé ukončení těhotenství, snižuje podíl těchto dětí s život limitující vadou mezi narozenými. Takto „ukončená těhotenství“ jsou evidována jako potrat a nevstupují do statistik mrtvorozenosti. V mezinárodním srovnání dosahovala ČR do roku 2012 extrémně nízké úrovni perinatální úmrtnosti také tím, že započítávala do statistik mrtvorozených plody s porodní vahou vyšší než 1000 g, zatímco většina jiných států za mrtvě rozené považovala plody nad 500 g hmotnosti. V roce 2012 ČR přijala, k obavám mnohých lékařů-

Jaká kritéria sleduje Modul rodiček NRRZ?

- vzdělání, rodinný stav, zaměstnání
 - obec, země původu, občanství
 - předchozí těhotenství, porody, potraty
 - věk
 - počet prenatálních kontrol, UTZ screeningů a monitorace CTG
 - užívání návykových látek
 - diabetes
 - závažné komplikace těhotenství, porodu a šestinedělí
 - způsob a výsledek porodu
 - medikace při porodu
 - délka trvání porodních dob
 - kdo porod vedl
 - délka hospitalizace
- (www.uzis.cz)

Co vlastně stát zajímá ohledně rodiček lze vysledovat na kombinacích kategorií ve zveřejňovaných ročenkách Rodička a novorozenec. Např. data o užívání návykových látek jsou uváděna v souvislosti s věkem matek, nikoli výsledky porodu či komplikacemi v těhotenství.

„Podíl vrozených vývojových vad (...) by neměl být do statistického zpracování perinatální úmrtnosti zahrnován, neboť tyto případy jsou výsledkem úspěšné perinatální diagnostiky s následným umělým ukončením těhotenství (UUT) a nikoli ‚nežádoucím výstupem‘ perinatální péče.“
(Štembera & Velebil, 2005)

Podle studií z let 1995-2007 přežilo:
29,5 % dětí nar. ve 22. týdnu
42,6 % ve 23. týdnu,
56,8 % nar. ve 24. týdnu
a 70,7 % nar. ve 25. týdnu.
(Zlatohlávková, 2014)

⁵ Viz četné zmínky v médiích o „jedné z nejlepších úrovní zdravotní péče na světě“.

⁶ Viz např. publikace WHO *Czech Republic: Health system review* (Bryndová et al., 2009).

akademiků ze zvýšení ukazatele úmrtnosti, definici „mrtvě narozeného dítěte“ podle WHO, která snížila kritérium hmotnosti a stáří plodu, které se nyní eviduje jako narozené dítě (viz např. Štembera & Velebil, 2005; Neumann & Fait, 2013). Na druhou stranu se ve zdravotnických praxích posouvá hranice viability⁷, tzn. snižuje se gestační věk, ve kterém jsou předčasně narozené děti úspěšně zachraňovány, což zvyšuje pravděpodobnost vyšší míry poporodní úmrtnosti.

Biopolitika ve vysokopříjmových zemích rozšířila svou pozornost – z počátečního zaměření na udržení produktivních obyvatel co nejdéle na živu a při síle – na nenarozené ještě-ne-občany s potenciálem přežití. České zdravotnictví skrze vysokou specializaci a dispenzarizaci péče, striktní prenatální diagnostiku a dohledový přístup k těhotným a rodícím ženám vyvíjí maximální snahu o to, aby dítě, které se v ČR narodí, se narodilo živé, bez vrozených vad a aby přežilo. A v naprosté většině se mu to daří.

2.4.1 Naprostá menšina

Jazyk statistiky je nekompromisní: třídí, anonymizuje, zvýrazňuje jevy, ke kterým se chce vyjadřovat, a zneviditelňuje ty, o kterých chce mlčet. Je striktně temporální a teritoriální – každý údaj připíná ke konkrétnímu bodu v čase a místě – ke dni, měsíci či roku, k okresu, státu nebo třeba kontinentu. Statistika seskupuje zdánlivě nespojitelné a odděluje zdánlivě neoddělitelné. Dovede tak vytvořit skupinu lidí, kteří se zřejmě nikdy v životě nepotkali, a uvede ji v existenci. Z veřejně publikované ročenky *Rodička a novorozenec 2014-2015* se například můžeme dozvědět, že existuje *šestičlenná skupina žen ve věku 25-29 let, které v minulosti dvakrát porodily mrtvé dítě a v roce 2015 se jim narodilo další dítě*. Víc nevíme. Nevíme, zda se jim další dítě narodilo živé či mrtvé, nevíme, kde bydlí, jestli po zemřelých dětech truchlí, kdo o ní při porodu pečoval a zaopatřoval její mrtvé dítě, zda otec dítěte narozeného v roce 2015 byl otcem i jednoho nebo dvou zemřelých dětí dříve, jestli se některé z nich při předchozím porodu nenarodilo víc mrtvých dětí najednou... Ale víme, že tato šestice z roku 2015 existuje. Na straně 98 se vynoří, na dalších stranách ročenky se ale anonymní šestice rozplyne.

Kolika rodičům v ČR zemře v těhotenství, při porodu nebo po něm dítě? Na tuto otázku neexistuje odpověď. Ne že by neexistovala statistická čísla – předchozí text se jimi jen hemží – ale statistiky nedokáží zodpovědět, kolik rodičů prožívá událost, která se manifestuje čísly ve statistikách, jako úmrtí dítěte. Statistiky naopak s jistotou tvrdí, že matek (otcové ve statistikách nefigurují vůbec), které úmrtí dítěte zažijí, je *naprostá menšina*.

⁷ Biomedicínský pojem označující schopnost plodu přežít mimo dělohu.

Národní zdravotnické statistiky zachytí okolo 147 000 těhotenství ročně. Současná míra mrtvorozenosti v ČR se pohybuje mezi 3,3 až 3,6 ‰, perinatální úmrtnost se pohybuje okolo 4,5 ‰ (údaje za roky 2015-2019, ÚZIS). V přehledu níže uvádím případy tzv. prenatální a perinatální ztráty v absolutních číslech:

	MRTVO-ROZENÍ CELKEM	MRTVOROZENÍ S PORODNÍ HMOTNOSTÍ <999G	MRTVOROZENÍ S PORODNÍ HMOTNOSTÍ >2000G	MRTVOROZENÍ A ZEMŘELÍ DO 7 DNŮ VĚKU	SAMOVLNÉ POTRATY A MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ	UPT ⁸ BEZ MEDICÍNSKÉ INDIKACE	UPT ZE ZDRAV. DŮVODŮ	Z TOHO UPT ZE ZDRAV. DŮVODŮ PLODU
2015	398	120	156	504	15 349	16 289	4 114	-
2016	420	122	175	553	15 512	16 178	4 228	-
2017	384	97	181	521	15 595	15 497	3 918	1553
2018	383	126	153	506	14 649	14 582	3 716	1609
2019	402	121	171	511	14 040	14 278	3 479	1515

Figure 3: Přehled prenatálních a perinatálních ztrát v ČR (ÚZIS/ČSÚ)

Z dat *Modulu potratů* vyplývá, že od roku 2007 přibližně čtvrtina evidovaných těhotenství končí potratem. Necelá polovina z nich je spontánních, přibližně 55 % potratů je uměle vyvolaných – čtvrtina z nich ze zdravotních důvodů. Převažují zdravotní důvody na straně matky. Naprostá většina mrtvorozených dětí zemře v těhotenství, tj. před porodem. Během porodu jich zemře pouze zlomek – data za rok 1998 uvádějí 0,13 ‰ (Štembera & Velebil, 2005). Z tabulky výše je možné vyčíst, kolik úmrtí ročně připadá na extrémně nedonošené a kolik se narodí mrtvých dětí v posledních týdnech těhotenství (s hmotností nad dva kilogramy), kolika tisíců matek (a jejich rodin) se týká různým způsobem ukončené a skončené těhotenství. Ale lze jen nepřesně odhadovat, kolik z nich vnímá tuto událost jako ztrátu dítěte. Z příběhů jedenácti matek, které se účastnily mého výzkumu, mohu říct, že ač jejich ztráta spadala do různých sloupců této tabulky, pociťovaly ji spolu s partnerem jako ztrátu dítěte, které „mohli mít a nemají“ (Monika, 2019).

Ani ztráta dítěte není o nic jednoznačnější kategorie než např. *perinatální úmrtí* nebo *samovolný potrat*. Některé ženy ztrátu pojímaly jako úmrtí člena rodiny, který již vstoupil do rodinných vztahů, některé ji spíše popisovaly jako ztrátu možnosti vůbec dítě (resp. sourozence, vnouče) mít a zapojit ho do vztahů po narození:

„Člověk tou ztrátou toho miminka neztratí ještě úplně tu osobnost, ale spíš ztratí to těšení se, ty představy, co bude, tu roli, na kterou se člověk vlastně těšil a připravoval, mateřská a podobně...jak to bude...takže to je ztráta, ale není tam úplně ještě ta ztráta té osobnosti, jako by bylo při pozdějším odchodu toho dítěte.“ (Milada, 2019)

„Teď ale třeba s dalším miminkem - hrozně dlouho se děti bály, že to miminko taky umře. A často třeba i se najednou rozplakaly a říkám: ‚Co se děje?‘ A oni říkali, že by chtěli mít malýho sourozence jako miminko a já říkám: ‚No ale budeš mít,‘ a oni: ‚No ale to není jistý, co když nám taky umře.‘“ (Markéta, 2020)

⁸ Umělé přerušení těhotenství.

Spolu s dalšími desítkami veřejně dostupných příběhů o ztrátě můžeme usuzovat, že kategorie „ztráty dítěte“ je mnohem širší, než kategorie „perinatálního úmrtí“, a že naopak ne každé „perinatální úmrtí“ vnímají rodiny jako ztrátu potomka. *Naprostá menšina* je nejasná, neurčitá skupina matek, rodičů a rodin, o jejíž velikosti nemáme potřebné údaje.

2.5 Nekonečný pokrok

„Člověk si myslí, nebo já jsem si to taky dřív taky myslela, že vlastně medicína nebo lékařská věda je už tak daleko, že prostě nemůže se tohle absolutně stát. Že ano, dejme tomu, ženská potratí do třetího měsíce, že to miminko není správně uhnížděný, to jsem ještě jako brala, ale říkala jsem si: ‚Jo, tak už mám prostě před porodem, už mám prostě čtrnáct dní do konce termínu, ha ha ha.‘ A najednou bum.“ (Michaela, 2016)

„Když se to stalo, tak každému šel a říká: ‚A co jako podělal ty doktoři, co bylo blbě?‘ Já říkám: ‚Jako nic, prostě nikdo nic nepodělal. Evidentně prostě nikdo nic jako nepodělal, prostě je to teďka blbě náhoda.‘“ (Milada, 2019)

„A i ty procenta jsem chtěla vědět, jak moc se to děje.... Chtěla jsem vědět, jak moc jsem měla smůlu.“ (Monika, 2019)

„Akorát vo tom nechce nikdo mluvit, protože je to selhání. Jenže vono to není selhání. Prostě když ti miminko najednou přestane dýchat, tak co můžeš dělat? To není vina lékařů. Prostě má odejít.“ (Miranda, 2020)

Jedním z cílů biopolitiky, pro kterou je život její ústřední zájem, je „biologicky nedosažitelná“ nulová hodnota perinatální úmrtnosti. Biomedicínské technologie a techniky se jí postupně přibližují, ale nemají 100% úspěšnost. Několik promile nitroděložních a perinatálních úmrtí a ještě více procent indikovaných potratů každým rokem připomíná, že sta procent nebylo „biologicky dosaženo“. Modernistické smýšlení založené na ideji nekonečného pokroku a života jako nejvyšší hodnoty nedovoluje se s dosaženým stavem spokojit. Nelze ustat v úsilí dosáhnout sta procent a spokojit se s devětadevadesáti.

Autorita biomedicíny je vybudována na étosu neustálého pokroku: biomedicína se neustále zdokonaluje, zefektivňuje, rozšiřuje a zintenzivňuje. Nitroděložní úmrtí ale tento narativ zpochybňují a ještě větší rozčarování vyvolává beznadějnost prenatální diagnostiky. „*In the twenty-first century, a significant proportion of cancers can be either cured or kept in check for years,*“ píše medicínská historička Ilana Löwy, „*while there is no treatment for the great majority of severe fetal impairments diagnosed before birth*“ [Ve 21. století lze vyléčit nebo korigovat značnou část onkologických onemocnění, ale na naprostou většinu závažných fetálních vad diagnostikovaných před narozením žádná léčba neexistuje] (2018, pp. 4-5). Naději na překonání bezvýchodnosti současné prenatální diagnostiky udržují ambiciózní predikce budoucího vývoje fetální medicíny.

Předpovídaný vývoj prenatalní léčby plodů se zatím nenaplnil a postupuje jen malými krůčky.⁹ Zklamání z omezených možností eufemistické „sekundární prevence“ vrozených vad je ale zastíráno diskurzem „efektivity“ a „rozvoje“ prenatalní diagnostiky, který k fetální léčbě většinou mlčí.¹⁰

Biomedicína není ale pouze anonymní institucionalizovanou vnější silou. Není totiž jen alopatická a kurativní, jak je obvykle definována, ale také normativní. Má moc nad definicemi patologií – nemocí, ale definuje i fyziologie – zdraví. Tato připomínka není v sociálních vědách nic zvlášť objeveného, medikalizace (tedy pronikání biomedicíny do sfér života a zdraví) je ústředním konceptem sociální analýzy biomedicíny. Medikalizace ale není jednosměrný proces, který biomedicína provádí na pasivních příjemcích svých technik a technologií. Sociolog Nikolas Rose (2007) poukazuje na formativní povahu biomedicíny: medikalizace z nás udělala to, co jsme. Sami se medikalizujeme a chápeme biomedicínskou optikou. Vědění, které biomedicína vytváří, ovlivňuje způsob, jakým definujeme nás – a jakým definujeme nenarozené děti a těhotná těla. V oblasti lidské reprodukce je definiční moc biomedicíny obzvlášť markantní (srov. Slepíčková et al., 2012).

Není divu, že o potratech, tichých porodech a dětských úmrtích, které jsou tichými svědky „biologické nedosažitelnosti“ stoprocentní úspěšnosti biomedicíny, moderní společnost mlčí. Dětská smrt hasí euforii z vědeckého pokroku. Narušuje narativ generační posloupnosti a odhaluje neúplnou kontrolu biomedicíny nad reprodukčním procesem. Medikalizace početí, těhotenství a porodu a intervenční přístupy k nim jsou jen logickým vyústěním normativu, že (jediným) cílem těhotenství je zdravé dítě. Jiný výsledek je selhání.

⁹ K fetální medicíně obrátila sociologickou pozornost Monica Casper svou dizertační prací *The making of the unborn patient: A social anatomy of fetal surgery* (1998). Ideologii fetální medicíny vyčítá, že příliš zdůrazňuje plod a jeho blahobyt a upozaduje matku, kterou pojímá jako pouhý inkubátor skutečného pacienta – plodu. Argumentuje, že fetální chirurgie je spíše (feto)maternální chirurgie a vyzývá k větší pozornosti vůči „sociálnímu“ řešení patologií plodů skrze zlepšování zdraví matek a podmínek pro děti uvnitř dělohy i vně. Perinatální morbiditu i mortalitu totiž významně ovlivňují socioekonomické, etnické a politické faktory (Casper, 2007, 2013).

¹⁰ Např. Gregor, V. & Šípek, A. (2009) Efektivita prenatalní diagnostiky v České republice v období 1994–2008. *Aktuální gynekologie a porodnictví*, 2009(1), 25-29; Gregor, V., Šípek, A, & Mašátová, D. Podíl prenatalní diagnostiky na snižování výskytu vrozených vad v České republice. *Česká gynekologie*, 2003(6), 395-400. Za snižování efektivity prenatalní diagnostiky se v biomedicínské literatuře považuje zvyšující se podíl těhotných, které odmítnou ukončení těhotenství.

Fetální terapie v ČR
Operativní léčbu plodů a nitroděložní chirurgii v těhotenství provádí *Centrum fetální medicíny* při ÚPMD v Praze (pro ČR a SR). Nejčastějšími výkony jsou zákroky na pupečníku či placentě při tzv. transfúzním syndromu u jednovaječných dvojčat. Operace vybraných vrozených vývojových vad u jednočetných těhotenství nabízí *Centrum* na spolupracujícím pracovišti v Belgii (např. brániční kýly, rozštěpové vady páteře či vady močového měchýře). Další prováděné výkony v *Centru* nejsou terapeutické, ale diagnostické. (Centrum fetální medicíny. (n.d.). Retrieved July 7, 2021, from <https://www.fetalnicentrum.cz/>)

2.6 Agenda slov

Úmrtí, ztráta, ukončení. Plodu, dítěte, těhotenství. Potratit, porodit, přijít o něj, ztratit? Ať už zvolím jakákoli slova k pojmenování ústředního tématu této práce, nebudou neutrálním označením životní události, ale nevyhnutelně budou nositeli hodnotového, kulturního a politického významu. To jsem pochopila po groteskních pokusech najít zcela neutrální slova, která bych mohla používat při psaní o potracených, mrtvorozených a zemřelých dětech. Slova mají moc. Označují a zvýznamňují. *Konotují* a *asociují*. Činí tak aktivně i pasivně – slova jsou závislá na svých uživatelích, bez kterých by ani nezazněla.

Ze začarovaného kruhu pojmových dilemat mě vysvobodilo okřídlené motto Ludwiga Wittgensteina: „*Co se vůbec dá říci, dá se říci jasně; a o čem nelze mluvit, k tomu se musí mlčet*“ (*Tractatus logico-philosophicus*, 1912/2007).

Filozof jazyka Wittgenstein tímto provokativním prohlášením nenabádal k ignorování témat, o kterých se obtížně mluví či která nedokážeme (zatím) pojmenovat. Ani nevyzýval k rezignaci nad pokládáním filozofických otázek. Ale poukazuje na to, domnívá se filozof a překladatel citovaného díla Glombíček (2014), že

problematická není otázka, ale její formulace, protože je založena na nedorozumění. Moje otázka *jak pojmenovat prenatální dítě a konec jeho biologického života* byla od podstaty odsouzená k nejasnosti a nezodpovědění. Já se v ní totiž netážu po neutrálních absolutních faktech, ale formuluji ji v předem působícím kulturním kontextu a vymezuji epistemickým rámcem. Antropoložka Howes-Mischel se do této pasti chytit nenechala, když píše, že tázání se po životě před narozením je vždy trojrozměrný problém – epistemologický, fenomenologický a ontologický:

“The query “what is a fetus” is itself a question both prompted by and resolved within specific cultural contexts and cosmologies. It is at once a question of epistemology (how to know), phenomenology (how to sense), and ontology (how to be).” (2018, p. 255)

Wittgenstein byl právem kritizován za tautologičnost svých výroků (např. E. Gellnerem ve *Words and Things*, 1959), ale osobně mu vděčím za to, že mě jeho bonmot vyvedl ze začarovaného kruhu

KONOTACE

Tradičně se chápou jako sekundární, na kontextu závislé a v něm aktivované významové komponenty (...) jsou založeny na pocitech a představách, které lexém vyvolává v mysli mluvčího (...) odrážejí vztah uživatelů jazyka k mimojazykové realitě (...) mohou se měnit v závislosti na různých faktorech (...). Proměnlivost k. souvisí také s časovým vývojem (...) a s rozdíly kulturní a jaz. tradice.

S lingvistickým pojmem k. souvisí psychologický pojem asociace, jíž se na základě výskytu jedné jaz. formy, nejčastěji lexému, vybavuje forma jiná.

(Hladká, Z. & I. Vaňková. (n.d.). In *Nový encyklopedický slovník češtiny* [online]. Retrieved July 6, 2021, from <https://www.czechency.org/slovník/KONOTACE#bibitem> 10

úvah, kterák referovat o potratech, mrtvorozených a zemřelých novorozencích co *nejneutrálněji*. Vyprovokoval mě k odmítnutí nabízejícího se řešení: totiž k tématu, které se obtížně uchopuje slovy, *mlčet*. Ani *mluvit jasně* technicistní biomedicínskou terminologií, za jejíž auru *neutrálnosti* a *vědeckosti* bych se mohla v akademickém diskurzu této práce schovat. Rozhodla jsem se podhalit epistemický a kulturní rámec, z kterého tato práce vychází, a o zemřelých embryích, plodech, dětech a těhotenstvích mluvit tak, jak o nich mluví ženy, kterým zemřely: jako o dětech.

3 Přivítání je rozloučení

Jaké to je, když vám zemře při porodu dítě? Vyzbrojená touto otázkou jsem šla na rozhovor s ženou, kterou jsem se odhodlala oslovit jako první. Moc jsme toho o sobě nevěděly. Miranda byla ze stejného města a znaly jsme se jen letmo přes Facebook. Právě tam jsem se dozvěděla, že nedávno porodila a vzápětí pohřbila dítě, které donosila s prenatálně diagnostikovanou fatální vadou mozku. S rozhovorem okamžitě souhlasila, až mě to překvapilo. Nečekala jsem, že by žena, které nedávno zemřelo při porodu dítě, byla ochotná si jít sednout do kavárny s prakticky cizím člověkem a vyprávět mu, jak se to stalo.

„V podstatě já jsem zjistila, že teda čekám miminko, který bude mít vrozenou vývojovou vadu, která nebude slučitelná se životem, tak to jsem vlastně zjistila v 11. týdnu. Čili vlastně brzo, ve třetím měsíci těhotenství. A zjistil to vlastně můj gynekolog, já jsem tam byla na úplně první prohlídce a on to hned zjistil na tom ultrazvuku, že se mu to nějak nezdálo a říkal, že se mu to prostě nezdá a že fakt si myslí, že ta hlava není v pořádku a že je to jako...[hledá slova]...blbý, ale že mi to nemůže stoprocentně potvrdit, že prostě chce, aby mi to potvrdili na tý genetice. (...) Jako on mi řek, že je to fakt blbý a že to jako nevypadá dobře a že jak on to vidí, ze svého pohledu jako odborník, ale že vidí, že to miminko nemá vůbec šanci...prostě přežít.

Kdežto když jsem pak přišla na tu genetiku ještě ten den, mě tam objednali hned, a tam mi hned řekli: ‚Nó, to... hmm, hmm.‘ Tak chvíli mlčeli, jezdili, že jo, prostě tím ultrazvukem: ‚No tak tadyto je jasný.‘ Takže genetik na mě hned nastoupil, že se není o čem bavit, že tady je to prostě jasný. Že teda velký postižení, který není slučitelný se životem, chybí celá lebka. Jakože většina mozku tam není, a tím pádem prostě je to jasný, jako že nemá šanci to miminko přežít a že teda musíme vybrat jako termín. Tak jsem říkala: ‚Jako jakej termín? Nebo prostě dá se s tím něco dělat?‘ ‚Jó jó, jako to vyřešíme, nebojte, to je v pohodě.‘ No a mě vůbec nenapadlo- [ironický smích] ... Asi jsem fakt tak naivní, že prostě mě nenapadlo, že tím myslí prostě automaticky jít na potrat. A tak sem říkala jako: ‚A teda jak termín, čeho?‘ ‚No prostě s tím musíte jít na potrat, že jo, okamžitě co nejdřív, dokud je to takhle malý, aby se to prostě– ...To je jako šetrnější způsob jako odstranění.“ (Miranda, 2020)

Okamžité kladné odpovědi na žádost o rozhovor se mi pak dostalo ještě několikrát. K mému údivu pokaždé: od všech žen, na které jsem se obrátila. U každé jsem sbírala odvahu se zeptat, zda by mi byla ochotná poskytnout rozhovor o její ztrátě pro

sociálněvědní výzkum k diplomové práci. „Je třeba o tom mluvit,“ zněla jejich nejčastější reakce. A tak jsme mluvily.

3.1 Tabu

Zpočátku jsem si myslela, že důvodem, proč se tolik zdráhám ženy oslovit – ať už známé nebo zcela mi neznámé, je moje ohleduplnost a společenský takt. Nepatřím k těm, kteří se druhých vyptávají na jejich reprodukční a intimní záležitosti. Zakládám si na tom, že otázky typu „Kdy bude druhý?“ a „To bylo plánovaný?“ nevypouštím z úst, protože je sama vnímám jako neomalené. Jenže s každou další souhlasnou reakcí na rozhovor o zemřelém dítěti jsem si víc a víc uvědomovala, že moje otálení, přeopatrné formulace a strach z odmítnutí nejsou pouze projevem mého slušného

vychování, ohleduplnosti a empatie. Samozřejmě – měla jsem upřímné obavy, abych se dotýčné nedotkla, abych ji nějak neranila nevhodnými slovy nebo obecně nepohoršila tím, že chci vyzvídat bolestné okamžiky jejího soukromého života. Ale moje opatrnost a pocit nepatřičnosti byl především produktem širšího kulturního rámování a společenského vnímání dětské smrti. Stejně jako bezejmenná veřejnost jsem považovala úmrtí dítěte v děloze za událost, o které se sluší mlčet, protože je striktně soukromá, a o které tudíž chtějí mlčet i truchlící matky. Předpokládala jsem, že mluvení o „sociálně problematické“¹¹ smrti zraňuje pozůstalé. Můj ostych z pouhé žádosti o rozhovor pramenil nejen z obav, že tím vlastně chci vystavovat vyprávějící ženy emocionálnímu rozrušení, ale že mu vystavím i sebe. Že nebudu vědět, jak reagovat na ženu, která přede mnou vyjeví svou bolest. Že jí účast ve výzkumu může emočně uškodit. „Sociálně problematická“ smrt společnost znepokojuje a mě znervózňovala jakbysmet.

Jenže zdánlivě ohleduplné mlčení je nejen následkem „sociální problematickosti“ dětské smrti, ale stejně tak její problematickosti stvrzuje a posiluje. Většina žen popisovala, že po úmrtí (porodu či potratu) reagovalo okolí přerušením komunikace nebo vyhýbání se jakýmkoli zmínkám o této události. Zdravotníci podle nich v některých případech situaci bagatelizovali nebo odlidšťovali jako technický problém reprodukčního mechanismu. Jako příčinu ženy spatřovaly „tabu smrti“. Domnívám se, že takové vysvětlení není úplné. Ve veřejném i odborném diskurzu týkajícím se těhotenství a porodu je smrt v podobě *rizika úmrtí* imanentní.

Všudypřítomné zmínky o úmrtnosti dokládají, že smrt v souvislosti s porodem či potratem rozhodně není zamlčována. Spíše se mi zdá, že za mlčením o perinatální ztrátě stojí společenská neochota věnovat pozornost životní události, která odporuje dominantním normativům moderní společnosti a její efektivní reprodukce. Těhotenství končící smrtí místo narození ohrožuje reprodukční normy a

„Všichni spíš by raději dělali, že se to nestalo.“ (Milada, 2019)

„Ty pohledy cejtíte, jo. Takový ty pohledy, takový ty možná drby, jo? Není to příjemný. Jo, vlastně, jakoby najednou jste strašně vidět, jestli mi rozumíte.“ (Malvína, 1991)

„Že fakt je to věc, vo který se fakt vůbec nemluví. Ale když někdo o miminko nepřijde, tak je to spíš zázrak.“ (Markéta, 2020)

Snažím se to jako říct, aby i moje kamarádky a lidi okolo mě věděli, že se to děje, že je to součást toho života. Nechci, aby to bylo tabu.“ (Monika, 2019)

„A pak začali pomalinku otevírat ty dveře, že mi začaly říkat jiný ženy, ale třeba i v tý jednačce ty advokáti: „Nám se to stalo taky. Mojí ženě se to stalo taky.““ (Mirka, 2018)

„Prostě neříká se to. Je to nepříjemný téma, tak se vo tom nemluví. Kdyby se vo tom víc mluvilo, že stejně jako je přirozený a dar, že to donosíš to miminko, tak je stejně přirozený i tohle...“ (Meda, 2018)

„Smrt a takový to odcházení je téma, který je velký tabu dneska, a my bysme se o tom měli být schopný bavit, protože to není nic ‚to neřešte‘, ale je to reálný.“ (Miranda, 2020)

¹¹ Tak označuje označuje úmrtí dítěte Mitchel et al. (2012). Problematická z důvodů, které jsem popsala na začátku 2. kapitoly.

zpochybňuje společenské hodnoty. Mlčení je tak způsobem, jak tato svědectví omezeného pokroku a nedokonalého vědeckého poznání zneviditelnit.

„We ascribe great social significance to biological initiations, such as genomic maps, fertilization, ultrasound pictures of unborn babies, and birthdays. But death at the beginning of life weighs heavily, as if ignoring it could make it disappear.“ (Lynn Morgan, 2009, p. 30)

3.2 „Ženská, co jí umřelo dítě“

Kdo jsou ženy, které mi svěřily svůj příběh ztráty dítěte? Netvoří sourodou skupinu, jakou lze přivést k existenci ve statistických přehledech. Společným jmenovatelem žen, s kterými jsem realizovala rozhovory, bylo nanejvýš to, že trvale žijí v různých krajích České republiky, v ČR se i narodily, přísluší ke střední třídě a majoritnímu etniku a v určité fázi těhotenství nebo v období několika dní po porodu jim zemřelo dítě. Jejich věk, ve kterém jim dítě zemřelo, se různil od 18 do 39 let. V době našeho rozhovoru byl účastnicím 28 až 47 let. Byly mezi nimi ženy vdané, svobodné a rozvedené, v partnerském soužití i žijící samy. Ztráty, o kterých jsme hovořily, se udály v různé fázi těhotenství (dvě v prvním trimestru, ostatní v druhém nebo třetím trimestru), v jednom případě dítě zemřelo týden po porodu. Nejstarší příběh ztráty se odehrál v roce 1991, ostatní v letech 2014 až 2020. Některé ztráty byly očekávané (prenatálně diagnostikované vady plodu), některým předcházelo ženino podezření či předtucha, některé byly naprosto nečekané a náhlé. Těhotenství žen byla plánovaná i neplánovaná, vytoužená i nečekaná, ale každá z žen jej pojímala v rozhovoru jako chtěné. Většina žen popisovala těhotenství jako bezproblémové, „fyziologické“, některé od začátku nebo v průběhu těhotenství čelily komplikacím. Část žen se hlásila k příslušnosti k některé z křesťanských církví, část zmiňovala vlastní formu spirituality a dvě se ke jakýmkoli transcendentálním postojům nehlásily. Většina žen (ale ne všechny) měly v době rozhovoru další žijící děti. Většina žen po ztrátě porodila další žijící dítě/děti (ale ne všechny). Pro někoho to byla ztráta prvního dítěte, některým ženám zemřelo druhé nebo další dítě. Všem ženám bylo společné, že událost pro ně měla význam jako ztráta dítěte.

Připadá mi nevkusné představit tyto ženy pouze redukcionistickým profilem jejich reprodukční historie. Ženy z mého výzkumu žily různé životy a i přes sdílené *vědění o životě* (viz 2. kapitola) se lišily hodnotami, postoji k mateřství, životními styly nebo kupříkladu profesí či politickými názory. Důvod, proč je představuji skrze jejich mateřství a reprodukční historii, je prostý – právě tyto dva rozměry byly hlavní osou našich rozhovorů a s většinou z žen jsem o jiných aspektech jejich života cíleně nehovořila. Nevyptávala jsem se na jejich náboženské přesvědčení, porodní vědění nebo třeba postoj k interrupcím. Kontexty jejich příběhu, které mi odhalovaly, se vynořovaly na povrch z hlubin jejich vyprávění o ztrátě. Čtyři ženy byly moje kamarádky blízké či z širšího okruhu známých, s ostatními jsem žádný předchozí kontakt či vztah neměla.

Metodické a metodologické parametry výzkumu

Těžištěm výzkumu k této práci jsou hloubkové rozhovory a analýza veřejně dostupných mediálních, odborných a osobních textových a vizuálních materiálů.

ROZHOVORY

Osobní rozhovor jsem vedla s 11 ženami, které prožily prenatální nebo perinatální ztrátu, a s několika dalšími ženami, které se s tímto typem úmrtí setkávaly profesně:

- porodní asistentka působící v okresní porodnici se se mnou podělila o své zkušenosti z doprovázení žen procházejících potratem/porodem mrtvého dítěte;
- poradkyně pro pozůstalé v pozici ředitelky občanského spolku Epsilon se mnou hovořila o perinatální paliativní péči, činnosti spolku a překážkách, které musí rodiny se ztrátou překonávat. Spolek Epsilon poskytuje v regionu poradenství a podporu rodinám, které v minulosti prošly nebo nyní procházejí prenatální/perinatální ztrátou, a zajišťuje doprovázení při porodu/potratu, konzultace v oblasti sociálního poradenství a organizuje setkávání a sdílení komunity rodin s perinatální ztrátou. Další činností spolku je šíření osvěty mezi nemocnicemi v paliativní perinatální péči, zvyšování informovanosti mezi pohřebními službami a podobně zainteresovanými institucemi a propagační aktivity zaměřené na širokou veřejnost;
- s doulou a sociální pracovnící, která vedle soukromé praxe doprovázení žen v těhotenství, při porodu a v šestinedělí poskytuje služby jako hospicová dula ve spolku Epsilon. Spolu jsme hovořily o specifikách doprovázení při porodu mrtvého dítěte, různých systémech porodního vědění a materiálních aspektech perinatálního úmrtí.
- Rozhovor mi poskytla rovněž krajská úřednice, do jejíž gesce spadá agenda pohřbenictví pro daný kraj, v němž mi popisovala všední praxi v oblasti pohřbívání a kontroly a regulace pohřebních služeb.

Polovina z výše popsaných rozhovorů probíhala osobně. Další část byla vedena formou videohovorů nebo telefonicky a v jednom případě (s matkou zemřelého dítěte toho času krátce po porodu dalšího dítěte) probíhal rozhovor asynchronně přes chat.¹²

Podstatnou část výzkumné práce jsem zaměřila na analýzu veřejně dostupných textů (resp. promluv), které pro přehlednost řadím do následujících skupin:

VEŘEJNĚ DOSTUPNÉ PŘÍBĚHY RODIČŮ

Na různých tematických webech, blozích, sociálních sítích (Facebook, Instagram, YouTube) a diskuzních fórech se nacházejí mnohdy velmi detailní příběhy matek (i otců), kteří prošli prenatální či perinatální ztrátou. Přibližně třicetku (detailnějších) příběhů jsem zahrнула do analýzy jako komplement ke mnou vedeným rozhovorům. Zahrnuté příběhy měly formu článku, příspěvku (vč. vizuálních) na sociálních sítích, podcastu nebo videa.

¹² V hodnocení asynchronní formy rozhovoru se shodují s Kateřinou Ratislavovou, která upozorňuje na její limity, především absenci okamžité reakce a interakce účastníka s výzkumníkem. Ztrácí se tak neverbální sdělení a důvěra mezi touto dvojicí. Na druhou stranu vyzdvihuje nízkou organizační i personální náročnost asynchronních rozhovorů a zmiňuje vyšší komfort ženy (autorka použila asynchronní emailové rozhovory také při výzkumu mezi ženami s perinatální ztrátou), protože se může zúčastnit z pohodlí domova a v libovolném čase, aniž by se musela konfrontovat přímo s osobou výzkumníka (Ratislavová & Ratislav, 2014). Právě posledně zmiňovaný aspekt je ale dle mých zkušeností spíše nevýhodou než výhodou. Z mých zkušeností jako ideální vzešel formát, který původně vznikl jako nouzové řešení v době dlouhotrvající pandemické krize: videohovor. Z pohledu účastníka totiž spojuje výhody synchronní a asynchronní formy: účastníkům umožňuje soukromí vlastního prostředí a komfort při (emocionální) expozici náročnému tématu, ale zároveň nezabraňuje vizuálnímu kontaktu tváří v tvář s výzkumníkem a zachovává tedy funkční komunikační vztah mezi touto dvojicí. Je-li ale pro účastníka preferovanou formou rozhovor osobní, měl by být pro výzkumníka rozhodně první volbou.

ČLÁNKY V MÉDIÍCH

Osobní vhlad do problematiky a názorová stanoviska jsem mohla sledovat v žurnalistických výstupech (článcích a rozhovorech) v českých médiích s těmito zainteresovanými osobami:

- neonatologové, akademička-porodní asistentka, majitelé pohřebních služeb, iniciátoři tematických občanských aktivit a české mediálně známé osobnosti, které sdílely osobní příběh perinatální ztráty.

PODPŮRNÉ A TEMATICKÉ WEBY

Na českém internetu působí více než desítka webových stránek, které se nějakým způsobem věnují tematické ztrátě dítěte. Do analýzy jejich obsahu jsem zařadila:

- občanské podpůrné iniciativy – poradny pro pozůstalé rodiče a další příbuzné, perinatální/dětské hospicy, občanský spolek pro důstojné pohřbívání mrtvorozených a potracených
 - součástí byla i analýza informačních brožur a dalších různých pokynů pro pozůstalé i profesionály dostupné online z těchto webů;
- osobní blogy žen po ztrátě – často obsahují rady a informační návody či brožury pro rodiče (např. zahraniční brožury ve vlastním českém překladu)
- web o pohřbnictví
- odborný web o psychosociální péči perinatální ztrátě určený zdravotníkům a dalším odborníkům

LEGISLATIVA A OFICIÁLNÍ STÁTNÍ DOKUMENTY

Ke kontextualizaci problematiky bylo nutné zjistit, jakými způsoby je perinatální i perinatální ztráta rámována, regulována a normována státními a veřejnými institucemi. Jako zdroje k rešerši a analýze mi posloužily:

- oficiální webové stránky Ministerstva pro místní rozvoj, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí
- zdravotnické a demografické statistiky vydané ÚZIS a ČSÚ
- zákony a ministerské vyhlášky
- oficiální stanoviska České gynekologicko-porodnické společnosti, České společnosti paliativní medicíny a České asociace pohřebních služeb a Sdružení pohřbnictví.

3.3 Etnografie a emoce

Etnografie mi poskytla mimořádně účinné nástroje k pátrání po tom, „jaké to je“. Cílem mého etnografického výzkumu, podobně jako píše Scheper-Hughes, bylo spíše než přinést jednoznačné odpovědi vznášení dalších otázek a vytvoření etnografického textu „s otevřeným koncem“ (1993, p. 30). Etnografie umožňuje odhalovat vícevrstvé kontexty zkoumané problematiky, protože dává výzkumníkovi širokou paletu metodických nástrojů. Především ale dává dostatek prostoru těm, kterých se problematika nejvíce týká: aktérům, kteří ji vytvářejí, žijí či ovlivňují.

Základním výzkumným nástrojem etnografie je etnograf*ka. V současné antropologii je uvědomění, že etnografický výzkum provádí výzkumník svým *tělem*, již všeobecně rozšířené (Madden v autoritativní učebnici etnografie hovoří o *somatickém obratu* [2010]). Stejně tak má antropologie již desítky let trvající tradici zkoumání tělesnosti. Je ale s podivem, že i přes takovou důkladnost, se kterou antropologie vyjadřovala k tělu, tělesným procesům, tělesné identitě, ztělesňování a vtělování (*embodiment*), se jí podařilo dlouhá desetiletí prakticky mlčet o integrální součásti biosociality člověka: o emocích. Pakliže se antropologie zabývala pocitem, tak často pouze v empirické

rovině smyslového prožívání, tedy tělesné smyslovosti, nebo ve filozofickoantropologické rovině afektivních teorií. Ne že by dříve antropologové v terénu emoce přehlíželi. Naopak, emočním projevům aktérů věnovali značnou pozornost, protože jsou důležitým významovým vodítkem při zúčastněném pozorování. V reflexích se zdrženlivě zmiňovali o emocích vlastních. Emocionalita v antropologii 20. století byla pojímána maximálně jako vedlejší produkt lidství, reflexe vůči nim zahrnovala leda „vypořádání“ se s nimi. Emoce ve vědě měly své místo – v psychologii, psychoanalýze, neurovědě, kulturních studiích či filozofii – emoce výzkumníka však nikoli. V etnografiích emoce sloužily k rétorickému dokreslení terénu či vyprávění nebo jako materiál ke kulturní komparaci. Na zrovnoprávnění s dalšími dimenzemi lidské existence – tělesností, jazykem, sociálností, smýšlením či kognicí – si ale musely emoce počkat do dalšího tisíciletí. Nejsem si jistá, zda se již dočkaly.

„A... [odmlka] ... já se dívám na ten ultrazvuk, že jo. Teď jsem prostě viděla zkraje toho sedmého měsíce, že tam ta srdeční akce prostě není. [zpomalí] A tak mu říkám: ‚Tam není srdeční akce.‘ A pan doktor povídá: ‚Nó... Není.‘ Jo. A teď bylo vidět, že prostě pátrá, že se dívá. A já sem jako chtěla v tu chvíli hrozně utýct, tak sem říkala: ‚Já vim, že tam není – to už nehledejte – není tam.‘ Že tam tepal ten muj přívod krve, to už je.... V týchle fázi už je to vidět, že už to i laik vidí na tom ultrazvuku, co tam je, co tam není. [pauza] Tak asi hodinu jsme tam ještě strávili – pan doktor je obrovskej asociál – ale byl strašně úžasnej, neměl tam sestřičku, hodinu tam se mnou byl. Říkal mi, že je to vlastně známka toho, že jsem zdravá, že určitě něco nebylo v pořádku a že to tělo vlastně ukončilo to těhotenství. Já sem se ptala, co bude následovat, jak to bude probíhat, jo. Teď že musím jet na chalupu, kde máma má vysokej tlak, že určitě z toho bude špatná, tak co mám dělat. Jo, všechno jsme probírali, byl fakt velkou oporou v tu chvíli.

A já sem jela na tu chalupu. Samozřejmě sem brečela celou cestu, víc než u toho pana doktora, kde sme řešili spíš ty technikálie, spíš takový jako – žádanka; kde teda porodit; [vyjmenovává] Jako vlastně ten prvotní šok je podobnej, jak když někomu umře člověk a zařizuje pohřeb a tyhle věci, tak tohľencto bylo podobný. Ale jak už sem byla sama se sebou, tak sem samozřejmě jako to – byla jedna velká tragédie, sem si to odjela těch patnáct kilometrů a my máme takovej zvyk, že když tam přijedem, tak třikrát zatroubíme. A jak sem plakala, tak sem si takhle chtěla položit hlavu na ten volant a zatroubila sem a voni vyběhli z tý chalupy, máma a Matoušek, a chtěli fotku z toho ultrazvuku. A já říkala: ‚Tyjo, vona je mrtvá.‘“ (Mirka, 2018)

3.3.1 Afektivní obrat v antropologii

Koncem 80. let se pokusil Paul Stoller strhnout antropologickou pozornost na smyslovost knihou *The Taste of Ethnographic Things: The Senses in Anthropology* (1989), ve které etnografům vyčítá, že přestali používat své smysly a píšou etnografii nemastnou, neslanou. Uspěl, antropologové si jeho výtky vzali k srdci a začali texty kořenit smyslovými popisy zvuků, pachů, textur a počitků. Později v knize *Sensuous Scholarship* (1997) přistihl antropologii při dalším z auto-centrismů, když upozornil na vědecké přehlížení odlišností *smyslového poznání* světa napříč kulturami. Stoller v ní také hovoří o odcizení se emocím: aby se akademici nemuseli s emocemi konfrontovat,

intelektualizují je. „*In the academy (...) only a small number of savants want to deal with the sensuous, with the "thrownness" of the emotions*“ (1997, p. 84).

V devadesátých letech se začali objevovat akademičky a akademici, kteří byli ochotni se „uvrhnout do emocí“. Emoce totiž mohou být dalším z epistemických prostředků, kterými disponuje etnograf jako výzkumný nástroj (Stodulka, 2014). Afekty, pocity, emoce, smysly, emoční práce, počitky a prožitky – jejich teoretizace, vymezení i praktické uplatnění v antropologických výzkumech rezonují publikacemi z posledních let (Beatty, 2014; Hochschild, 2012; Parvez, 2018; Ticineto Clough & Halley, 2007). Emoce v nich dostávají ale spíše instrumentální než epistemický rozměr (např. už Nancy Scheper-Hughes píše o „politické ekonomii emocí“ ve smyslu politicky socioekonomicky podmíněného managementu emocí [1993]; Podobně Arlie Hochschild pojednává „emotional labour“ jako práci s emocemi jako komoditami [2012]; Thomas Stodulka zase popisuje „emotional economies“ [2014] jako individuální strategii využití emočních vztahů k vlastnímu prospěchu.) „Epistemic affect“ (Stodulka et al., 2018) je nejnovějším posunem etnografického přístupu k emocím a na rozdíl od výše citovaného Stodulkově článku už neobsahuje apologetiku etnografických emočních prožitků („*their* [=confessions of ethnographer's emotional experiences] *intellectual validity in fostering the understanding of people other than ourselves is questionable*“ [2014, p. 93]) Afekt již není objektem, který se má zkoumat nebo „zvládat“, ale může být zdrojem poznání. Na základě vlastní výzkumné zkušenosti se spolu s autory pojmu „epistemic affect“ a zastřešujícího konceptu „affective scholarship“ shodují na produktivním potenciálu emocí. Domnívám se, že v budoucnu se epistemické afekty stanou etablovanou součástí etnografické teorie i praxe.

AFFECTIVE SCHOLARSHIP

“The neologism is not about introducing yet another concept to the crowded marketplace of social science jargons. We argue that the term works as a synecdoche clustering specific ideas about anthropological practice: as embodied products of researcher-researched interactions, affects may either motivate or discourage further mutual engagement. Moreover, the affects we impart in our encounters with research interlocutors shape the ways in which stories are told and social realities are conveyed. And finally, making affects epistemologically productive requires the recognition of the humanity that ethnographers share with their interlocutors. Offering the notion of epistemic affect, we hope, will help circulate these ideas and bring attention to a scholarship that can become more effective by paying attention to its affective dimensions.” (Stodulka, Selim & Mattes, 2018)

Proč emoce svádějí akademiky k přehnané intelektualizaci? Osobně se mi nabízí jednoduchá odpověď: stále podléháme dichotomii racionálního a (po)citového. Michael Hardt píše v předmluvě ke knize *The Affective Turn* o tom, že afekt překonává dichotomii těla a mysli, protože zahrnuje rozum i vášně (Ticineto Clough & Halley, 2007). Hardt tak pojmem *afekt* konceptualizuje jakousi intelektuální podobu emocí, které mají dostatečně racionální podklad na to, aby si jich akademická obec byla ochotná všímat. Je obtížné etablovat emoce v akademickém poli, které se

vyděluje od ostatních polí tím, že používá výhradně prizma racionality. Antropologickým vědám se ale již podařilo oprostít od mnoha dichotomických narativů modernity, dichotomické konotace racionálního=vědeckého/mužského a emocionálního=iracionálního/ženského¹³ překonat je dalším posunem, ke kterému má nakročeno.

3.3.1.1 Afektivní obrat v obýváku

Tváří v tvář silným emocím – ať už vlastním nebo druhého člověka – je jednou z častých reakcí útěk. Intelektualizace je pro výzkumníka sofistikovanou formou úniku. Takových tendencí jsem si všímala i u sebe, když jsem při sepisování tragických pasáží rozhovorů nebo při prohlížení surových materiálů začala bagatelizovat vlastní emocionální odezvu kulturní či historizující relativizací typu „dřív děti umíraly běžně“ nebo „její utrpení vychází z embryologického pojetí¹⁴, tak je vlastně jen epistemickým abstraktem“. Po nějaké době jsem si ale uvědomila, že je-li moje osoba (tělo, mozek, duše, srdce, oko či jakákoli jiná část) zároveň výzkumníkem i výzkumným nástrojem, neměla bych svoje emoce vyřazovat z výzkumného procesu, ani z výšin relativizujících explikací nonšalantně shlížet na emoce aktérů.

Tento malý soukromý obrat mi usnadnil přístup a analýzu dalších materiálů k tomuto výzkumu. Mohla

jsem se vzdát emocionální autocenzury. Možná jsem se ale neustálým nutkáním přemýšlet o *svých* emocích jenom chytila do pasti etnografického „vyrovnávání se s emocemi“.

HOLČÍČÍ TÉMA

V mém výzkumu chybí muži. Důvodem není neochota otců účastnit se výzkumu (soudě podle reakcí některých partnerů žen v mém výzkumu), ale moje rozhodnutí dát veškerý prostor v osobních rozhovorech matkám. Do analýzy jsem veřejně dostupné příběhy z perspektivy otců zařadila. Každopádně aktivní zahrnutí otců do sociálněvědních perspektiv si naléhavě žádá další výzkum. Moje volba realizovat rozhovory pouze s matkami je ale pouze částečným důvodem, proč v této práci zaznívají jen málo hlasy mužů: do *emocionální práce* v oboru perinatální ztráty se muži zapojují jen velmi zřídka – v mém výzkumu vystupuje angažovaný pracovník pohřebních služeb, úředník-akademik v oblasti pohřebnictví a menšinu tvoří také citovaní muži-akademici. Jsou muži opomíjení, nebo jsou mrtvé děti holčičí téma?

„Ptala jsem se [manžela], jak je na tom a on, že už dobrý, dobrý, ale když jsme potom chodili na manželskou poradnu, tak on mi řek, že se všichni ptali jenom na tebe, jak se máš ty, ale mě se nikdo nezeptal. Takže on se cítil hodně jako odstrčený. On v tu chvíli fungoval fakt jako úzasně, co se týče technickéjch věcí, tak to zařizoval on a já se mohla fakt jenom léčit nebo odpočívat.“
MH: „A on z toho vypad, z nějaký podpory-“
„-on chodil dál do práce, makal, vydělával. A utíkal se potom k alkoholu. Kdy už mi potom řek, že musí přestat, jinak by do toho spad. To se mu podařilo. Pak se utíkal k seriálům (..). Takže myslím si, že ta žena – jako já jsem byla podchycená dobře, ale tam se hodně zapomnělo na toho muže. Já jsem v tu chvíli neměla prostor, sama jsem truchlila, neměla jsem sílu ještě truchlit za něj.“
(Marta, 2014)

¹³ O genderovanosti emocionality optikou emoční práce píše Hochschild (2012).

¹⁴ Více o embryologickém pohledu v kapitole 4.

Nejprve jsem trochu tápala, zda a jak mám projevovat emocionalitu v průběhu rozhovorů s matkami o dětských úmrtích. Cítila jsem, že bych mohla ženě emocionálně přitížit, kdybych s ní sdílela rozrušení a slzy (pokud na ně přišlo). Na druhou stranu jsem tušila, že stoický výraz hráčky pokeru by znemožňoval upřímný komunikační vztah mezi mnou a ženou a mohl by ji stavět do znevýhodněné pozice trpící osoby před nadřazenou nedotčenou výzkumnicí. Spíše než o optimální metodiku etnografického rozhovoru jsem usilovala o nalezení způsobu, jakým bude moje participace v rozhovorech pro ženu co nejšetrnější. Našla jsem tedy soucitnou polohu, ve které jsem případně potlačovala svoje rozrušení. Správnost tohoto přístupu mi zpětně potvrdila odpověď Penny Simkin, která se desítky let věnuje obětem porodního násilí a traumatu, na otázku, jak snáší drsné příběhy svých klientek: „*Nejdřív to bylo velmi těžké. Uvědomila jsem si, jak moc mě to dojíká, až k slzám. Ale pak jsem si řekla, že to ženám nepomáhá. Pokud to neřekne mě, aniž bych se při tom rozplakala, tak komu? Zjistila jsem, že musím projevit empatii a zároveň se oprostít tak, abych tam byla jenom pro ni*“ (Martiniak, 2020).

Takže jsem každé ženě naslouchala, přikyvovala a doptávala se, a v některých momentech jsme spolu sdílely okamžiky ticha. A nebo její slzy, při kterých jsem jí tiše obdivovala: že na rozhovor se mnou kývla, i když věděla, že na něm podstoupí bolestivé vzpomínání a slzy v očích před cizí výzkumnicí. Zajímavostí většiny rozhovorů bylo, že jsme se v jeden či více okamžiků při nich obě rozesmály. Smály jsme se absurdním momentům příběhu, groteskním společenským situacím, překvapivým reakcím, nepovedeným formulacím i myšlenkovým zkratům a smály jsme se mimořádným byrokratickým absurditám. Přiznám se, že jsem byla připravena na smutek a slzy, ale smích mě zaskočil.

Metodické rady, jak vést rozhovor s pozůstalými matkami, mi daly ony samy:

„Ty ses ptala, co by pomohlo: poslouchat. Nechte ty ženský mluvit. Oni když to ze sebe vymluvěj, tak jim to pomůže daleko víc, než kdyby se utápěly v tom žalu.“

„Možná by mi pomohlo, kdyby mi ti lidi napsali, jak se to stalo nebo co se stalo. Já bych mnohem radši vysvětlovala než jako přijímala kondolence.“
(Michaela, 2016)

„Pak už vlastně se o tom nikdo ne baví. A my na ně třeba zapomenout jako nechceme! My chceme navopak třeba na toho člověka vzpomínat, bavit se vo něm.“
(Milada, 2019)

Slzy mě pak občas přepadávaly při přepisování rozhovorů. Několikrát jsem pocítila smutek, zklamání, znechucení, vztek nebo dojetí v různých zdánlivě nesouvisejících chvílích mého života, když jsem si vzpomněla na některý detail z příběhů mých statečných žen. Tyto emocionální prožitky mi pomáhaly odkrývat disonance, které je vyvolávaly. Směle bych je nazvala *epistemickým afektem*. A slzy do očí se mi nahrnuly – náhle a bez varování – několikrát během následného analyzování a psaní. Na pár vteřin se mi rozmazal obraz monitoru a hned jsem si pomyslela, jak jsou vlastně emoce ve výzkumné práci nepraktické. Najednou se mi zdálo úplně jasné, kde se bere neochota

akademiků věnovat pozornost emocím při výzkumech náročných terénů: nikdo se nechce zčista jasna rozbřechet nad kódováním před kolegou v kanceláři výzkumného ústavu. Já jsem si *afektivní vědu* odbývala v soukromí obýváku, takže jsem se mohla v klidu věnovat pátrání po epistemické produktivitě mého dojetí.

3.3.2 Biografické emoce

Jak jsem psala výše, afektivní posun obrací antropologii k afektivnímu poznávání výzkumníka. Zároveň i vybízí – anebo měl by vybízet – k přezkumu etnografických přístupů k emocím zkoumaných. V konfrontaci s obzvláště vypjatým emočním terénem, jako je úmrtí dítěte, jsem od počátku pociťovala, že mezikulturní komparace, psychologizující nebo konstruktivistické vysvětlení jsou nástroje, které mi zdaleka nestačí k porozumění emočnímu prožívání vyprávějícných žen. Philippe Bourgois varuje před radikálním dekonstruktivismem, který podle něj *“subtly denies the very real personal experience of pain and suffering that is imposed socially and structurally across race, class, gender, sexuality, and other power-ridden categories”* (1996, p. 14). Odmítavě se k výhradně kulturním interpretacím emocí staví i Andrew Beatty, který kritizuje jejich redukcionismus. Pro Beattyho jsou emoce projevem nejen kolektivních faktorů, ale i unikátních životních trajektorií: *„[E]motions are biographical: primed by evolution, to be sure; shaped by culture; constrained by subject position; but given personal relevance and intensity by individual history“* (2014, p. 13). Především ale podobně jako pro advokáty „affective scholarship“ (Stodulka et al., 2018) jsou pro Beattyho emoce projevem humanity, sjednocujícím projevem lidství: *„[T]here is no valid cross-cultural category of emotion in the first place – therefore nothing to narrate. There are feelings, thoughts, interpretations, and responses; but only in Western thought do they cohere as the package we call emotion. (...) But I would go further and assert that – whatever their ontological status as cultural inventions, biological states, or constructed social roles – emotions are unified experiences (...)“* (2014, p. 28).

Pochopila jsem, že není mým úkolem *porozumět* emočnímu prožívání vyprávějícných žen. Samy ženy byly skeptické vůči tomu, že by je mohl „pochopit někdo, kdo to sám nezažil“. Ale mohly jsme spolu skrze jejich příběhy sdílet společnou zkušenost lidství a odkrývat, jakými trajektoremi se ubírá jejich vyprávění.

„Porod se pořád nedostavoval, už jsem čtrnáct dní přenášela, takže to bylo už řádky čtyřicátého týdne těhotenství. A potom sem vlastně přestala cítit pohyb. Najednou jakoby to miminko, přestala sem cítit pohyby. Hejbal se tak jenom maličko a tak dále. A tak sem jela na pohotovost, kde mi teda udělali ultrazvuk, a vlastně i ten lékař (úplně z něj byl trochu cítit alkohol) a vlastně mi řekl: ‚Nó, jako v pohodě, ale ráno přijďte a vyvolaj mi ten porod, už dlouho přenášíte.‘ No a když jsem ráno přišla, jenže pohyby sem v té době už necítila, necítila.... (pauza) A vlastně jsem se vrátila z té pohotovosti, ale cítila sem sama v sobě, že není něco v pořádku, že není to v pořádku. No ale v nemocnici mě na té pohotovosti ubezpečili, že je. Poslechli mě, udělali mně ultrazvuk, řekli, že je. Ale já jsem se vrátila domů z té pohotovosti s tím, že ráno tam nastoupím na vyvolání porodu, ale sama – vevnitř – jsem cejtila, že to není v pohodě. Že vlastně je něco špatně. No ale autorita řekla že ne, že je všechno v pořádku. Takže sem, ač sem přemýšlela o tom, že bych tam měla jet znovu, tak sem nejela.

No a přijela jsem tam ráno a vlastně mě přijali a začli mně to miminko poslouchat a vlastně ho nenašli, to srdíčko. Takže mě brali na ultrazvuk, no a tam mi teda sdělili, že to dítě nežije, jo... [zpomalí] Což teda pro mě byl velkej psychický šok, vlastně jsem se trochu dostala do limitního stavu, kdy jsem úplně byla mimo, vůbec jsem nevěděla vlastně co, ani jak se jmenuju, nemohla jsem si vzpomenout na číslo, abych zavolala domu.“

MH: „A byla ste tam sama?“

„Byla sem tam sama, vlastně bylo mně osmnáct let. Eště poměrně v té době jakoby v prostředí socialistické porodnice. Takže to nebylo úplně přívětivé prostředí. Pro psychiku. Protože personál samozřejmě taky, taky samozřejmě – to prostředí nebylo úplně, jako je třeba teď, když je to prostě úplně někde jinde.

No a takže sem se dostala vlastně do takovýdlehého psychického stavu a vlastně jsem tomu nechtěla věřit. Prostě sem tam pořád říkala, že to není pravda, že se spletli. Pořád jsem doufala, že to je omyl. No ale nebyl. Pak jsem se nějak dovolala domů a oni mi vlastně řekli, že budu muset teda ale porodit přirozenou cestou, že císař není možný, že – ale že vlastně nemaj čas. Že pro to musí být jako vhodný podmínky pro takovejhle typ porodu. Takže mě vlastně dali na gynekologické oddělení, s tím velkým břichem, s tím mrtvým dítětem a nechali mě tam tři dny. [Pauza] Kdy se pořád čekalo na to, až jako bude vhodná situace. Kdy teda budou moct vést takovýhle porod.“ (Malvína, 1991)

4 Hranice a definice

„U toho porodu se dotýkáš té smrti, u každého porodu. Že jako si tam na ní šáhneš, u toho zrození. Že prostě něco končí, něco začíná. Mám pocit, že je tam oboje, že je to fakt jako magické moment.“ (Klaudie, porodní asistentka)

Černá a bílá jsou označení pro opačné strany spektra. Tvrzení, na kterém se já i čtenář velmi pravděpodobně shodneme. Černá je tam, kde není bílá. Bílá je tam, kde není černá. Jenže co když se máme se čtenářem shodnout na definici bílé nebo definici černé? Bez svého protipólu ztrácí pól svou jednoznačnost. Čím víc se snažíme popsat barvu v jednom bodě černobílého spektra, tím více ztrácíme vzájemné pochopení a schopnost určit hranici mezi černou a bílou. Ztratíme vzájemné porozumění a určení této hranice bude zdát nakonec úplně nemožné...

4.1 Embryologický pohled

Početí, těhotenství a porod se odehrává v šedé zóně významů. Porod jako hranice mezi narozeným a nenarozeným zdaleka není jednoznačným předělem sociální existence. *Nenarozené dítě* není neutrální pojem, ale jako každý pojem připisuje soubor významů tomu, co označuje. Pojem připisuje nenarozenému lidskou osobnost¹⁵. Předjímá počátek *dětství* do doby před narozením. Implikuje lidskou nedospělost a konotuje atributy, které chápeme jako *dětské*¹⁶. Smýšlení o nenarozených jako o dětech ale není nezávislé na kultuře a čase. Naopak. Antropoložka Lynn Morgan (2009) vystopovala proměnu myšlení o nenarozených přes pozoruhodnou cestu vývoje nového vědního oboru: embryologie.

Nenarozené dítě se počítá:

„Když se mě někdo třeba ptá: ‚Neplánujete třetí?‘ říkám: ‚No, třetí by bylo, kdybych ho nepotratila.‘ (Monika, 2019)

„Já jsem měla pátej porod teďka, žejo. Ale z jejich hlediska to je čtvrtý.“ (Markéta, 2020)

Nenarozené dítě je jedinečné a pojmenované:

„To je pro nás jméno, který v té rodině už máme a normálně funguje, takže je to takový, že když se rozpočítávají sušenky, tak děti prostě: ‚Kdyby tady byla ještě Mia, tak bysme museli ještě jednu hromádku.‘“ (Milada, 2019)

„Byly momenty, kdy přišla vlna stesku a brečela jsem ve stesku po tom prvním dítěti, přestože víte, že v bříše máte druhý.“ (z veřejného příběhu)

„Žádný dítě vám nenahradí toho člověka. To je prostě jiný dítě potom. Ale to dítě první, to byla osobnost, takže to se nedá nahradit.“ (Malvína, 1991)

4.2 Zárodky embryologie

Co se odehrávalo ve skrytu ženských útroh před narozením dítěte, bylo ve společnostech Západu až do 19. století předmětem spirituálních, medicínských a společenských výkladů. Zásadním posunem duchovního statusu dětí byla proměna rituálu křtu od původní raně křesťanské formy veřejné deklarace víry – realizovatelná výhradně dospělými – k iniciačnímu rituálu nemluvnat, za které prohlášení činila komunita. Křtem se děti duchovně zrovnoprávnily s dospělými (Scott & Betsinger, 2019).

Duchovní osobnost, tj. naději na spásu rovnocennou s dospělými, dosahovaly děti v různých lhůtách po narození. Odvíjely se od životaschopnosti dítěte a momentálně platných teologických nauk. Ty se proměňovaly v otázkách *oduševnění* neboli *animace*, tj. kdy a jakým způsobem vnikne do dítěte duše, nutný předpoklad k duchovní osobnosti (Hopwood & Buklijas, 2008). Rozšířeným výkladem byla teorie preexistence (vycházející z Aristotelovy epigeneze), že duše vniká do plodu někdy po početí (mnozí se shodovali na okamžiku prvních pocíťovaných pohybů zhruba v polovině těhotenství), ovšem pro křesťanskou teologii měla duše jiný význam než racionální duše

¹⁵ Pojem osobnost používám v tomto textu nikoli ve smyslu individuality (ang. *personality*), ale ve smyslu lidství, *bytí osobou* (ang. *personhood*).

¹⁶ Malé, rostoucí, nevinné, měkké, jemné, prosté, bezelstné, nezralé, bezbranné, závislé, nedospělé aj.

aristotelského učení. Konkurenční teorie preformalismu předpokládala, že miniatura lidského jedince je obsažená již v buňkách rodiče (zastánci vedli spory, zda ve spermii nebo ve vajíčku), a v děloze dochází k jejímu postupnému růstu (ibid).

Již od raného středověku právní literatura zohledňovala ochranu nenarozených, ale výhradně logikou ochrany těhotné. Zločiny na těhotné se trestaly přísněji a byly zavrženíhodné (Ennen, 2001). S rozvíjejícími teoriemi o oduševnění a miniatuře lidství lze od 16. století v literatuře sledovat zvyšující se společenský zájem o těhotenství a jeho ochranu včetně postihů manželek za aktivní bránění početí a první tendence ke kriminalizaci potratů (Müller, 2012) – jejím nutným předpokladem ovšem byla společenská shoda o počátku *lidství* potraceného plodu. Fascinace lidským plodem se prohlubovala.

4.2.1 Laboratorní embryo

Jedna z absurdních historek z našich rozhovorů zazněla od Mirky, která v sedmém měsíci porodila mrtvorozenou dceru, když vyprávěla o tom, jak doma v roce 2010 prožila za pomoci manžela první spontánní potrat:

„Ten plod jsme viděli. To bylo taky zvláštní. [pauza] To bylo jediné asociální okénko mého gynekologa, kdy řekl: „Škoda, že ste mi ho nepřinesla, já bych si ho vzal do lihu!“ [smích obě] Tak to z něj vyklouzlo dřív, než se stihnul zamyslet [smích].“ (Mirka, 2018)

V roce 1799 předběhl německý anatom Samuel Thomas Sömmering svou dobu průlomovou kresbou jednotlivých stádií vývoje lidského plodu. *Kresbou* odmítl pojetí prenatalního dění jako *růstu*, postupného zvětšování, které do té doby dominovalo představám o lidských plodech. Sömmeringově objevnému ztvárnění se ale v dalších desetiletích nedostalo příliš pozornosti. Nebyl zdaleka jediným vědcem, který ztvárňoval různě staré plody, ale žádnému se nedařilo vyplnit „bílé místo“ prvních týdnů od početí a jejich kresby podle potracených zárodků byly příliš statické a nejasné (Hopwood & Buklijas, 2008). Situace se obrátila, když otřásl vědeckým poznáním Darwinovy objevy společného původu druhů. Mezdruhové porovnání nenarozených zárodků se mohlo stát nezvratným důkazem o společném původu živočichů včetně člověka. Fascinace embryem začala být mezioborovým vědeckým zájmem.



Figure 4: Sömmeringovy Icones embryonum humanorum (H. & B, 2008)

Ke zkoumání nenarozených lidských zárodků bylo nenahraditelně potřeba...lidských zárodků. S rozšiřující se lékařskou péčí a maskulinizací péče o těhotné a rodičí

ženy získali anatomové, patologové, fyziologové a přírodovědci možnost přístupu k lidským plodům skrze obor lékařství. Embryologie již nebyla jen důkazní vědou společného vývoje všech živočichů, ale začal narůstat zájem o lidský vývoj. První nadšenci do lidské embryologie museli vyvinout velké odhodlání a trpělivost, aby získali dostatek lidských vzorků ke zkoumání. Spolupráce s ženskými a rodinnými lékaři, porodními bábami, patology a hrobníky byla nutnou strategií. Některé zdroje byly zřejmě ještě mnohem neoficiálnější. Je třeba zmínit, že potracené tkáně v té době končily v latrínách a mrtvé plody v jámách za hřbitovními zdmi, úřední regulace nakládání s potracenými dětmi neexistovala. Spolupráci bylo třeba namířit vůči úředním autoritám, aby tyto praktiky začaly z hygienických důvodů regulovat – když začaly úřady postupně zavádět pravidla pro pohřbívání (včetně pohřbívání zemřelých novorozenců, kterým se nedostávalo důstojných pohřbů), přesvědčili embryologové autority, aby do té doby bezvýznamné potratové „zbytky“ a mrtvé plody zahrnuli do regulací a přiřkli jim status „medicínského odpadu“, díky čemuž zajistí „odpadu“ nový užitek v laboratořích univerzit (Morgan, 2002 in Morgan, 2009). Účel embryologického zkoumání totiž vyžadoval větší kvantum vzorků, než bylo nesystematicky jednotlivým embryologům dostupné. Tento účel směřoval k tomu dokázat jednotný prenatální vývoj společný všem lidem bez rozdílu. Jak detailně ukazuje Morgan ve své studii o vzniku konceptu embrya (2009), v tomto ohledu byly Spojené státy jakožto kolébka lidské embryologie ideální lokací s relativně snadnou dostupností těhotných žen všech možných etnik a odstínů pleti. Z desítek se stala potřeba stovek vzorků, ze stovek další tisíce a tisíce. Embryologové posílali posílčky vyzvedávat embrya či plody od čerstvých

Připsání statusu medicínského odpadu potraceným embryím a plodům v počátcích 20. století emancipovala a povýšila potracené děti z dosavadního bezvýznamného významu na úroveň lidských výměšků. O téměř století později se stal status potracených embryí a plodů jako „anatomy-patologického odpadu“, který v ČR platil do roku 2017, terčem kritiky a pohoršení, protože tyto nenarozené v různých stádiích vývoje řadil k nemocničnímu odpadu a znemožňoval nebo přinejmenším zásadně komplikoval rodičům možnost mrtvorozené dítě důstojně pohřbít. „Odpadní“ status nenarozených dětí se stal nejvýraznějším argumentem proti nehumánnosti stávajících právních uprav. Od roku 2017 mají v české legislativě nenarozené děti zvláštní status „jiných lidských pozůstatků“ (podrobněji v kapitole 5): kritici dosáhli změny.

Účastnice výzkumu považovaly za urážející a nepřijatelné, pokud na jejich mrtvé dítě mělo být nahlíženo jako na materiál, který má být „zlikvidován“. Jejich nenarozené dítě mělo plně lidský status v rodině a bylo zahrnuto do rodinných vztahů jako budoucí člen s vlastním aktérstvím, které je omezeno jeho pobytem v děloze.

Dvě ženy z mého výzkumu donosily dítě s fatální vývojovou vadou a vehementně doporučovaný indikovaný potrat ztotožňovaly s „likvidací odpadu“, kterou nemohly konotovat se svým dítětem a která by jim upřela nárok na truchlení:

„Pokud bychom dali na doporučení doktorů, nic z toho by nebylo [vzpomínky na Milušku]. Miluška by se stala pouhou věcí, odpadem, kterého je potřeba se co nejdříve zbavit.“
(Magda, 2018)

„Tak na tý genetice mi to podali tak, že pokud budu na potrat, tak už není co řešit. Prostě si udělám další miminko a tečka. Prostě jako když vyhodím starý ponožky a ...nemusím nijak truchlit.“ (Miranda, 2020)

případů, které nahlásil spolupracující lékař (Morgan, 2009, p. 76;106). Mrtvé embryo či plod „zafixovali“ roztokem ve sklenici, tu označili iniciály darujícího lékaře a údajem o gestačním stáří, v případě abnormality vzorku pak poznačili případné mimořádné okolnosti těhotenství. O ženách se toho z pasportizace embryí nelze dovědět téměř nic (ibid,

V roce 1914 byl ve Washingtonu založen *The Carnegie Department of Embryology*, při kterém byla vyhlášena masivní „sbírka“ embryí a plodů. Zájem byl veliký, ročně se *Carnegie collection* rozrůstala o stovky vzorků. Lékaři i samotné ženy posílaly potraty, aby tyto „zbytky“ posloužily ku šlechtnému užitku vědy. V té době podle Morganové mnohé ženy neúspěšná či ukončená těhotenství před lékařem označovaly jako „zbytek“ či „krevní odpad“. Embryo nebo plod, které nebyly vidět, jejichž pohyby nebyly cítit a které po opuštění dělohy nežily a nepřežily nebyly a ani nemohly být v tehdejší chápání považovány za lidský život.

Nejobtížněji dostupná ke zkoumání byla ranná embrya – první dva týdny od oplodnění – která badatelé potřebovali k tomu, aby mohli objasnit mechanismus oplodnění a početí. Ranná diagnostika těhotenství neexistovala, takže jediný způsob, kterým bylo možné lékařsky odhalit časná těhotenství ještě před vynecháním menstruace, byly vzácné případy hysterektomie, kdy se v odstraněné děloze našlo počaté těhotenství. Carnegieho institut proto uzavřel dohodu s gynekologickými chirurgy, a ti instruovali své pacientky, aby před operací měly častý pohlavní styk (Morgan, 2009). Ve jménu vědy tak vznikla první „přirozená početí“, která ale neměla pražádnou „přirozenost“ sociální: embrya nebyla počatá jako potomstvo rodičů, ale za účelem vědeckých vzorků, o čemž ženy zřejmě neměly ani tušení. Rozpoznání tajemného lidského vajíčka ale nebylo snadné. Vědci začali experimentovat s oplodněním vajíčka u opic. V roce 1938 zachytil pod mikroskopem vedoucí opičího experimentu první lidské oplodněné vajíčko pocházejícího z „plodné“ spolupráce s gynekologickým chirurgem. Během dalších 14 let vypátrali 34 oplodněných vajíček od 211 nic netušících žen. Na základě těchto vajíček byl zobecněn ranný vývoj embrya: 23 stádií vývoje v prvních třech týdnech po oplodnění jsou autoritativním konceptem embryonálního vývoje dodnes.

Vědecký projekt byl úspěšný, shrnuje Morgan – embryologové pomocí embryí dokázali, co si předsevzali: desetitisíce „vzorků“ různé velikosti z různých stádií těhotenství i porodu mohly být použity jako důkaz o jednotné, fixní geneti lidského jedince, která je nadto předvídatelná a univerzální. Vybělená embrya/plody odhalená ze skrytu těla matek najednou začala existovat bez nich. A veřejně. Vznášející se embrya ve sklenicích vyskládaných na policích se z pracoven, laboratoří a univerzit dostala do přírodovědných muzeí a světových výstav, kde nepřestávala udivovat davy návštěvníků. První takto veřejnou výstavou embryí, plodů a novorozenců zvěčněných

konzervací v roztoku – kterou nově mohl navštívit kdokoli, tedy i ženy – proběhla v roce 1933 v Chicagu. Spíše než jako vědecký přehled byla koncipovaná jako přehlídka kuriozit a senzací. Pro pořadatele to byl výborný tah – návštěvnost výstavy byla enormní a zisk ze vstupného rekordní.

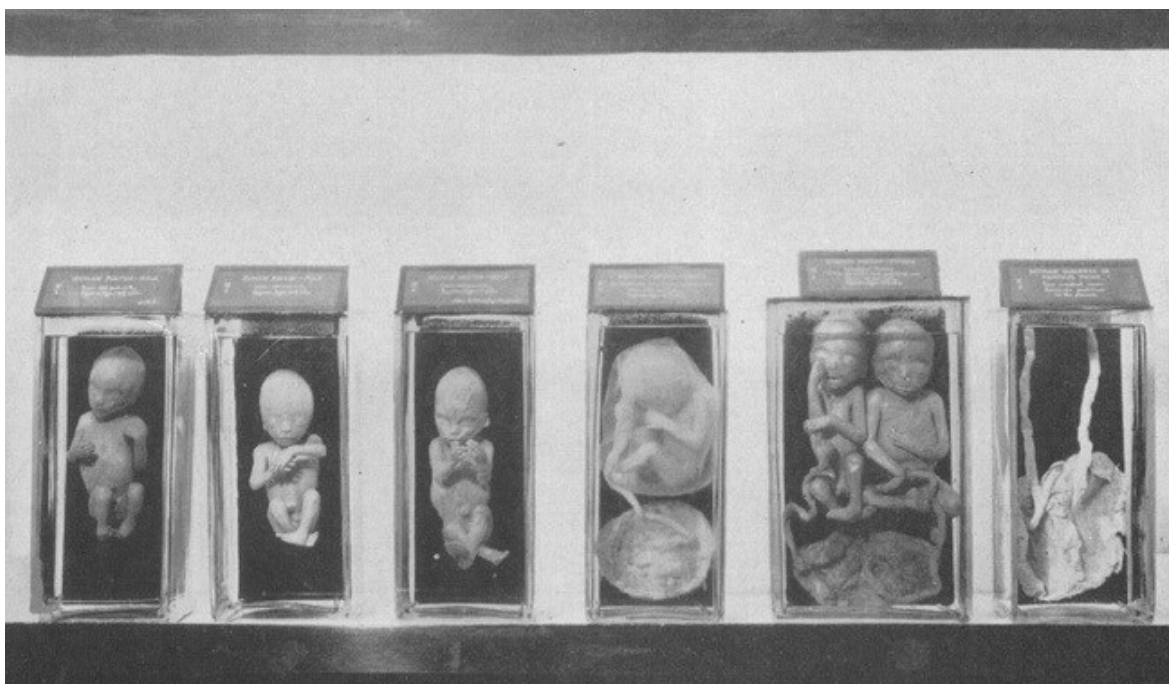


Figure 5: Výstava Century of Progress' World's Fair v Chicagu

4.2.2 Zrození nenarozeného života

Čím embrya tak překvapovala a přitahovala? Embrya ve sklenicích byla navzdory poměrně častému a bez povšimnutí odklizenému potratu zcela novým zobrazením dění, které se odehrává v děloze. V prvních desetiletích po „zveřejnění“ očištěných a zakonzervovaných embryí, plodů a zemřelých novorozenců¹⁷ vyvolávala spíš údiv a zvědavost u laické veřejnosti, než seriózní edukaci, ale v odborných kruzích začali akademici, politici, právníci, církevní představitelé a úředníci pociťovat nutnost se s novými zjištěními o počátku života nějakým – novým – způsobem se vyrovnat. Je zajímavé, poukazuje Morgan, že embryologové ve své fascinaci embryem byli plně zaměřeni na embryo jako samostatný objekt zájmu. Svou odhodlanost k mravenčí práci, píle a zájem věnovali výhradně laboratornímu embryu. Sociální okolnosti embryonálních vzorků nebyly nikterak relevantní: embryologové nijak neevidovali údaje o matce či jiné údaje o původu vzorků. Laboratorní embryo, které vytvořili ve sklenicích a pod mikroskopy, bylo úplně jiným embryem, než byla embrya z probíhajících těhotenství pro laiky. Nicméně narativ univerzálního stadiálního vývoje lidského jedince, který embryologové vytvořili, začali prosazovat v jiných oborech a z těchto jiných

¹⁷ Významná část „vzorků“ pocházela z dětských útulků, kam odkládaly za poplatek nelegitimní novorozence nesezdané ženy. Zařízení slibovala matkám zajištění adopce pro jejich dítě. Městská úřední kontrola takových útulků v Baltimoru odhalila 73-95% úmrtnost svěřených novorozenců. Část těl byla údajně darována místnímu anatomickému ústavu (Morgan, 2009).

perspektiv nebylo možné embryologický pohled na život přijmout bez převratné odezvy. Laboratorní embryo, které *uniklo* z embryologie, začalo nevyhnutelně *žít* v jiných oborech. Z laboratorního embrya se postupně začalo stávat embryo politické.

Embryologický pohled na lidský život stanovil jeho počátek na okamžik oplodnění. Tím, že vývoj člověka představil jako evoluční, úplně jednotný a přísně postupný biologický proces, vyvrátil dosavadní představy o prenatalním dění jako růstu, náhodě, přechodných momentech (např. oduševnění) nebo i mimolidské explanace těhotenství (doposud nebylo ve společenském chápání samozřejmé považovat např. zdeformované nebo životaneschopné plody za plody lidské [Morgan, 2009; Löwy, 2018]). Kontinuita vývoje, kterou embryologie představila, znamenala, že unikátní lidská individualita může být obsažena již od okamžiku splynutí vajíčka a spermie. Tento výklad funguje obousměrně: naši dospělou biologickou existenci lze vytrasovat až do okamžiku početí.

„The embryo collectors initiated a shift in the ontology of embryos — that is, in what people understood embryos to be. They began to transform embryos from worthless reproductive detritus to “natural” organisms and the foundation of our biological selves.” (Morgan, 2009, p. 90)

Embryologický pohled umožnil samostatnou existenci embrya a jeho aktérství. Díky možnostem konzervace přestala být embrya závislá na matčině těle. Jejich nová svébytná existence ve sklenicích, kresbách, fotografiích a později digitálních modelech a ultrazvukových snímcích jim umožnila aktérství: mít vliv. Svou vizualitou začala embrya ovlivňovat (již narozené) členy společnosti.

Embryologický pohled ohraničuje embryo jako ryze biologickou existenci. Jak jsem psala výše, pro embryology nebyly důležité okolnosti „života“ zkoumaného embrya. Když toto laboratorní embryo opustilo výzkumné ústavy embryologů, bylo paradoxně ztotožněno s embryi v dělohách – živými a sociálními. Embryologie převrátila dosavadní společenský výklad o vzniku člověka. Život – biologický, sociální, spirituální – mohl vznikat nezávisle na aktu rozmnožování a nebyl podmíněn sociálním přijetím.

Embryologický pohled sjednotil, zobecnil a zrovnocnil všechna embrya a jejich vývoj. Jestliže nám jednotný lidský prenatalní vývoj připadá jako samozřejmost, tak pak kvůli tomu, že žijeme uprostřed embryologického pohledu na vývoj, který je stejně jako jakékoli jiné kosmologické výklady reprodukován jako přirozená, odvěká pravda. Kdybychom nevytvořili embryo, nešlo by embrya považovat za budoucí (stávající) členy společenství, říká Morgan. Příběh embrya začíná početím a končí narozením a legitimizují ho mocné systémy vědění, především věda a náboženství.

4.3 Politické embryo¹⁸

Ztotožněním laboratorního embrya a plodu s nenarozenými ještě-ne-členy společnosti začala vyvstávat otázka práv a aktérství nenarozených. Sbírký, jako od Carnegieho institutu embryologie, které toto uvažování a poznání v první řadě umožnily, začaly z původní vědecké přínosnosti a laické zvědavosti vyvolávat pohoršení. Skutečná těla embryí a plodů ve sklenicích se postupně začala schovávat a mizet z veřejného a posléze i vědeckého, biomedicínského prostoru. V průběhu padesátých až sedmdesátých let je začaly nahrazovat dokonalé, od svého původu očištěné umělé modely, které ovšem byly vytvořeny přesně podle tělesných předloh desítky let starých embryí z Carnegieho sbírky (Morgan, 2009).

Embryologický pohled, který původně nahlížel embrya čistě biologicky, ale umožnil argumentovat biologickou jedinečností v otázce počátku lidské individuality. Tu ohraničuje výhradně její biologická existence, která se a rozehrál obrovský politický projekt ochrany nenarozeného života. Jeho následkem bylo mimo jiné legislativní znemožnění laboratorních výzkumů na embryích, které postupně přicházelo od 70. let v platnost po celém světě.¹⁹ Embryo, které nyní bylo vnímáno výhradně biologicky, nemohlo být objektem pokusů a zkoumání (z kterého by reálně mohly profitovat ženy a embrya se sociálním statutem),²⁰ i když vzniklo pro tyto účely v Petriho misce a sotva ho šlo považovat za budoucí sociální bytost. Vzniklo tak politické embryo s vlastní politickou subjektivitou a právní objektivitou. Kontury lidství se tak rozpouštějí do rozsáhlejších šedých zón než kdy dřív.

Celospolečenské chápání prenatalního života bylo zásadně proměněno obrazy nenarozených, které se masově rozšířily až v posledních desetiletích 20. století. Předtím - i přes kurióznost a vysokou návštěvnost - spatřila embrya ve sklenicích na výstavách pouze menšina populace. Ale s rozšiřujícími se možnostmi vizualizace se začaly šířit ilustrace a upravené grafiky (nazývané fotografiemi, aby zdůraznily pravost zobrazení) plodů na černém pozadí, bez dělohy, krve a prosvítajících tkání, které by narušovaly dojem miniaturního *člověka*, mezi širokou veřejností (o dalekosáhlých dopadech upravené vizualizace plodů a embryí a „voyeristickém ultrazvuku“ píše (dnes již kultovní) znepokojivý text feministická socioložka Rosalind Pollack Petchesky [1987]).

¹⁸ Pojem „embryo“ používám v této práci hyperbolicky, po vzoru pořadatelů prvních výstav nenarozených – *embryo* bylo novým, atraktivním pojmem, které přitáhlo více pozornosti a návštěvníků než starý známý *plod*.

¹⁹ Buněčné linie, na kterých se mj. vyvíjejí nebo testují vakcíny, byly vytvořeny z buněk lidských plodů v 60. letech, později se jejich původ stal předmětem kontroverzí, které přetrvávají dodnes.

²⁰ Ač jsou morální motivace zákonů znemožňujících využívání laboratorních embryí k pokusům pochopitelné, zabraňují mimo jiné třeba i testování účinků léků na těhotné, výzkumům léčby závažných onemocnění dospělých (Alzheimerova choroba a další) i zkoumání faktorů ovlivňujících prenatalní vývoj. Např. objev vlivu kyseliny listové na raný vývoj nervové soustavy byl náhodný, ale zásadní pro zlepšování zdraví nenarozených embryí a plodů. Výzkum (léčby) na kmenových buňkách byl protipotratovou ideologií zpochybněn, protože obnáší destrukci embryí (Morgan, 2009).

Zviditelnění embrya mělo dalekosáhlé politické, společenské a epistemické globální dopady, o kterých anatomové z minulosti neměli ani tušení. Embrya a plody vstoupily do zákoníků, soudů a volebních kampaní.



Fotografie 18týdenního plodu na obálce časopisu *Life* z roku 1965 uvádí fotografickou sérii fotografa Lennarta Nilssona *Drama of Life Before Birth*. Jeho fotografické zachycení dosud nevidaného nenarozeného života vyvolala globální obdiv; kultovní jsou jeho vizualizace v dokumentu *Miracle of Life* (1982), kde část snímků vytvořil endoskopicky na živém plodu (v živé ženě). Ostatní snímky vznikly na nežijících plodech. Snímek vlevo byl retušován, kolorován, byly odstraněny stopy krve a šedi (Jülich, 2015 in Szewczyk, 2019) a doplněno kosmické pozadí (v době „dobývání vesmíru“). Nilssonovy snímky jsou označovány za vědecké (mj. v roce 2003 vytvořil první fotografii viru SARS).

4.4 Křesťanské embryo

Křesťanské církve sehrály významnou úlohu na politizaci embrya. Za účelem jeho „ochrany“ vyvíjely (a dodnes vyvíjejí)²¹ tlak na uzákonění jeho práv a občanské autonomie. Tomu předcházelo podstatné přehodnocení dosavadního přístupu k nenarozeným. K přehodnocení křesťanské nauky a morálky nedošlo poprvé: církevní učení nikdy nebylo statické v čase a embryologická zjištění stejně jako jiné společenské převraty vyžadovala přizpůsobení dosavadních doktrín.

Do nároku na spásu (přesněji řečeno nároku na naději na spásu) zařadila církev děti poměrně záhy – v prvních stoletích raného křesťanství (Walsh, 2005 in Scott & Betsinger, 2019). Křest nemluvnat sloužil zdaleka nejen jako náboženský rituál, ale ustavoval dítě jako člena společnosti. Přisoudil mu společenskou a od raného novověku i politickou identitu, když začaly farnosti vést matriční evidenci nově narozených obyvatel. Jestli byl porod předělem biologické existence – z nenarozeného na narozené, tak křest byl předělem existence duchovní a politické (Dülmen, 2006).

Vědecká zjištění týkající se prenatalního života přinesla nový předěl biologické existence člověka – místo porodu ho posunula na okamžik početí. Převrátila tak teologické chápání člověka před narozením. Jestliže *každé* spojení spermie a vajíčka vytváří *stejně* embryo procházející *stejnými* stádii ve *stejném* čase v *každé* matce, a toto spojení je geneticky *unikátní*, pak počátek života se

²¹ V České republice působí vlivná lobbystická katolická skupina, která se organizuje v každoroční odborné konferenci nazvané *Nejmenší z nás: konference o právní ochraně osob před narozením*. Vystupují na ní lékaři, teologové, historici i právníci a svými příspěvky se silně vymezují proti potratům, mimomanželským dětem, hormonální antikoncepci, nakládání s defektními plody apod. a podrobují kritice a přezkumu českou legislativu a politickou akci vůči nenarozeným. (www.nejmensiznas.cz)

musí rovnat počátku duše, která je úplně stejně *unikátní* jako lidský genom. Je porozuhodné, upozorňuje Morgan, jak ochotně přejalo křesťanství genetický argument (2009). Argument o duši z křesťanské rétoriky úplně zmizel (aby nemohla být nařčena z náboženského fanatismu) a používá plně biologický argument o „biologicky živém“ embryu (ibid). Ještě pozoruhodnější mi připadá bezvýhradné přijetí biologického (embryologického) argumentu o počátku života v momentě oplodnění, který vznikl, jak upozorňuje Lynn Morgan, v naprosto – pozdější křesťanskou morálkou – neopodstatnitelných podmínkách masivního sběru oplodněných vajíček, potratů a mrtvorozených, v naprosté většině bez vědomí rodičů a zcela bez zohlednění důstojnosti a osudu těchto „nenarozených dětí“.

Vzájemná diskurzivní výpomoc mezi náboženstvím a vědou nebyla v druhé polovině 20. století ničím výjimečným. Embryologický pohled, dávno elaborovaný mimo laboratoře embryologů, upevňoval svoji dominanci v autoritativním vědění pomocí sakrálního diskurzu: odhalení „zázraku života“ jí pomáhalo upevňovat autoritativní pozici ve společnosti (Petchesky, 1987). Naopak náboženské iniciativy absolutně přejímaly argumenty a diskurz přírodních věd a *posvátnost* nenarozeného života odůvodňovali biologickými termíny (Reagan, 2003; Morgan, 2009; Doležal, 2013).

„Pak jsme dostali - přinesli nám tam křestní vodu, jestli ho budete chtít pokřtít. Tak to jsem si říkala, ty jo, to je super. Jako je to tam. Už s tím počítají prostě. Já jsem myslela, že se mrtvý děti nedají křtít. Že chtěj, aby se narodilo živý, aby ho mohli pokřtít. Ale pak mi právě říkali v tom Epsilonu, že to není tak, že se musí narodit živý, že ať se narodí živý či mrtvý, tak ho můžeš pokřtít. Jako křtil ho jakoby manžel. Mně se tak třáslý ruce, že bych neudržela asi nic. Bylo to takový krásný, dojemný, že nás fakt nechali o samotě.“ (Miranda, 2020)

Rozporuplná morálka vědeckých objevů (podobně jako např. vědecké poznatky pocházející z nacistického bádání, pokusech na věznicích, anonymních mrtvých tělech a podobně) je ovšem problematika dalece přesahující téma této práce a antropologickou kompetenci její autorky. Paradoxem je, že náboženská hnutí plně přejímají biomedicínský argument o vzniku života k vymezení se vůči zásahům, které umožnila právě biomedicína, jako je umělé oplodnění s „ničícím“ embryí, náhradní mateřství a prenatalní diagnostika vedoucí k biomedicínsky indikovaným potratům. Rovněž je zajímavé, že protipotratová hnutí, která argumentovala nábožensky, neměla potřebu se veřejně vyrovnávat s teologickou minulostí, která nepřiznávala prenatalně zemřelým duchovní subjektivitu a nedovolovala pohřbívání mrtvorozených a nepokřtěných zemřelých dětí na svaté půdě hřbitova. Křesťanské embryo s nárokem na spásu vzniklo ve 20. století zásluhou ryze sekulární embryologie.

V roce 2007 vydal papež (resp. *Mezinárodní teologická komise*) 41stránkový dokument týkající se spásy nepokřtěných dětí, která představuje „naléhavý pastorační problém“. Podle dokumentu existují „vážné teologické a liturgické důvody pro naději, že nepokřtěné děti jsou spaseny“. (www.cirkev.cz/archiv/070423-vira-ve-spasu-nepokrtenych-deti-je-opodstatnena)

4.5 Prenatální smrt

Embryologický pohled elaborovaný politickým, náboženským a veřejným diskurzem hluboce ovlivnil vnímání prenatálního a perinatálního úmrtí. Evoluční, lineární narativ embryologie, že z každého zárodku vzniká dítě, budoucí unikátní lidská dospělá individualita, se nedokázal vyrovnat s prenatálním úmrtím embrya/plodu bez zjevné vnější příčiny nijak jinak než mlčením. Pro velkou část potratů v jakékoli fázi těhotenství v současnosti neexistuje biologické vysvětlení. Étos „zázraku života“, nad kterým dokázala převzít kontrolu věda, biomedicínská praxe a stát, který nad nimi bdí, je zpochybněn každým potratem a tichým porodem bez zjevné patologické příčiny.

Prenatální a perinatální úmrtí představuje problém přinejmenším ontologický, epistemický a politický, když se jedná o smrt „politického embrya“, majícího občanskou předmětnost (minimálně ve státních statistikách populačního zdraví a kvality státem garantované péče) a politickou předmětnost (s mrtvým embryem nebo plodem se musí vypořádat řada státních institucí od matrik po hygienické stanice). Smrt nenarozených představuje problém morální, vzhledem k tomu, že se nyní odehrává na názorově rozbouřeném pozadí sporu o autonomii nenarozených a pro- a protipotratových společenských agend, ve kterých jedni znevažují rozhodnutí pozůstalých rodičů a druzí jejich smutek. Komplikovanou problematiku přineslo nové pojetí embrya i do oblasti biologie: embryo/plod je uvažované sice jako entita oddělená od matky, ale embryo/plod je na jejím těle (alespoň v prvních měsících od početí) biologicky závislé. Pro biomedicínu se tak embryo/plod může stát pacientem v pacientce (Casper, 1998) s nejasnými hranicemi, a to i přes zdánlivou biologickou jednoznačnost, kdo je vlastně kdo (Rutherford, 2018). Perinatální ztráta se odehrává na velmi sporné půdě, shrnuje socioložka Iva Šmídová (2019), která nedávno jako první zmapovala český kontext perinatálních ztrát. Problematičnost českých perinatálních úmrtí spatřuje v rozporné kombinaci celospolečenského chápání tabuizované a skrývané lidské smrti, glorifikujícího étosu „zázračné“ moderní medicíny, odporu vůči náboženskému diskurzu a politického rámování mocenských vztahů mezi – a nad – zdravotníky a pozůstalými rodiči čelící této intenzivní, emocionální a intimní smrti na samém začátku života (p. 442). K těmto výstižným faktorům dodávám jednu charakteristiku postsocialistického smýšlení: perinatální ztráta je bez-významná, protože je produktem zbytečného těhotenství, jehož smysl nebyl naplněn.

Jeden webový profil věnovaný dítěti, které náhle zemřelo před termínem porodu dominovalo srovnávání české praxe se západní praxí péče o pozůstalé rodiče:

„If my son has been born in the UK we would have had days together. In Czech, that wasn't how it was. I held my baby for six hours and then had to somehow leave him. (...)But this wasn't the care we should have had. I should not have been alone when I found out my son died. We should not have been told what would happen. We should have been given choices, given time and help to decide what we needed, what our family needed.“

Ženy, kterým zemřelo v těhotenství či při porodu dítě, překonávaly (a překonávají) dvojí těžkosti této události: osobní ztrátu, která je tragická (tedy neočekávaná a nepatřičná – *neměla by se dítě*), a společenský problém: ztráta popírá zázračnost biomedicíny a její kontroly nad reprodukcí, zeslabuje mateřské kompetence (jejichž samozřejmým předpokladem je donosit a porodit živé dítě), ohrožuje reprodukční normy (těhotenství končící úmrtím je neproduktivní, zbytečné a nevyužití)²² a zpochybňuje validitu vědeckého, biologického, embryologického poznání „přírodních“, univerzálně platných a neměnných zákonitostí lidského prenatalního vývoje: náhle každé početí nekončí narozením budoucího dospělého. Prenatální úmrtí zpochybňuje normativy modernity: neustálý pokrok vědy a biomedicíny, role státu jako garanta (veřejného) zdraví, role občana jako produktivního přispěvovatele kolektivnímu dobru a sekularizované ovládnutí materiálního světa pomocí jeho rozřídění do jasně definovaných kategorií.

4.6 Šedá zóna

Na „sporné půdě“ prenatalní a perinatální smrti se odehrávají ideologické a argumentační boje, které jsou charakteristické tím, že se vedou primárně nad definicemi. Kritika praxe nebo společenské morálky týkající se prenatalního života nebo smrti je vystavěna na kritice definic tohoto života nebo smrti. Prenatální život byl sice *vyjeven* embryologickými empirickými důkazy a konstruovanými teoriemi o prenatalním životě, *definován* legislativou a statistickými kritérii, *zosobněn* společností, která přijala rozvíjí socialitu nenarozených dětí, *oduševněn* náboženstvím a *inscenován*²³ (řečeno Annemarie Molovou: *enacted*) zobrazovacími, biochemickými a audibilními technologiemi. Jenže ohraničování nenarozeného života a smrti pomocí zviditelňování, právního a biomedicínského definování, společenského (a náboženského) zvýznamňování a technologické inscenace je velice ambiciózním projektem: přese všechnu snahu má prenatalní život nejasné kontury a spory se odehrávají v šedých zónách pojmů a

„V mém případě [fatální VVV] jim přišlo zbytečné to riziko podstupovat. Ten výčet rizik zakončil doktor slovy (která si budu pamatovat asi napořád): ‚A může se stát, že bude nutná sekce, což je velká břišní operace – kvůli dítěti, které nebude životaschopné.‘“ (Magda, 2018)

„Ona nešla na tý kontrole v šestým měsíci změřit. A je pravda, že jsme byli tak uchlácholený tím NIP testem [který neodhalil žádnou vadu], prostě ta spolehlivost tam je. Ono se ukázalo potom i na tý genetice a patologii, že opravdu tam nic nebylo, že ten NIP test jako nelhal. Že naopak ten prvotrimestrální screening byl falešně pozitivní na Downův syndrom.“ (Mirka, 2018)

„Tam [ve zdravotní dokumentaci] mám doslova ‚za každou cenu si přeje pokračovat v těhotenství‘.“ (Miranda, 2020)

²² Těhotenství diskurzivně spojujeme s *výsledky, zdarem (neúspěšné těhotenství), ztrátou* (která implikuje nahraditelnost) a prostorovou manipulací (*Ize přijít o dítě* nebo *nechat si ho vzít*). Luc Boltanski (2013) hovoří o moderním „rodičovském projektu“.

²³ Za překladatelskou inspiraci děkuji Varvaře Borisové.

smýšlení o životě před narozením. Ženy čelící ztrátě se ocitají v šedých zónách a nezbyvá jim než si vytyčovat vlastní definice.

Hranice počátku života. Je nešvarem sociálněvědních textů o prenatalní smrti, že dříve nebo později skončí u pojednání o fundamentech propotratových a protipotratových argumentů. Moje práce není výjimkou. Jenže ontologické a epistemické debaty svádějí k tomu přehlížet hlasy žen, kterých se prenatalní smrt týká. Podle žen, se kterými jsem vedla rozhovor, není stanovení hranice počátku života v určitém momentu gestačního vývoje jejich dítěte jakkoli relevantní pro následné prožívání ztráty dítěte. Všechny ženy, se kterými jsem hovořila, pojímaly svou zkušenost jako ztrátu dítěte a nebo možnosti mít dítě.²⁴ Ať už ke ztrátě došlo v jakékoli fázi těhotenství a ať už začleňovaly očekávané dítě do sociálních vztahů nebo ještě ne, jejich pojetí nenarozeného života bylo striktně embryologické: početí vnímaly jako příslib unikátního, neopakovatelného, nenahraditelného potomka. Pojem „ztráta“ mi přijde velmi výstižný: ženy ztrácejí příslib mateřství a naději na jedinečné dítě.

Mirka embryologický výklad ještě rozšířila: spojovala příslib potomka přímo s plodností a stavěla tento moment ještě před početí:

„Je mi to líto, když poznám na sobě tu ovulaci, tak to je vlastně zmar, to já vlastně mrhám tím životem, kterej by moh přijít, že neprijde. Že vlastně tu plodnost je nevyužitá.“ (Mirka, 2018)

Náboženské přesvědčení ženy ovlivňovalo spíše postoj k materialitě nenarozeného života než k životu samotnému:

„Jediný, co mi přišlo úplně šílený, že to prostě spadlo do záchodu. To mi přišlo úplně šílený a v tu chvíli jsem nevěděla, co mám dělat. Já jsem si říkala, že je to už jenom ta schránka. Nejsem zastánce toho, že do toho dvanáctýho tejdne to není jako nic.“ (Meda, věřící, potrat v 1. trimestru, 2018)

Vnímání události jako ztráty dítěte nezáviselo na délce a intenzitě vztahu s nenarozeným dítětem. Monika potratila v den, kdy zjistila, že je těhotná. Není věřící, událost popisuje jako ztrátu „toho“ (těhotenství, možnosti mít dítě), ale později ve vyprávění započítává toto krátce zaznamenané těhotenství mezi „dětí, který sme mohli mít“.

„Ten stejnej den, co jsem zjistila, že jsem byla těhotná, jsem o to přišla nebo to už bylo pryč. Takže tam nebylo žádný těšení nebo přemejšlení o miminku, na to jsem měla řekněme minuty nebo hodiny, víc ne.“ (Monika, 2019)

Nenahraditelnost a unikátnost „ztraceného“ potomka ale také není jednoznačná. Mirce nahradil syn předchozí potrat v 10. týdnu, ale když ji o několik let později zemřela dcera v 7. měsíci, další dceru jako náhradu nevnímala.

„Ten potrat před Matouškem v tom raným stádiu, to jsem věděla, že buď jeden nebo druhý, protože to by se nevešly ty dvě těhotenství do sebe, ale takhle jak byly Mia a Málinka po roce, tak si to někdy dokážu představit, že by tady byly dvě ty treperendy po roce....No, že by to bylo jako veselý...“

²⁴ Tím nenaznačuji, že takto vnímají ukončení těhotenství všechny ženy v ČR nebo ženy obecně. Pojetí prenatalní smrti (jestli vůbec je pojímáno jako smrt) závisí na mnohých faktorech – kulturních, sociálních, kosmologických, zdravotních i biografických.

Podobnou temporální logikou se ohrazuje proti unikátnosti zemřelého dítěte historička Leslie Reagan: „*If I had not my miscarriage I would not have my child; and he is the one I want. For me, to memorialize and mourn my miscarriage annually would mean not only dedicating myself to perpetual victimhood, but to wish away my son.*“ (2003, p. 378)

Hranice mezi narozeným a nenarozeným. Zdánlivě jednoznačnou hranici mezi nenarozeným a narozeným dítětem některé ženy nerozlišovaly. Na rozdíl od embryologického/biomedicínského pohledu, který kvalitativně odlišuje život před narozením a po narození (např. názvoslovím embryo<plod<dítě), stejně tak právně-politického pohledu, který přisuzuje občanskou plnoprávnost dítěti okamžikem porodu, Miranda i Magda (obě odmítly indikovaný potrat) považovaly prenatalní život svého dítěte za plnohodnotný život a jejich těhotenství za – vzhledem k vadě znemožňující přežití dítěte - maximální možnou formu jejich mateřství:

„Každý život má nějaký trvání, a něčí život je devadesát let dlouhý a něčí život je pár měsíců v děloze. (...) My jsme teda neměli, že by žilo devět měsíců, ale třicet tejdů ale prostě i tak to bylo fakt krásných třicet tejdů, kdy jsem to miminko vnímala, kdy jsem si s ním mohla povídat, prostě úplně normální.“ (Miranda, 2020)

Přístup doktorů byl ‚proč to prodlužovat, když stejně umře‘. A náš přístup byl ‚pokud stejně umře, proč ho nenechat žít alespoň těch pár dní/týdnů, které má před sebou‘. (Magda, 2018)

Před novelizací zákona o pohřbnictví v roce 2017 určovala hranice nenarozeného/narozeného, zda je možné dítě pohřbít či nikoli.

„Primář tam nakráčel a první co on řekl, že tak mezi – na ty všechny doktory a ke mně – že není pochyb, že se Miuška narodila živá, protože v tu dobu – nevím teďka úplně, kdy se to měnilo, ale vím, že se tím zabýval – tam byl problém, že když se narodí mrtvěrozené dítě, si ho odníst k pohřbu – nechtěli, nemohla ho legálně nemocnice vydat k pohřbu.“ (Marta, 2014)

Hranice mezi potratem a porodem. Rozlišování mezi tím, co je „ještě“ potrat a co je „už“ porod, nebylo pro žádnou ženu distinktivní a nebo to dokonce vnímaly jako poškozující. Potratem nazývaly konec těhotenství Meda a Monika, které spontánně potratily v prvním trimestru. Meda při popisu potratu používala podobné atributy jako u porodu. Na rozdíl od porodu ho ale chtěla prožít o samotě, bez partnera nebo jiného doprovodu. Pro ženy, které porodily/potratily v šedém pásmu, tj. okolo biomedicínské hranice potratu/porodu, tato distinkce neměla žádný přínos, naopak jim klasifikace porodu jako „pozdního potratu“ znesnadňovala možnosti pohřbení, neměly nárok na

sociální podporu a uznání sociální existence jejich dítěte prostřednictvím státní evidence (vydání rodného listu).

„Než jsem se vzpamatovala z toho šoku, řekl mi, že jsem o dva dny mimo tabulky a podle ‚předpisů‘ zachraňují až od 24.týdne. Nejedná se tedy o ‚předčasný porod‘, ale o ‚pozdní potrat‘. Nepokusit se zachránit Matouška kvůli dvěma dnům mi přišlo naprosto absurdní a začala jsem s doktorem na toto téma diskutovat. Neodporoval, ale sdělil mi, že Matoušek leží v komplikované poloze a pokud se rozhodnu bojovat o jeho život, čeká mě císařský řez (kterého bych byla při potratu ušetřena) a navíc je dle tabulek 95% pravděpodobnost, že bude s ‚postižením‘.“ (Marie, 2018)

„Nedostala žádný rodný list, ani rodný číslo, jelikož to vlastně bylo čtyři dny před porodem, byl to potrat. Takže nemáš nárok vlastně na nic. V podstatě je to plod, kterej umřel, ne dítě.“ (Markéta, 2020)

Distinkce potratu/porodu naopak měla význam pro morální a právní hodnocení události: Monika i Meda potratily doma (respektive mimo nemocnici), nad čímž se nikdo nepozastavoval. V pokročilejším těhotenství by událost bez lékařského dohledu byla problematická a i kriminalizovaná.

„Já to úplně neberu jako potrat, já to beru fakt už jako porod. Protože to miminko už fakt bylo miminko. Mělo nějakých dvanáct, třináct centimetrů, takže jsem to prožívala takhle. [15. týden těhotenství]. A myslím si, že i ty jakoby porodní hormony fungovaly, že tam přišla ta úleva a to intuitivní chování. Když přijela záchranka (...) teda muž volal, a kde jsme narazili jako první, tak bylo na dispečerku, kdy se muž snažil vysvětlit, co se stalo, a ona to asi nějak špatně pochopila, a myslela si, že jsme jako porodili doma. Takže muž dostal jako poměrně velkou sodu, jako jak to, že jsme si dovolili rodit doma, a on se jí snažil vysvětlit, že sice ano, ale v 15. týdnu, takže to asi není porod, ale potrat. Takže na to se začala omlouvat, že tu záchranku posílá a tak. To jsem se dozvěděla zpětně, muž mě tím nechtěl stresovat, ale musím říct, že kdybych si tu záchranku volala sama, tak nevím, co by to se mnou udělalo.“ (z veřejného příběhu)

„Setkala jsem se s několika rodinami, který říkaly: „My bysme chtěli to naše děťátko, který umře, přivést na svět doma. A mít dost času na rozloučení.“ A to třeba je úplně jako vlastně nemyslitelný, nebo v tom smyslu – mám příběh od kolegyně, má klienty, který prožili ztrátu děťátka doma, a udělali si to všechno prostě sami doma. Takže doma rozloučili se s ním, pohřbili si ho na zahradě, i formou nějakého vobřadu. A vlastně s tím byli takhle hrozně spokojení. A gynekolog tý ženy jí potom nahlásil na policii, kde zase údajně on to jako věděl všechno, ale údajně že to musí nahlásit, protože co kdyby se třeba narodilo v pohodě a ona ho zabila. Takže to policie vyšetřovala. Je zákaz pohřbívat mimo místo k tomu určený, takže museli provést exhumaci ostatků a řešilo se to právě s policií a pro tu rodinu bylo vlastně největší trauma tohle. Že tou ztrátou si oni hezky prošli, prostě to zpracovali. Ale to, že tam přijde nějaká policajt a začne řešit jako, jestli vy jste to dítě nezabila, pak tam zase nějaký lidi k tomu určený vám to místo, kde máte to děťátko uložený, někam vám ho vodvážej a musí žejto na pitvu a... No ale zase to na jednu stranu chápu, že jsou nějaký předpisy zákonný, že může se stát, že někdo porodí doma a prostě zabije dítě. Ale si říkám, že by bylo fér, kdyby se takhle možnost otevřela. Nějak to zákonně ošetřit, že to někde třeba můžu říct, ať už komunikuju s gynekologem nebo někým. Proč by to nemohlo bejt, že pani porodí, pani čeká dítě s vadou neslučitelnou se životem a rozhodla se, že ho přivede na svět doma.“ (Kája, dula z Epsilonu)

Nejdůležitější roli hrála distinkce porodu/potrátu pro zdravotníky. Porod a potrat totiž vyžaduje dva diametrálně odlišné způsoby péče. Porod vyžaduje snahu zachránit dítě (není-li nitroděložně diagnostikováno jeho úmrtí), potrat má význam odstranění tkání neproduktivního těhotenství (ať už samovolné nebo uměle vyvolané). Pro zdravotníky překvapivě není kategorie porodu a potrátu jednoznačně časově ohraničená: sice podle definice mrtvěrozeného dítěte se porodem nazývá každý porod od ukončeného 24. týdne těhotenství, ale ojediněle z vážných zdravotních důvodů může být takový porod uměle vyvolaný s usmrcením dítěte jako indikovaný potrat i po 24. týdnu. Naopak dřívější předčasný porod (tedy potrat před 24. týdnem) může být vyjednáán jako porod a neonatologické týmy pak vyvíjejí náročnou a intenzivní snahu udržet dítě naživu. Zdravotnická distinkce porodu/potrátu je ontologická:

„Přesto je celkem běžné, že rodiče ještě nenarozeného dítěte už dopředu hlásí, že nechtějí postižené dítě. Strach ze stigmatu předčasně narozených dětí je u nich tak silný, že si nepřejí, abychom miminku dali šanci. To je ale obvykle nemožné. V dnešní době nejde živě narozené dítě jen tak „odhodit do kyblíku“. S rodiči samozřejmě pracujeme, snažíme se pochopit jejich názor, ale zároveň musíme respektovat zájmy rodičů se dítěte. Nemůžeme jen tak jednoduše zachraňovat, nebo nezachraňovat děti na přání rodičů. Jsou to těžké situace.“
(výňatek z mediálního rozhovoru s neonatoložkou, Deník N)

značí oddělení perspektivního anebo neperspektivního plodu od matky a pojímá plod buď jako pacienta nebo jako odpadní produkt těhotenství. Matky, se kterými jsem hovořila, tuto ontologickou distinkci nemají. Odlišnost ontologických východisek zdravotníků a rodičů je příčinou, proč některé ženy zažívají traumatizující zdravotní péči (např. když není uznán jejich porod/potrat personálem jako ztráta dítěte), a způsobem, jakým se zdravotníci vyrovnávají s konfrontací s mrtvými a umírajícími plody:

„Na jednu stranu chápu ty doktory, že říkaj plod, potrat a tak dále. Oni taky musej svou psychiku bránit, jinak by se z toho museli zbláznit. Na druhou stranu to byla jedna doktorka, tam přišla mi říct, jako že moje dítě něco něco, řekla dítě a porod, a pak se opravila na plod a potrat. Několikrát. Já jsem říkala „Mně opravdu nevádí, když tomu budete říkat porod“ a ona přesto se dál opravovala, aby to bylo přesně podle knížek a tak.“ (Markéta, 2020)

„Doktorka mne vyšetřila a odvedla mě za dalšími tři doktory, ať si do mě ‚sáhnou‘. Nic jsem netušila a nenapadlo mě nic zlého. A najednou ta slova: ‚To je na potrat.‘ Já zůstala nahá sedět a nerozuměla jsem ničemu. Pustili manžela dovnitř a vysvětlovali mu, že tam jde vidět vak blan, že jsem otevřená a nedá se nic dělat. Doktor mi bezmyšlenkovitě sdělil, že mi to prý může udělat za hodinu, zítra půjdu domů a za měsíc můžu být znovu těhotná. (...) Malá byla za necelé dvě hodiny venku. Já prosila, ať se můžu rozloučit, ale bylo mi to odepřeno a odnesli ji pryč, jako nějaký odpad.“ (z veřejného příběhu)

„Musím říct, že ten personál z toho byl strašně přejetej, jako že strašně. To prostě jako kdyby umřelo to dítě i jim.“ (Marta, 2014)

„Ty situace okolo úmrtí děťátek, jakejkoli, v těhotenství, při porodu, jsou pro ten personál hrozně náročný. A oni potřebují nejen naučit se s tím zacházet pro tu ženu, ale i pro sebe. Jak jako sebe opečovat, jak to zvládat ty situace, jak to ustát, když jsem třeba u genetického potratu a pak tam půl hodiny jsem s miminkem, který dožívá. Takže myslím, že jsou [otevřený spolupráci s Epsilonem, školením apod.] – né všichni jsou tomu otevřený to vytvářet a řešit, ale hodně jo.“ (Kája, dula z Epsilonu)

„Když jsem začala pracovat v X, tak tam byl porod dítěte ve 24. týdnu asi, přesně na hranici viability, gramově. A když se narodilo, tak se ty ženě řeklo, že je mrtvý, já už si to přesně nepamatuju, narodilo se a mělo ještě ty dýchací pohyby. Že tam umíralo v takový misce ještě nějakou dobu. A byla u toho studentka a já na to nerada vzpomínám. Já se jako nevidím za to, jak to dopadlo. Ale....jako pomohlo mi, že jsme to i někde rozebírali, že vlastně v tu chvíli je důležitý to říct ty ženě, probrat ty možnosti, a že to dítě mohlo umírat na ní, že se jí mohlo říct, že – i kdyby se zahájila nějaká jako resuscitace, já si ani nedovedu představit, že by na něj naběhli, to dítě bylo tak malý vlastně – no tak to bylo takový, že jsem dostala strach, jsem si říkala: ‚Tyjo, tak já vůbec nevím.‘ Vlastně jsem se k tomu postavila dost jako blbě. Ale já jsem jako čekala, že jsem tam byla se starší kolegyní, s tím lékařem, že mi ukážou nějaký směr, jak to jako udělat...“ (Klaudie, porodní asistentka)

Hranice mezi embryem, plodem a dítětem. Biologické stadiální vymezení vývoje člověka má dalekosáhlé důsledky: epistemické, právní, politické, morální, legislativní, zdravotnické, diskurzivní, jak ukazují proměny smýšlení o nenarozených v průběhu 20. století. Pro účastnice výzkumu ale tyto meze byly naprosto irelevantní. Neodpovídají totiž jejich mateřské zkušenosti a chápání nenarozeného dítěte: jeho vývoj vnímaly všechny ženy jako kontinuální, nikoli stadiální. Některé ženy rozlišovaly různou míru „lidství“ nenarozeného dítěte lineárně: odvislou od jeho gestačního stáří. Jeho socialitu a sounáležitost posilovaly např. pomocí křestního jména: ženy s prvotrimestrálním potratem děti nepojmenovaly jménem, ostatní ano. Všechny ženy ale hovořily o „ztracených“ dětech jako o *dítěti*, *miminku*, *synovi* či *dceři* nebo křestním *jménem*. Pokud zdravotníci jejich dítě označovali biologickým názvem (plod), vnímaly to pejorativně jako dehumanizující.

Hranice mezi matkou a nenarozeným dítětem. Konstrukce svébytného embrya/plodu umožnila rekonceptualizaci vztahů mezi matkou a nenarozeným dítětem. Raný embryologický výklad natolik entuziasticky prosazoval svébytnost embrya/plodu a nezávislost univerzalitu a ne-socialitu jeho vývoje, že jakékoli teorie o vlivu matky na prenatalní vývoj plodu embryologové odmítali. Jejich odmítnutí nebylo namířeno pouze vůči lidovým pověrám o vlivu chování a prožívání těhotné na plod, ale rovněž vůči domněnkám praktikujících gynekologů o vlivu zátěže, nemoci či podvýživy na potratovost jejich pacientek. Tyto gynekology označovali první embryologové jako nedostatečně erudované (Morgan, 2009, p. 52-57). Matky byly postupně „osvobozovány“ od jakéhokoli behaviorálního vlivu na plod, v 60. letech se plně prosadila myšlenka, že prenatalní vývoj je natolik

biologicky determinován, že ho žena nemůže nijak ovlivnit (ibid). S rozvojem protipotratové propagandy od 70. let se těžiště zodpovědnosti za prospívání a správný vývoj plodu začalo převažovat na stranu matek a jejich individuálního chování. Kolektivní faktory (kvalita životního prostředí, socioekonomické zázemí, kvalita výživy, dostupnost zdravotní péče) byly vystřídány individuální respozibilizací (vliv emocí, stresu, konzumace tabáku, kofeinu, alkoholu a dalších návykových látek ze strany matky), která vedla ke zvyšování společenského i biomedicínského dohledu nad těhotnými a jejich chováním (Reagan, 2003). Tento posun vnímání těhotných žen jako zdrojů rizika pro nenarozené dítě přispěl

Vzhledem ke vzájemnému vlivu a společnému krevnímu oběhu není hranice mezi matkou a plodem tak jasná, jako schematicky znázorňují učebnice biologie. Sporná je placenta, která je z biologického hlediska mimotělním orgánem dítěte a funguje nikoli jako pasivní filtr, ale jako aktivní orgán dítěte s vlastními metabolickými potřebami. Nové výzkumy fetoplacentárního metabolismu a epigenetických faktorů přinášejí stále více důkazů o vlivu sociality matky (a jejích životních podmínek) na biologii plodu. (Rutherford, 2018)

ke vzniku právního problému subjektivity plodu a vytvořil spor, který Shannon Dea nazývá „falešnou dichotomií“ (2016): model potenciálně protichůdných zájmů matky versus dítěte, který v krajnosti vede až ke kriminalizaci matek (Müller, 2012; Reagan, 2003). Na scénu vstoupil neoliberalní nebo totalitární stát, který začal zajišťovat ochranu nenarozeným ještě-ne-občanům. Ochrana plodů, které nemají perspektivu stát se plnohodnotnými občany (plody s vrozenou vývojovou nebo přežití znemožňující vadou a mrtvé plody) ale donedávna nebyla součástí státního (respektive společenského) zájmu a je další „spornou půdou“ na poli perinatální mortality a morbidity.

„Takže určitě se dá jít i – vzít tu zodpovědnost do vlastních rukou. Ale jak jste říkala, že pro někoho je to hrozně náročný, kor v tom traumatickém okamžiku, no a tím spíš jsme zase u toho, že by si zasloužily dobrý zacházení, plnou informovanost, ale pak i tu návaznou péči. Teď jsme se o tom bavily v souvislosti se zákazem potratů v Polsku. Pro ty pro-life lidi je to bezvadný, že zákaz potratů, ale co teda s těma rodinama, který díky tomu zákazu budou mít ty děti, vo který budou přicházet, nebo který teda přežijou. Naleje stát spoustu peněz do toho, aby fungovaly perinatální paliativní týmy? Nebo potom podporuje organizace, který budou pomáhat s péčí o ty postižený děti a dál?“ (Kája, dula z Epsilonu)

Respozibilizace je (sebe)obviňujícím mechanismem matek se ztrátou, vůči kterému se všechny vymezovaly:

„[Doktorka] řekla, že si se mnou chce promluvit jako ženská s ženskou, jsem si říkala ,aha, co to bude jako‘ a dala mi kázání o tom, že, jako, proč vůbec jsem chtěla čtvrtý dítě, že ona má dvě a bohatě jí to stačí....Potom mi řekla, to bylo těsně po propuštění, že nikoho, kdo je v tak hrozném stavu v týchle fázi těhotenství, ještě nikdy neviděla. Že jsem se asi o sebe ani neuměla postarat, takže není divu, že to takhle dopadlo. Ale ona to prostě usoudila podle mých výsledků po dvoutýdenní ztrátě krve! Víš jak to myslím: ona ignorovala, že jsem dva týdny krvácela. Takže ona ty výsledky [extrémní chudokrevnost] po dvoutýdenním krvácení brala jako můj výchozí stav. (...) Přitom na kontrole [těsně před začátkem krvácení] podle krevních obrazů jsem měla železo super, všechno jsem měla dobrý. (...) A já si taky nemyslím, že by to byla jejich chyba [zdravotníků]. A i to hledání viníka je úplně k ničemu.“ (Markéta, 2020)

5 Tělo a pohřeb

Počaté, nenarozené dítě existuje v různých rovinách. Je fascinující pátrat po historických a současných pojetích jeho vizuální existence (např. Hopwood & Buklijas, 2008; Morgan, 2009; Petchesky, 1987; Han 2009), mytologické, spirituální a náboženské existence (Law & Sasson, 2009; Tate, 2012), medicínské a biotechnologické existence (Casper, 2007; Löwy, 2018; Šlesingerová, 2019), sociální, politické a morální (Casper, 2013; Duden, 2007[1991]; Kotrlý, 2013; Boltanski, Porter, 2013; Scheper-Hughes, 1997; Rapp, 1991; Valc, 2021) a dokonce i existence auditivní (Howes-Mischel, 2019). Jedná se však o imaginativní intelektualizaci (jakkoli potřebnou a přínosnou), která pomáhá odkrýt společenské, historické a hodnotové pozadí prenatálního života a pochopit současné kontexty vztahování se k němu, ale nijak neubírá na nutnosti se materiálně konfrontovat s nenarozeným dítětem, pokud zemře. Existence nenarozeného dítěte je totiž nevyhnutelně materiální, a to *především*, když zemře. Tímto tvrzením nechci upírat materialitu živým embryím, plodům a nenarozeným dětem: nesporně jsou fyzicky přítomné v tělech matek, hýbají se, kopou, zvětšují se a rodí se. Ale jako živé jsou žijícími přísliby budoucího dítěte, aktéři k nim vztahují jejich budoucí existence, předjímají jejich *budoucí status* – dítěte, člena rodiny, pacienta a občana.

Pokud ale nenarozené dítě zemře, musí se zainteresovaní aktéři (matka, otec, rodina, zdravotníci, sanitáři, ale i zákonodárci, úředníci a pracovníci pohřebních služeb) konfrontovat s jeho *současným statusem*, který je především materiální – jeho mrtvé tělo. Se statusem neúplného člověka s neúplnou osobností, ještě-ne-občana, „pozůstatku“, který přestal být pacientem. Když prenatální dítě zemře, jeho budoucí existence

zaniknou. Existence mrtvého nenarozeného dítěte se dočasně smrští na materiální existenci jeho mrtvého těla, s kterým musí být nějak naloženo: musí se dostat z matčina těla, někam přenést a nějak sklidit. Mrtvý plod ztrácí nejen život, ale i budoucí status dítěte a všechny vyhlídky.

5.1 Mrtvé tělo v živém těle

Přehodnocení statusu nenarozeného dítěte, které bylo původně perspektivní (v Boltanského projektu rodičovství[2013]), bylo pro ženy velmi silným momentem, které

DVA PLODY:

S BUDOUCNOSTÍ A BEZ BUDOUCNOSTI

Dvojí kategorie plodů se uvažuje často latentně či nevědomě, ale naprosto běžně v mnoha oblastech. Na dvě zcela odlišné ontologie plodu upozorňuje Boltanski: podle něj biomedicína i společnost činí markantní rozdíly v přístupu mezi „project foetus“, (plánovaným žádoucím, perspektivním a životaschopným plodem) a „tumoral foetus“ (nežádoucím, nelidským, defektním plodem) (2013). Právní oblast rozlišuje plody podle potenciálu přežít: práva může mít ten, u kterého lze očekávat, že se živě narodí (podrobněji v kapitole 5.2.). Ve zdravotnické praxi lze zase sledovat diskurzivní rozlišení plodů na perspektivní a neperspektivní: při odumření plodu nebo diagnóze vážné vady začnou zdravotníci hovořit místo o původním „miminku“, „dítěti“ nebo „plodu“ jako o „těhotenství“, „obsahu dělohy“ či neurčitě „tom“. Ženy v mém výzkumu nadále označovaly zemřelý plod jako dítě, miminko nebo ho nazývaly jménem.

popisovaly mnohdy s doslovnou přesností. Změna statusu z perspektivního dítěte na neperspektivní (nebo z živého na mrtvé) se vždy odehrála v nemocnici nebo ordinaci (oznámením lékaře, v případě proběhlého spontánního potratu jeho potvrzením události). Samotné sdělení bylo zatěžující pro všechny přítomné. Při popisu, jak se v danou chvíli a době bezprostředně poté ženy cítily, používaly většinou výraz „autopilot“, „šok“ nebo „limitní stav“.

Forma sdělení byla v několika vyprávěních nápadně necitlivá. Nechápala jsem, proč některé ženy vyprávěly, jak si je personál předával mezi sebou nebo jim porodní asistentky odmítaly sdělit, co se děje. Později jsem zjistila, že sdělení úmrtí dítěte je situace rámovaná organizačními a kompetenčními rámci. Diagnózu nesmí sdělovat porodní asistentka, ale lékař, takže v situacích, kdy asistentka obsluhuje CTG („monitor“) a nenachází srdeční akci plodu, nevyslovuje předtuchu nahlas. Úmrtí může konstatovat pouze lékař. Stejně tak vážné vývojové vady, které představují indikaci k potratu. Tato závažná sdělení byla potvrzovaná dvěma lékaři (dvěma ultrazukovými vyšetřeními).

„Já jsem vlastně ráno vstala a měla jsem divnej pocit, že se nehýbe, ale říkala jsem si, děti se nehýbou furt, tak jsem byla v klidu. Ale přes den pak, najednou jsem tušila, že je něco blbě, tak jsme jeli do nemocnice, tam jsem chvilku čekala na chodbě, pak mi dělali monitor, sestřička tahala za všechny dráty, co mohla, a já jí říkám, že tady bude něco špatně. Pak jsem šla na ultrazvuk a to bylo jasný, že srdce nebije. A pak už jenom prostě to sdělení, že teda blbý a že prostě porodit musím stejně. Ještě jsem se ptala, jestli teda musím rodit. [smích] Tak to jinak nejde, udělej to co nejjednodušší, že mi pomůžou, jak to pude, a epidurál a všechno.“ (Milada, 2019)

„Doktor mě vyšetřil vaginálně, z toho asi zhodnotil, že krvácím hodně. No a jako on tam viděl na tom ultrazvuku, a že ten bílej puček [který vyšel doma], že pravděpodobně byl jako ten – ten plod. Žejo, on to ještě není plod, to je ještě zárodek, nebo jak se tomu říká, když je to malinkatý? Embryo. No a pan doktor zhodnotil, že krvácím hodně, a že by bylo lepší, kdyby mi tu dělohu vyčistili. Jako že můžu jít klidně domu, jestli chci, ale že budu krvácet dlouho a že budu dlouho unavená a nebo že mi to vyčistí. Tak sem nastoupila do nemocnice, tak jsem se rozhodla, že jo, ať to je všechno rychlejc za mnou. Já jsem furt řešila všechno s doktorama [muži] víš jak, že mi to bylo trošku nepříjemný.“ (Monika, 2019)

Že má miminko vrozenou vadu, jsem se dozvěděla ve 14.tt. Byla to moje první návštěva. Do té doby jsem neměla potřebu tam chodit - těhotenstvím jsem si byla jistá, miminko bychom si nechali za všech okolností a neměla jsem žádné potíže, které bych musela řešit s doktorkou. Ve 14.tt jsem tedy šla k doktorce a při běžném UZ se vada ukázala, poslala mě na potvrzení ještě do nemocnice, protože s tím neměla moc zkušeností, ale to, že hlavička nebyla zřetelně kulatá a ohraničená, jsem viděla na obrazovce i já. (Magda, 2018)

„A měla jsem nějaký růžový výtok a měla jsem pocit, že jestli náhodou nerodím předčasně, tak jsem šla v neděli na kontrolu a v pondělí nebo úterý jsem měla jít na první ultrazvuk a kontrolu od primáře a tak dále. Tam se na mě koukali trošku divně, že vlastně blázním, že sevůbec nic neděje. A vlastně týden na to jsem šla na monitory a tam mi sestřička oznámila, že nemůže chytit ozvy miminka, že mě ještě pošle na ultrazvuk, že jenom může být miminko otočený zadíčkama, že to je v pořádku, že nemám se děsit. Tak jsem se taky neděsila, počkala jsem na ultrazvuk, ještě jsem si řákala: ‚Jó, to bude nějaká blbost, ha ha ha.‘ Už předtím, když mě tenkrát poslali domů s tím, že jsem jako šílená prvorodička, tak jsem si říkala, že to teda nic nebude. No, přišla jsem na ultrazvuk, byla tam doktorka, na kterou v životě nezapomenu. Začala mě vyšetřovat a říká: ‚No, je to, jak vám sestra říkala.‘ A já říkám: ‚No sestřička mi říkala, že může být otočený zadíčkama, že neslyší ozvičky, že ho nemůže chytit.‘ ‚Ne, plod nežije. Ale počkáme ještě na pana primáře. Potřebuju potvrzení dvou doktorů k diagnostice.‘ A úplně tak jako stroze, takže jsem si říkala...(..) Přitom jako ženská. Ženská. Člověk by řekl, že ženský k tomu má jako nějak větší cit než chlapi... Po chvíli tam přišel pan primář a ten mi jako oznámil, že ‚bohužel se stalo to, co jako je nejhorší pro ženskou, že bohužel miminko už nežije.‘ A ten to vzal prostě lidsky, byl tam ten přístup– S tím se už dalo smířit. Ale to co mi řekla ta doktorka, tak hned panické šok, hned jsem se zadejchávala, hned jsem nevěděla co.

(..) Nicméně mi vyvolali porod. Ještě mi primář říkal, že miminko už nic neucítí, takže mě můžou zdrogovat, takže mi napíchali epidurál, měla jsem oxytocin a další oblbováky, takže když jsem šla родit, tak jsem se budila akorát na kontrakce a mezi kontrakcema jsem vlastně spala. Ač je to jako neuvěřitelný, tak fakt mě to jako uklímalo.“(Michaela, 2016)

Po sdělení následovalo okamžité řešení situace nebo diskuze o něm. Pro ženy, kterým bylo sděleno úmrtí plodu *in utero*, změna statusu dítěte obnášela nutnost mrtvé dítě porodit. Časové řešení se v biomedicínských praxích jednotlivých porodnic lišilo – v některých nemocnicích bylo nutno porodit „co nejdřív“, protože mrtvý plod začal představovat vážné riziko pro matku. Vztahy vzájemné rizikovosti mezi matkou a nenarozeným dítětem se úplně obrátily.

„A první moje myšlenka byla taková zvláštní, že se potřebuju zbavit toho těhotenství.“ (Mirka, 2018)

Rozkladné procesy v mrtvém těle plodu mohly způsobit v matčině těle sepsi. Další rizika pro ni představoval porod a možné komplikace. Císařský řez, který některé ženy chtěly, aby „nemusely porodit“, je v případě mrtvého plodu až nejzazší volbou kvůli riziku přenosu infekce z otevřené dělohy s rozkládajícím se plodem do organismu matky. Ženy tedy dostaly antibiotickou profylaxi a indukční tablety či infuze. V některých nemocnicích žena nastoupila na vyvolání porodu až druhý den.

Mrtvé dítě (nebo dítě s vývojovou vadou určené k „sekundární prevenci“) přestalo být pacientem. Měnila se proto poskytovaná porodnická péče: během porodu odumřelého plodu mohla být žena silně medikovaná, protože se nemusely zohledňovat účinky léčiv na dítě, a porod nemusel být urychlovaný kvůli „záchraně miminka“.

Takže mi řekli, že teda musí zahájit medikaci k tomu, aby ten porod, ale z jejich pohledu potrat, uspíšili. Protože prostě bych to asi nedala. Už jsem ztratila tolik krve, že nechat to samovolně plynout by nešlo. Bylo to čtyry dny od té doby, kdy už by se tomu říkalo porod. Ale zkrátka to není v těch tabulkách, to nespadá, to byl potrat, takže mi dali nějaký dryáky na vyvolání porodu, ale ještě nějaký jiný, než se dávají normálně, protože v tu chvíli už nezáleží na tom miminku, aby ho to nezasáhlo. No a začal ten, já tomu říkám porod. Tak jestli to nevádí teda [zasměje se]. (Markéta, 2020)

„A potom klasika klystýr a normálně vlastně i jsem měla epidurál, i když předtím u porodů jsem ho nechtěla. Ale vlastně nepotřebovala jsem ten porod mít se všim všudy [smích], takže epidurál. A ten porod trval šest hodin, bylo to rychlý a pak vlastně empatický. A byli vlastně strašně fajn, se snažili, i pro ně to je hrozně těžká situace, že ještě vlastně to bylo v termínu, že... Ten tlak úplně na závěr tam ale nebyl, aby bylo všechno v pořádku [tj. urychlení tlačení]. (Mirka, 2018)

Pro silnou medikaci uváděly ženy několik důvodů: porod byl pomocí ní spuštěn (vyvolán); mrtvé dítě na něm „nespolupracovalo“, „nepomáhalo“ tak, jako živý perinatální novorozenec; někdy probíhal v dřívější fázi těhotenství, takže ženino tělo nebylo připravené rodit, a častým důvodem bylo i to, aby se na tichém porodu nemusela příliš „podílet“. Žena se nacházela ve stavu šoku a bolesti, znásobené bolestí porodní, kterou musí podstupovat „zbytečně“ – bez výsledku živého dítěte. Biomedicínské prostředky jí měly umožnit tolik nevnímat bolest a usnadnit porod. Měly ale i jiné neočekávané účinky, někdy přetrvávaly do období po porodu. Nakolik medikace ovlivňovala následné prožívání matek, zůstává v této práci nezodpovězenou otázkou.

„Ona začala mít okamžitě neskutečný kontrakce, ale úplně strašný. Nebo jestli je tak prožívala, že jako ona fakt křičela hodně bolestí. Ale mně přišlo, že je to hodně psychický, že křičí vlastně z té psychický bolesti, že rodí mrtvé dítě. Nebo jestli to fakt tak bolelo, jak to bylo hodně nahnaný [medikací], aby porodila, nevim, no.“ (Klaudie, porodní asistentka)

„Druhý den mě jenom zkontrolovali, říkali, že stejně mi už nijak nepomůžou a že můžu jet domu. Že pro mě ta rekonvalescence doma bude lepší než jako tam ležet v porodnici a slyšet ty maminky s dětma. Do té doby jsem si to furt nějak neuvědomovala, furt jsem byla zblblá z toho šoku a z těch drog, co do mě napíchali, takže mi to, a docházelo po troškách až doma, nebo když jsme někde jeli nakoupit třeba, tak jsem nemohla být ve velkém hloučku lidí, měla jsem panický úzkosti a různý takový stavy nepříjemný.“ (Michaela, 2016)

„No a to bylo něco šílenýho [vyvolávání], protože já jsem všechny porodky zažila bez epidurálu, bez jakýchkoli chemií, a takhle špatně mi jako nikdy nebylo. Já jsem zvracela zleva zprava, myslela sem, že mi vyskočí tělo z těla.“ (Markéta, 2020)

Po porodu mrtvého těla dítěte nenastal pro matku konec příběhu její ztráty. Porod byl spíše začátkem dalších peripetií, které raná ztráta dítěte obnáší. Následuje šestinedělí bez dítěte, zastavení spuštěné laktace, rozhodování o pohřbu, sdělení úmrtí mezi příbuzné a známé, vyřizování úředních záležitostí a neohraňované truchlení a hledání významu celé události. První z nich ale byla konfrontace s tím, jak dítě vypadá.

5.2 Vizualita mrtvého plodu

Mrtvé tělo dítěte, které porodem opustilo skryt matčina těla, najednou může být viděno. Vizualita mrtvého perinatálního dítěte byla pro většinu žen důležité téma. Jejich obavy z obrazu mrtvolvy vlastního dítěte určovaly jejich rozhodnutí, zda po porodu dítě vidět a rozloučit se s ním fyzicky či nikoliv. Představa pohledu na mrtvolu dítěte vyvolávala v některých ženách strach z možné ošklivosti (očekávaných vývojových deformit nebo rozkladných změn) a obavy, zda zvládnou emoce, které vyvolá pohled na jejich mrtvé dítě. Za jejich obavami může stát několik důvodů. Tabuizace smrti a mrtvých těl, o které píše Nešporová (2013), je pouze jedním z nich. Druhým byl psychologizující strach ze vzpomínky, z utkvělého obrazu mrtvého dítěte:

„Přítel mě v tomhlectom přesvědčil, že tohleto nebude pro mě dobrý, že by sem to miminko nadosmrti viděla před sebou.“ (Michaela, 2016)

Prostě já jsem jí neviděla ani po tom porodu, to je moje takový jako trauma do dneška. Protože... jsem byla vyčerpaná, a nedokázala jsem si to prosadit. Protože jako říkali, že je – že je prostě jako...strašně jako.....rozleptaná tou plodovou vodou, že prostě že bych to neměla vidět a já jsem jako tomu věřila. Myslím, že za 10 minut by to moje rozhodnutí bylo jiný, ale bylo to nezvratný.“ (Mirka, 2018)

Pokud personál nebyl nakloněn fyzickému kontaktu matky s mrtvorozeným dítětem, žena byla znejistěná, zda je dobré dítě vidět. Podpora či odrazování personálu mělo velký vliv na rozhodnutí ženy dítě vidět (podobné zjištění přinesla studie mezi stovkou žen, kde podrobněji zkoumá jejich rozhodování na pozadí poskytované porodnické péče odbornice na psychosociální péči při perinatální ztrátě Ratislavová [2014]). Domnívám se, že důvodem odmítavých postojů personálu vůči fyzickému kontaktu s mrtvým dítětem nemusela být pouze setrvačnost praktik dřívější socialistické zdravotní praxe (Nešporová, 2013; Ratislavová 2010, 2014; Šmídová, 2019), ale mohly pramenit z odlišného pojetí mrtvorozeného dítěte: pokud se ztrátou perpektivy stal v očích personálu odpadním produktem neúspěšného těhotenství, sotva mohli mít pochopení pro „štráchy s mrtvolkou“ (Kája) v podobě oblékání dítěte, vytváření vzpomínkových otisků a přikládání těla matce. Podle Káji, duly specializované na prenatální ztrátu, rozlišování mezi perspektivním a neperspektivním dítětem byla copingová strategie zdravotníků provádějících umělé potraty. Je možné, že podobný mechanismus zapojili i v dalších případech většího dítěte a pozdnějšího potratu či porodu:

„Ta [spolupracující] gynekoložka ze začátku vůbec nebyla schopná říct potracenému děťátku, nevím, v 10. týdnu, že je to děťátko. Pořád trvala na tom, že je to plod. A pak jsme se vo tom bavily, a říkala: ‚Kdyby my jsme všichni - prostě málokdo je takovej, že by to dělal rád ty potraty a užíval si to, a musíš to v uvozovkách dělat - tak si hledáš nějaký způsoby, jak s tím žít. Že když já si řeknu ‚dítě je to vod půl kila,‘ tak jsem schopná nebo jsme tam spolu schopný nějak to udělat, než kdybychom pořád říkali: ‚Hele, tak jsme tady spolu zabili miminko.‘ Než když ‚provedli jsme prostě potrat plodu,‘ tak je to snazší.“ (Kája, dula)

Postoje zdravotníků a dalších zainteresovaných osob k perinatální smrti a jejich strategie zvládnání a interpretační rámce by se rozhodně měly stát výzkumným tématem českých sociálních věd.²⁵

Neméně relevantním kontextem přítomné kontroverze vizuality plodu je jeho politizovaná asociace s umělým potratem: Morgan (2009), Petchesky (1987) i Reagan (2003) upozorňují na to, jak protipotratová agenda v USA využívá vizualitu mrtvých plodů k prosazování svých záměrů. Vizualita mrtvého plodu se stala argumentem. Zmanipulovaná vizuální asociace interrupce s mrtvým plodem je natolik zakořeněná, že poškozuje ženy s perinatální nebo prenatalní ztrátou, poukazuje Morgan: mrtvý plod přestal pro veřejnost existovat jinak, než jako abort, který je prezentován jako nechutný a ošklivý (2009, p. 205). V České republice tak silná kolektivní reprezentace abortovaného plodu podle mého názoru nepůsobí, ale jeho zobrazování je přinejmenším částí veřejnosti považováno za nevhodné, za obraz, který má zůstat ve skrytu.²⁶ Vizualizace mrtvého plodu je velmi rozporuplným podnikem: mrtvé plody jsou využívány k tomu, aby reprezentovaly „krásku“, „roztomilost“ a lidskost živých, a to za pomoci pomocí počítačových úprav jejich snímků (Szewczyk, 2019); živé plody jsou naopak zobrazovány tak nejasně zrnitými černošedobílými fleky

IDEOLOGICKÁ ESTETIKA PLODŮ

Výzkum vizuální kultury přinesl různé důkazy o tom, že zobrazování lidských embryí a plodů se využívá k prosazování protipotratových agend: na jedné straně zkrášlování „fotek“ embryí a plodů (nutno podotknout, že mrtvých) (Szewczyk, 2019), dobarvování, odstraňování krve a dalších biologických náležitostí a zvýrazňování lidských rysů je vizuální manipulace sloužící k dokázání lidství plodu, na druhou stranu snímky zakrvácených rozčtvrcených plodů slouží jako důkaz brutality umělého potratu a těch, kteří je provádějí a podstupují (Davis in Morgan, 2009).



Figure 6: používané vizuální porovnání plodů, www.endthekilling.ca

²⁵ Skrovný počet českých sociálněvědních příspěvků o perinatální ztrátě se zaměřuje výhradně na rodiče, případně veřejnost v širokém slova smyslu. Zdravotníkům jako přímým aktérům v perinatálním úmrtí je pozornost věnována pouze ve smyslu instrukcí pro jejich práci. Publikace Kateřiny Ratislavové *Perinatální paliativní péče* je návodem pro zdravotníky a jejich práci, jejich prožíváním a zvládnáním perinatálních úmrtí se ale nezabývá (2016). V brožuře určené porodním asistentkám *Psychosociální péče o ženy po perinatální ztrátě* (2014) ale autorka věnuje kapitolu sebepéči zdravotnic. O emočních aspektech zdravotnické práce lze dohledat ojedinělé články a publikace, např. *You Can't Take It Personally': Emotion Management as Part of the Professional Nurse's Role* (Šmídová Matoušová & Tollarová, 2014) nebo *Práce s emocemi pro pomáhající profese* (Hájek, 2006), která má spíše instruktážní charakter. Český výzkum emoční práce ve zdravotnictví, obzvláště v oblasti porodnictví a neonatologie, tedy považuji za silně poddimenzovaný.

²⁶ Vyostřenou diskuzi vyvolalo např. zveřejnění snímku české modelky Natálie Kočendové, na kterém plačíc drží háčkovanou místičku s mrtvým synem, předčasně narozeným v 6. měsíci. Na fotografii není tělo dítěte vidět, jeho obličej je překryt emotikonem srdce, ale přesto fotokografie rozdmýchala diskuzi, zda je společensky přijatelné do veřejného prostoru vnášet intimní obraz perinatální ztráty. Zato „intimní“ poporodní snímky živých dětí vnímány kontroverzně nebývají. (https://www.instagram.com/p/CFAA3I_Jp5d/)

ultrazvukového obrazu, že jejich estetika je notným dílem výplodem fantazie (Han, 2013) a skutečný, nereprodukovaný obraz mrtvého nebo deformovaného dítěte zastihne ženu až na porodním sále, mnohdy zaskočenou rychlým sletem událostí, které rozpoutalo úmrtí jejího dítěte (viz Ratislavová, 2014).

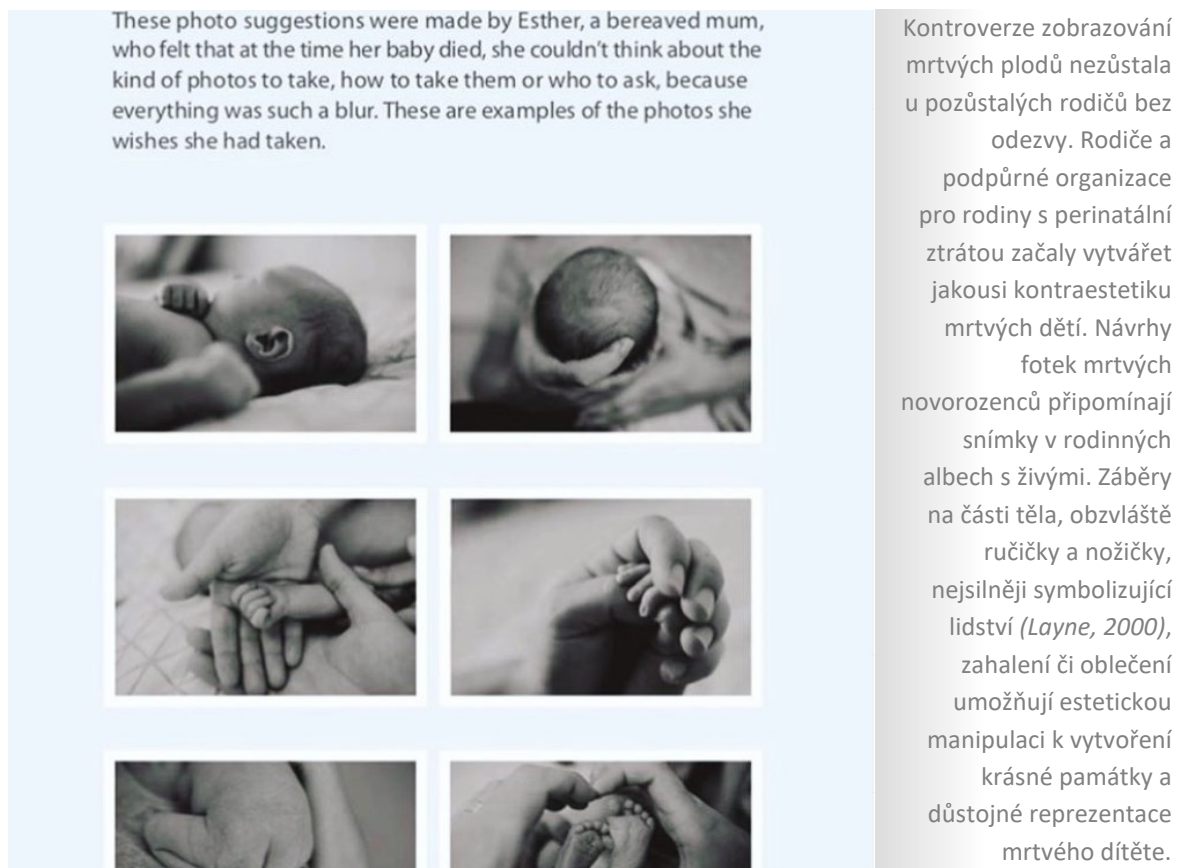


Figure 7: Návrh stillborn fotek (www.instagram.com/p/B5xGz2dnxks/)

Ženy z mého výzkumu, kterým bylo znemožněno, odepřeno nebo silně nedoporučeno vidět po porodu dítě, si všechny zpětně vyčítaly, že si dítě nepochovaly. Každá ale označovala tuto lítost za „zpracovanou“, absenci vizuální vzpomínky nahradily individuálním vzpomínkovým rituálem. Ty, které měly po porodu kontakt s dítětem, svého rozhodnutí nelitovaly. V několika vyprávěních byla pasáž o tom, jak držely dítě v náručí nebo jak vypadalo, chvílí, kdy ženě vyhrkly slzy. Je nepochybné, že vizuální vzpomínka vyvolává silné dojetí.

Syrovost biologické neúplnosti, lidské nepodobnosti a anomálií či nedonošenosti, stejně jako krev, macerovaná kůže, rozvolněné vazy, šedá nebo naopak rudá kůže a další rysy mrtvých prenatálních těl nehrála na porodním sále žádnou politickou ani ideologickou roli. Žena a partner (pakliže se chtěli s dítětem fyzicky rozloučit) a zdravotnický personál se s materiální biologii musí konfrontovat, dotýkat se jí a dívat se na ni. Tisíce zdravotníků – lékařů, porodních asistentek, sester, pomocný nemocniční personál, pracovníci spaloven a pohřebních služeb se setkávají s mrtvým tělem, které je nadměrně tabuizováno. Způsob nakládání a manipulace s mrtvým (ne)donošeným dítětem a přemýšlení o něm je oblastí, ve které by se sociální vědy měly vyrovnávat s tělesností a nenechat

tuto oblast z ostychu nedostatečně prozkoumanou. Přijmout tuto stránku materiality ztráty můžeme podle vzoru profesionálů a matek, kterým se to podařilo.

“Já volala kolegyni a ona mi dala strašně důležitou informaci, že ty děti, jak už jsou trochu macerované v té vodě, tak můžou být hrozně těžce oblečitelný, že nejdou obléct, že se jim může i loupat kůže a tak, což byla vlastně pravda. Trochu mě připravila na to, jak to dítě bude vypadat. Protože když se ti narodí dítě, co umře u porodu, tak je jak novorozenec a věřím, že je možný ho vykoupat nebo tak, ale takhle to dítě, co bylo tři dny macerovaný ve vodě a loupala se mu kůže.... už to nebylo moc hezký. Ta hlavička, když se narodilo, tak byla deformovaná, vlastně mu krvácelo různě z očiček a tak a vlastně to fakt nebylo moc hezký. Bylo hrozně dobře, že mi to řekla, Já jsem to vlastně mohla říct i ty paní, podle toho jsme vybrali ty oblečky a mohla jsem jí na to připravit.
(Klaudie, porodní asistentka)

„Pak jsem ještě hrozně řešila, co budu dělat, nebo prostě jak to ustojím, když se mi takovýhle miminko narodí a já ho prostě uvidím. Tak jestli z toho nebudu mít nějaký obrovský trauma, protože prostě to jsem si nedokázala představit, že uvidím miminko bez hlavy. Nebo jako ... tak z půlky hlavy a ještě jako že tam bude nějaký zbytek mozku někde jako uvnitř. Tak z toho jsem jako měla hrůzu. Ani jsem nebyla schopná se během toho těhotenství podívat na nějaký jako obrázky, reálně jak to vypadá. (...) Normálně ho můžeš porodit sama. Bez hlavy. Jako nebo – fakt neměl – končilo to nad očima, ty oční oblouky, pak nad ouškama měl ještě centimetr až jako na zátylek, jak začíná krk. Tak v podstatě tam to končilo.“

MH: „A to měl obnažený?“

„No, jak kdyby ti někdo seříznul tu hlavu. Akorát tam na tom zátylku měl takovej koláč, jakoby zárodky toho mozku. Část mozku, co se mu vyvinulo. A nic víc. A tak to jako bylo jenom v mém zlém snu, to jsem si říkala, že toho snad bude mít víc. Tohle jsem si nedovedla představit. Že až se narodí, že je požádám, aby ho nějak zabalili nebo mu dali třeba čepičku, že jsem si nebyla jistá, jestli to zvládnu jakoby ustát. Jestli to prostě se dokážu na to podívat. No, narodil se mi, zařvala jsem: ‚okamžitě na mě‘, dali mi ho a bylo mi to úplně jedno! (...) „A prostě když jsem ho viděla – on se narodil mrtvej, ale on měl otevřený oči, takovej výraz jako takovej klid, radost, fakt radost z těch jeho očí, byla fakt jako ‚maminko, děkuju, je to super, čau,‘ Fakt takovejhle výraz měl. Měl pootevřenou pusinku a tak se jakoby usmíval. Byl malinkatý miminko. A úplně nádherný nožičky, ručičky, fakt jako dokonalý.“ (Miranda, 2020)

5.3 Rozhodování

Rodičovství v moderní společnosti je projektem, předmětem plánování a volby (Boltanski, Porter, 2013). Početí a přežití potomků již není transcendentálním mechanismem vyšší vůle nebo řízení bohů (Law & Sasson, 2009). Volba a rozhodování je výrazným motivem v současném tematizování rodičovství. Z veřejného diskurzu o rodičovství vyplývá, že početí, péče a výchova jsou rámovány individuálními rozhodnutími rodičů podle sdílených hodnotových systémů a kulturních rámců. V příbězích prenatalní a perinatální ztráty bylo ale jen málo prostoru pro rodičovské rozhodování. Úmrtí dítěte představovalo náhlou ztrátu kontroly nad rodičovstvím. Rodičovství však nemuselo úmrtím končit, ale transformovat se do nové podoby.²⁷

Situace okolo zjištění, že je dítě poškozené nebo mrtvé, byla výrazně tvarovaná biomedicínským prostředím, ve kterém se vždy odehrávala. Lékař nebo lékařka z pozice držitele expertního vědění museli zjištěné úmrtí (vadu) *zskutečnit* svým konstatováním. Náročnost tohoto typu sdělení shrnula výstižně Marie: „*Daný doktor určitě nebyl*

„Vod tý doby, co mi oznámila ta doktorka, že ten můj plod nežije, tak jsem v tu chvíli byla v úplně jiném světě. Najednou bum a ty už nebudeš máma. Ty nemáš v břiše živý dítě, ty prostě nebudeš kojit, ty ho nebudeš vychovávat, vono neporoste. A teď ti to běží jako ve zpomaleném filmu a kolem tebe se dějou věci.“ (Michaela, 2016)

zlý člověk a jeho zájmem určitě nebylo úplně mě psychicky zničit, byl prostě jen posel špatných zpráv.(...) Sdělit šetrně matce, že jí zemře dítě, umí jen opravdový mistr.“ Zpráva, kterou musí lékař sdělit, bývá zničující. Pro některé ženy bylo potvrzení úmrtí lékařem paradoxně ujišťující: vyhledaly ho s „divným pocitem“, s tušením, že je něco „hodně blbě“ a lékař jim potvrdil funkčnost „jejich mateřské intuice“.

Situace, která následovala po sdělení, byla v rozhovorech dvojího typu: buď ženě lékaři oznámili jediný následovný postup řešení, nebo jí dali na výběr. V obou případech se od ní očekávalo, že se rozhodne ihned nebo „co nejdřív“. Ženy zmiňovaly časovou tíseň, hektičnost a tlak na rychlé rozhodnutí, které některé vedly k tomu, že jim „došlo, co se jim vlastně stalo“ až po odchodu z porodního sálu nebo po ukončení hospitalizace.

²⁷ Mitchell et al., 2012 popisují takovou transformaci rodičovství skrze vzpomínkové portály, které rodičům umožňují se zemřelým dítětem komunikovat, pěstovat vztah a konstruovat jeho *nepřítomnou přítomnost*.

ČAS LÉČÍ

Empatie, citlivost, podporující chování, vyjadřování účasti a respektování soukromí ze strany zdravotníků byly kvality, které ženám usnadňovaly prožívání náročné situace. Jedna ingredience zdravotní péče ale figurovala v příbězích obzvláště: čas. Ženy velice oceňovaly lékaře, který „strávil se mnou asi hodinu, přestože mají na oddělení mraky práce“. Vypozorovala jsem, že „šok“ nebo „autopilot“ se dostavoval v případě, že ženy neměly dost času a prostoru (nebo dokonce vůbec žádný) s lékařem probrat situaci, rozebrat, co se stalo a co se bude dít dál. Čas k rozmyšlení případných rozhodnutí byl pro ženy neméně důležitý a jeho absence traumatizující.

Dostatek času byl důležitý i při rozloučení s narozeným dítětem na porodním sále. Časové potřeby rodičů se lišily – někteří si dítě pochovali, vyfotili a „za deset minut volali sestru“, pro některé byly organizačně přidělené „dvě hodiny bondingu“ zoufale málo. K prodloužení času loučení existuje technologie tzv. „chladících kolébek“, které umožňují pobyt rodiny s mrtvým dítětem několik hodin až dní, aniž by jeho tělo začalo podléhat odpudivým rozkladným procesům. V ČR je chladící kolébka k dispozici od letošního roku dvou porodnicích.

Ženy, které byly v ohrožení života nebo se ohrožené cítily, vítaly, že jim zdravotníci oznámili, co se bude dít, bez nutnosti činit v tu chvíli jakákoli rozhodnutí. I bez rozhodování obnášel porod podepisování písemných souhlasů a vyplňování různých formulářů. Pokud žena navrhovaný postup odmítla (typicky obě ženy, jejichž dítěti byla diagnostikovaná vážná vývojová vada), musela podepsat reverz a její odmítnutí zaznamenal lékař do těhotenské průkazky. Rozhodování o donošení či resuscitaci dítěte ženy opíraly o biomedicínské informace a statistická data, které konfrontovaly se svým hodnotovým systémem. Data tyto ženy nepřesvědčila, že by se měly podvolit „doporučovanému řešení“, a to nejen kvůli tomu, že odporovala jejich hodnotám, ale také protože byla pro ně nepřesná, nedostatečná, vágní nebo zmanipulovaná lékařem (kdy lékaři odrazovali ženu od pokračování v těhotenství argumentací o rizicích, která se pojí s porodem obecně, a vztahovali tato rizika výhradně na porod plodu s vývojovou vadou). Rozhodování všech žen, které mi ho popisovaly, probíhalo racionálně, uvážlivě (proto k němu potřebovaly čas), s ohledem na komfort dotyčného dítěte i vlastní zdraví a možnost dalšího těhotenství. Ženy ho potřebovaly opírat o vědecká data a stejně tak o zkušenosti jiných žen.

„[Řekli mi], že už se nic jiného dělat nedá. Že to miminko už stejně odchází a že tomu jenom prostě je potřeba urychlit, protože v průběhu bych mohla já to nezvládnout. Což teda mi oni neřekli, že bych to nemusela zvládnout, ale já jsem to věděla.(...) Já jsem byla vlastně hrozně paralyzovaná psychicky vůči nějakému rozhodování. Protože tohle ti řeknou, ráz na ráz máš podepsat epidurál, máš podepsat tohle, támhleto, já jsem byla úplně mimo a nedokázala jsem se rozhodnout ani A ani B.“ (Markéta, 2020)

„Napsali mi tam doslova , „za každou cenu si přeje pokračovat v těhotenství.““ (Miranda, 2020)

Náhlá ztráta kontroly nad rodičovstvím, která přicházela s fatálním zjištěním, nebyla definitivní. Ženy (a jejich partner, případně děti) dříve či později vytvořili nové strategie rodičovství (respektive sourozenectví), pomocí kterých se mohli vztahovat k zemřelému dítěti (podobně pozoruje novou formu rodičovského vztahu se zemřelým dítětem Mitchell et al. [2012]). Mohli tak nadále činit

rodičovské volby vycházející z jejich přesvědčení a kulturních rámců, ovšem ve srovnání s rodičovstvím živého dítěte ve velmi omezeném prostoru. Vybírat způsob pohřbu nebo oblečení do rakve nebyly rodičovské volby, které by bývali chtěli rodiče činit. I přes jejich emocionální náročnost a nechtěnost ale tyto volby posilovaly rodičovství pozůstalých matek a umožňovaly jim naplňovat rodičovský vztah k zemřelému nebo umírajícímu dítěti. Výzkum Ratislavové (2014) ukazuje na spojitost tohoto emancipačního efektu rodičovského rozhodování s náročností následného truchlení: při zjišťování, jaké dopady měl fyzický kontakt s mrtvým dítětem nebo jeho absence na následné prožívání, Ratislavová odhalila, že vyrovnání se se ztrátou usnadňovalo ženám nikoli to, zda kontakt proběhl či neproběhl, ale zda si o kontaktu mohly samy rozhodnout.

Ne všechny ženy měly možnost se rozhodnout mezi několika možnostmi. Biomedicínské prostředí jim udávalo omezený počet možností a čas (kdy se co má udělat). Rozhodování ale nebylo aktem rodičovské vůle: rozhodování vynucovala tragická situace, kterou biomedicína odhalila. *Volba ve skutečnosti není volba*, radikálně uzavírá Rayna Rapp ve výzkumu žen, které podstoupily genetický potrat (1991). Uvažování o volbě může být opravdu zkresleno pro- a proti-potratovým narativem. Ženy, které v mém výzkumu

NĚKTERÁ RODIČOVSKÁ ROZHODNUTÍ	
Podstoupit kyretáž	počkat na spontánní potrat
Podstoupit genetický potrat	Donosit dítě, které zemře
Nastoupit okamžitě k vyvolání porodu	Jít domů a nastoupit později
Požadovat resuscitaci	Nechat dítě dožít bez zásahů
Pochovat si dítě	Podívat se na fotku později
	Nechat ho personálem odnést
Zařídít dítěti pohřeb	Nechat nemocnici zajistit zpopelnění
Oznámit úmrtí známým	Požadovat fotky, otisky
Jaké vybrat oblečky	Uložit urnu do hrobu
	Nechat si urnu doma
	Uklidit věci pro miminko
Jakou barvu má mít výstelka rakve	Dát mu dárek k Vánocům

odmítly genetický potrat, ho dle svých slov podstoupit „nemohly“ stejně, jako tvrdí ženy opačného rozhodnutí, že ho podstoupit „musely“ (Rapp, 1991). Volba donosit je stejně nucenou volbou jako volba potratit. Při diskuzi o závažných scénářích těhotenství bychom neměli podlehnout ideologickým konotacím. Prenatální, perinatální úmrtí či zjištění fatální vady může být vším možným, ale rozhodně není rodičovskou volbou.

5.4 Pohřeb

„Pak si akorát pamatuju, co mi hrozně ubíralo sílu, bylo to organizování. S krematoriem, s pohřbem a tak. Musíš to řešit hrozně...rychle. Třeba v tý nemocnici musíš podepsat všechny ty papíry. Jestli chceš krematorium nebo co vlastně chceš. Ty vůbec ani ti nedochází, že to miminko nemáš, a už máš rozhodovat tyhle věci.“ (Markéta, 2020)

Úmrtí nenarozeného dítěte může rodiče postavit před rozhodnutí, jak naložit s jeho tělem. Toto rozhodování je přesně ohraničeno lhůtou 96 hodin od potratu/porodu. Ředitelka podpůrné organizace Epsilon opakovaně zmiňovala, že o možnosti pohřbit předčasně narozené/potrácené dítě rodiče mnohdy neví, taková lhůta je krátká a vyvíjí na zaskočené rodiče nepřiměřený časový tlak. Při pátrání v zákonu 256/2001 Sb. o pohřebnictví jsem našla dva předpisy, z kterých tato čtyřdenní lhůta vychází: pokud se do 96 hodin od úmrtí neobjeví žádný zájemce o zařízení pohřbu pro zemřelého (tzv. vypravitel pohřbu nebo třeba univerzita provádějící anatomické pitvy ke studijním účelům), je obec povinna zemřelému zařídit tzv. sociální pohřeb, jehož náklady později obci proplatí Ministerstvo pro místní rozvoj nebo případně majetek zemřelého, pokud se nějaký zjistí. V jiném paragrafu tohoto zákona figuruje 96hodinová lhůta jako povinná doba, po kterou musí poskytovatel zdravotních služeb zajistit „uložení jiných lidských pozůstatků pro účely jejich pohřbení“. Pokud do jejího uplynutí nepožádají rodiče o vydání ostatků potráceného dítěte, nemocnice s nimi naloží „v souladu se zvláštním právním předpisem“, který ukládá spálení těchto ostatků v krematoriu odděleně od anatomicko-patologického odpadu. V případě nečekaného úmrtí dítěte během těhotenství nebo porodu se lhůta 4 dnů tak stává pro rodiče *deadlinem*, mrtvou linií, po kterou musí vyjádřit vůli dítě pohřbit.

„Jezdíme kontrolovat obce, jestli provozují to pohřebiště v souladu s řádem. Takže tam jsou nějaký předpisy a každá obec si vymyslí svůj pohřební řád. To znamená otvírací hodiny, kdo ho spravuje (...). A potom hlavně jsou to pravidla toho pohřbívání. Nemůžeš otevřít hroby, kdy se ti zachce. Musí tam být dodržena doba tlení, někde je deset let, někde je pětadvacet, podle toho, jaké je složení půdy. Na to jsou hydrogeologické posudky, na to jsou posudky hygieny. A my jakoby chodíme na ty kontroly na obce, jestli oni to dodržují, tak jak mají. (...) necháme si vyskládat všechny papíry, jestli je maj jakože dobře a napíšeme, že to teda maj dobře a tím to končí.“ (Kamila, úřednice)

V jedné nemocnici, vypráví mi pohoršeně Kristýna, házeli plody po potratu do jednoho kýble a měli ho tam třeba rok, než je spálili: „To jsme vyjednali, že už to tak nedělají.“ (Kristýna, ředitelka Epsilonu)

Nutno podotknout, že takový postup (skladování plodů po potratu neodděleně) je v souladu s doporučením MMR.

„Oni mi řekli, že to musím udělat do dvacetičtyř hodin [zařídit pohřeb] a že potom za každé další den v tý márnici platím. Takže já sem měla takovej tlak to udělat honem.“ (Marie, syn zemřel 9. den po porodu)

5.4.1 Důstojné tělo „i po smrti člověka“

Nakládání s mrtvými lidskými těly je v České republice regulováno legislativou. Ta normuje a kriminalizuje různé způsoby zacházení s tělem zemřelého. Občanský zákoník 89/2012 Sb. zajišťuje právní ochranu těla „i po smrti člověka“. Zákon č. 256/2001 Sb. o pohřbnictví nakazuje „s lidskými pozůstatky a s lidskými ostatky“ zacházet „důstojně a tak, aby nedošlo k ohrožení veřejného zdraví nebo veřejného pořádku“ (§ 4 odst. 1 zákona č. 256/2001 Sb.). Zachování důstojnosti, veřejného bezpečí a pořádku zajišťuje četnými regulacemi. Předně omezením možností pohřbení, které je možné pouze na místech k tomu určených – na veřejných pohřebištích nebo na speciálně schválených náboženských pohřebištích (které splní obsáhlé hygienické a stavební požadavky a schválí je krajský úřad). Nejvolnější možnosti rituálního rozloučení se zemřelým mají pozůstalí v případě kremace těla. Popel zemřelého mohou kromě určených rozptylových nebo vsypových luk rozprášíť pozůstalí i na soukromých pozemcích (pod podmínkou souhlasu majitele). V každém případě však musí rozloučení probíhat dostatečně pietně tak, aby nebyly dotčeny „důstojnost zemřelého nebo mravní citění veřejnosti“ (§ 4 odst. 1 písm. f) tamtéž).

Další regulovanou oblastí zákonem o pohřbnictví je manipulace s mrtvým lidským tělem (ve smyslu převozu a uchování) – převoz je možný pouze speciálním pohřebním vozem v rakvi splňující předepsané parametry a přísné podmínky týkající se teploty vzduchu a hygienických nároků na prostor upravují podmínky pro ukládání těl před pohřbením. Úpravu těla zemřelého mohou provádět pouze oprávnění specialisté – vyškolení pracovníci pohřebních služeb s odpovídajícím oprávněním a zdravotníci, i když pozůstalí mají nárok podílet se na tzv. zaopatřování, tj. oblékání a podobných úpravách svého zemřelého. Tyto regulace jsou způsobem, jak právním řádem zajistit zákonem zmiňovanou „důstojnost, veřejné zdraví a veřejný pořádek“.

5.4.2 Novelizace zákona o pohřbnictví

Právní ochrana ostatků nenarozených dětí ve stadiu embryí a plodů je v českém právním řádu poměrně novinkou. Zakotvilo ji novelizované znění zákona o pohřbnictví z roku 2017. Na novelizaci zákona se významnou měrou podílel teolog a odborník na pohřbnictví Tomáš Kotrlý, zakladatel občanského spolku Tobit, jehož účelem bylo podle zakládajících stanov „vyvíjet činnosti směřující k podpoře pohřbívání plodů po potratu a mrtvě narozených dětí a k prosazování společných zájmů členů Sdružení“. Tyto činnosti vyvíjel spolek úspěšně, neboť vyústily v novelizaci, ve které spolek dosáhl většiny svých cílů: novelizace zavedla vymahatelnost požadavku na důstojné zacházení se zemřelými ze strany pohřebních služeb

„Jestliže vám řekne pohřební služba a priori: ‚Nedívejte se na maminku, zachovejte si ji jako zaživa,‘ zpravidla u těchto špatných pohřebních ústavů to znamená, že maminka bude v té rakvi papírové, že nebude oblečena, v lepším případě to oblečení bude v té rakvi, v tom horším případě tam nebude. (...) Tady není žádná kontrola. (...) Proto my jsme se snažili v našem návrhu novely, (...) aby ta kontrola byla.“

Petr Rambousek, balzamovač, majitel pohř. služby, TV pořad Máte slovo, 2. 6. 2016

a dalších zainteresovaných stran, zpřísnila požadavky na pietní a hygienické zacházení se zemřelými (např. i při sociálním pohřbu mají být zajištěny květiny) a především zavedla status zemřelých embryí a plodů jako „jiných lidských pozůstatků“, se kterými musí být nakládáno *jinak*, tedy důstojněji, než jako s anatomicko-patologickým odpadem pocházejícím z provozů nemocnic. Zavedením pojmu „jiných lidských pozůstatků“ do českého právního řádu tak získal právo na důstojné zacházení – a případné pohřbení z vůle rodičů – každý lidský jedinec *již od svého početí*.

Spolek Tobit vznikl v roce 2013 a začal organizovat do té doby bezprecedentní pohřby zemřelých nenarozených dětí a podporovat rodiny, které o pohřbení svého nenarozeného dítěte měly zájem. Tato podpora spočívala ve vyjednávání s nemocnicemi, které k vydávání ostatků nenarozených dětí nebyly před novelizací zákona

o pohřebnictví nijak povinny, a prosazování zaevidování těchto dětí na matrikách, tedy uznání jejich občanské existence. Spolek rovněž inicioval pohřby mrtvorozených dětí, jejichž rodiče vůli dítě pohřbít nevyjádřili, a prosadil založení prvního hrobového místa pro mrtvě narozené děti a plodů po potratu na veřejném pohřebišti – na Vinohradském hřbitově v Praze. Podle spolku se jednalo o první hrob tohoto typu v ČR. Takřka guerillová činnost spolku ve formě zajišťování pohřbů mrtvorozeným a potraceným dětem vycházela z legislativní překážky, která od roku 2002 znemožňovala rodičům (či komukoli jinému) legálně pohřbívát mrtvorozené děti. (Kotrlý, 2013) Legislativa platná do roku 2002 pohřbívání dětí, které se nenarodily živé, vůbec neupravovala, postupovalo se tedy v duchu zásady *co zákon nezakazuje, to je povoleno*. Nicméně v roce



První oficiální pohřeb zemřelého nenarozeného dítěte v ČR, Bojanov 2013
Ženský plod o váze 200 g, ©Tomáš Kotrlý

Našla jsem hrob se svým jménem je titulok článku z Říma, který obletěl světová média. Katoličtí aktivisté pohřbívali na veřejných hřbitovech stovky plodů po předčasném porodu či potratu bez vědomí rodičů.



Křížky označovaly jménem matky a nemocnice, která tato data poskytla. Po několika žalobách od dotčených žen začali křížky opatřovat číslem. Stále však pokračují v církevním pohřbívání plodů bez vůle jejich rodin. Nevyžádané obřadní pohřbení zůstává mimořádně kontroverzním projektem. Spíše než jako „pietní zacházení“ působí tato iniciativa jako dehonestace žen a další vizuální projekt „křesťanského embrya“. (www.ny-post.com/2020/10/21/italy-probes-why-womens-names-mark-aborted-fetuses-graves/)

2002 vstoupil v platnost nově formulovaný zákon o pohřbivnictví, který definoval „lidské pozůstatky“, tj. ostatky povolené k pohřbívání, výhradně jako „mrtvé lidské tělo a jeho části“. Definice tak vyřazovala z možnosti pohřbení „lidský plod“ (a naopak zákon sankcioval osoby, které by pohřbily ostatky, jejichž pohřbení zákon neumožňuje). Úplné zákonné znemožnění pohřbívání mrtvorozených dětí dovršil transplantční zákon přijatý v témže roce: poskytovatelům zdravotní péče ukládal likvidaci „částí lidského těla (...), plodu po potratu, plodového vejce, lůžka nebo těhotenské sliznice“ jako anatomicko-patologického odpadu ve spalovně nemocnice nebo v zasmluvněném krematoriu (Štáinc, 2019).

„Když druhý den byla vizita, tak nakráčel ke mně hnedka primář a první co on řek – na ty všechny doktory a ke mně – že není pochyb, že se dcera narodila živá. Protože v tu dobu – nevím teďka úplně, kdy se to měnilo, ale vim, že se tím zabýval – tam byl problém, že když se narodí mrtvorozený dítě, si ho odnýt k pohřbu. Nechtěli, nemohla ho legálně nemocnice vydat k pohřbu.(...) Já jsem to [pohřeb] brala jako přirozenou součást. Že to tak nemuselo bejt, mi došlo ten druhý den po porodu. Asi mi došlo, že to řek kvůli tomu, aby...abysme si ji mohli pohřbít.“
(Marta, 2014 [před novelizací])

5.5 Ten, který se má narodit - právní status nenarozeného dítěte

Nenarozené dítě je právní oříšek. Je člověk? Pakliže ano, musí disponovat nezadatelnými základními právy. Je ale právní osobností? Odkdy? Embryologie a její důkazy genetické jedinečnosti embrya přinesla poměrně jednoznačnou odpověď, že dítě je od svého početí živou bytostí s unikátním lidským genomem. Dále ale biologie tápe: hranice mezi matkou a dítětem nejsou zdaleka tak

Nasciturus iam pro nato habetur quotiens de commodo eius agitur.
[Ten, kdo se má narodit, pokládá se již za narozeného, kdykoli se jedná o jeho prospěch]

Tato maxima římského práva se historicky uplatňovala výhradně jako možnost nenarozeného vstoupit do soukromoprávního vztahu (nejčastěji moci dědit či být obdarován). ("Důvodová zpráva NOZ", 2016)

jednoznačné, stejně tak nelze plodu přisuzovat autonomní schopnost přežít. Otázku, kdy se nenarozené dítě stává právní osobností, biologie nezodpoví – ač tvůrci právního řádu se o její zjištění často opírají (Morgan, 2009). Právní řád moderního státu nicméně ukotvuje status nenarozeného dítěte a tím posiluje a formuje pojetí nenarozeného dítěte jako člena společnosti. V případě české legislativy přinesl občanský zákoník z roku 2012 paragrafem 25 pozoruhodnou artikulaci právního ukotvení nenarozeného dítěte:

„Na počaté dítě se hledí jako na již narozené, pokud to vyhovuje jeho zájmům. Má se za to, že se dítě narodilo živé. Nenarodí-li se však živé, hledí se na něj, jako by nikdy nebylo.“

Jinými slovy nenarozené dítě za určitých podmínek – že se narodí živé – disponuje právy podobně, jako již narozené „fyzické osoby“. Vzhledem k tomu, že nelze s jistotou určit, zda nenarozené dítě podmínku živého narození splní, předpokládá tato formulace tzv. právní fikci – tedy předpokládá,

že podmínku živorozenosti dítě splní. Právní ochrana, kterou mu tento předpoklad zajišťuje, je odstupňovaná podle toho, v jakém stadiu vývoje se nenarozený nositel práv nachází a počíná okamžikem početí (Valc, 2021). Právní ochranu nenarozených předjímá i Listina základních práv a svobod, součást Ústavy ČR, v tzv. právu na život, které je formulováno v následujícím znění: „Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.“

České právo tedy uvažuje nenarozené dítě jako narozené, pokud je to pro dítě výhodné. Předjímá, že nenarozené dítě „má zájmy“, čímž ponechává diskutabilní prostor k určování, které zájmy to jsou.²⁸ Ovšem v případě život limitující vady se někteří právní autoři paragrafu 25 se při zdůvodnění toho znění odvolávali na „starou zásadu“, tedy inspiraci římským právem a způsobem, jakým chránilo *nascituri* = ty, kteří se mají narodit. Od původní ochrany nenarozených ve smyslu způsobilosti k dědění se ale současná právní úprava vyvinula do paradoxních a často sporných forem ochrany „lidského života“ od embrya po novorozence. Spornost této ochrany nastává v otázkách práv ženy na ukončení těhotenství v jejím těle nebo například v otázkách nakládání s neuplatněnými embryi při umělém oplodnění. Odstupňování právní ochrany života embryí a plodů podle jejich stáří, jak o ní hovoří Valc (2021), kopíruje český právní řád podle biomedicínského – stadiálního – chápání vývoje lidského života a jeho časové vymezení lze vysledovat v zákoně z roku 1987 o umělém přerušování těhotenství: do 12. týdne těhotenství umožňuje těhotné ženě ukončit nenarozený život na vlastní žádost (toto její právo ovšem není absolutní)²⁹. Druhou hranicí ochrany plodu je 24. týden těhotenství, do jehož dovršení lze ukončit těhotenství z „genetických důvodů“. Po 24. týdnu těhotenství požívá nenarozený plod ještě silnější právní ochranu života, kdy ho lze usmrtit pouze, je-li ohrožen život matky nebo se u něj prokáže těžké poškození či neschopnost přežít.³⁰ Okamžikem narození získává dítě „právní osobnost“ a takovou nelze usmrtit z žádných důvodů – tehdy by se právně jednalo o vraždu nebo zabití.

²⁸ Česká legislativa slučuje zájmy matky a zájmy nenarozeného dítěte v trestním zákoníku: ublížení či nelegální usmrcení plodu pokládá za zločin proti těhotné ženě, nikoli proti plodu samotnému. V otázce porodu je patrný posun v otázce právní subjektivity: česká judikatura vychází z *regionálních* (tj. českých) biomedicínských vymezení zájmů nenarozeného dítěte (např. „nejlepší zájem dítěte“ narodit se v nemocnici nebo narodit se indikovaným císařským řezem), které tak mohou stát *proti* zájmům matky, pokud ona lokální biomedicínské vymezení zájmů dítěte nesdílí – viz rozhodnutí Ústavního soudu 24/10, 4457/12 a 1565/14. Podrobněji v právní analýze *Právo rodičů odmítnout péči versus právo dítěte na život a zdraví ve světle judikatury ÚS a ESLP* (Široká & Povolná, 2017).

²⁹ Interrupci na vlastní žádost může žena podstoupit, pokud nemá kontraindikaci (o které rozhoduje lékař) a pokud splňuje další podmínky – např. od poslední interrupce uběhlo alespoň 6 měsíců s výjimkou případů, kdy již dvakrát rodila, dovršila 35 let věku nebo existuje podezření, že otěhotněla následkem trestné činnosti. Zákon odůvodňuje úpravu provádění interrupcí „ochranou života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství“.

³⁰ Přežití totiž není z právního hlediska automatickým „nejlepším zájmem nenarozeného dítěte“ – právě v případě závažné vývojové vady. Existují dokonce právní žaloby na tzv. *wrongful life* – tedy narození dítěte, které bylo nežádoucí (neodhalená vývojová vada, špatně provedená sterilizace apod.) – viz Doležal (2013).

Novelu zákona o pohřbnictví, která rovněž posílila právní ochranu nenarozených dětí v případech jejich úmrtí před narozením, jen stěží lze vykládat principem *nascitura – toho, který se má narodit*, protože v případě potracených a mrtvorozených dětí jen stěží lze „mít za to, že se dítě narodí živé“ (§ 25 NOZ). Spíše tedy posiluje práva rodičů na důstojné a pietní rozloučení, ale tak jako tak má tělo mrtvorozeného dítěte zvláštní právní status, který zohledňuje jeho lidství.

5.5.1 Život a smrt politického embrya

Právní chápání prenatalního života zcela opanoval embryologický pohled přepracovaný politickým, vědeckým, náboženským a společenským klimatem posledních několika desetiletí. Zatímco embryologové pojímali embryo jako fascinující přírodní úkaz, pozdější integrace jejich poznatků o embryu do vědy, politiky a společenské diskuze vedla ke vzniku mnoha etických problémů. Postupně se vytvořila nejednoznačná právní subjektivita embrya a plodu, která může vejít do konfliktu se subjektivitou matky či reprodukčními, náboženskými a kulturními strategiemi společnosti. Právo se snaží najít řešení právního problému, který byl vytvořen embryologickým narativem, ale nejasnost, kontroverze a etická problematičnost právních úprav týkajících se definice lidství, lidských zájmů (těch narozených i nenarozených) a počátku života ukazuje, že právo nemůže být jedinou autoritativní perspektivou, která by měla definovat, rámovat a vytvářet společenské vztahy a praxe vůči nenarozeným dětem, ať už živým či mrtvým. Východiskem není ani sladění právního výkladu prenatalního života s biologickým, o které usiluje Valc (2019, 2021). Každý výklad včetně biologického totiž vychází z širších kulturních, spirituálních a politických kontextů, jejichž ignorování nepřinese o nic větší jasnost do problematicky obtížně uchopitelného života před narozením. Vlády, respektive právní systémy opírající své regulace prenatalního života o vědu jí propůjčují nebyvalou intervenční moc, foucaultovskou *moc nad životem*, ale i smrtí. Existence dvojích plodů (perspektivního a neperspektivního) ukazuje, jak je socialita plodu důležitým parametrem pro konstrukci jeho existence, ať už v jakémkoli ze soupeřících diskurzů. Sociální embryo nemůže být ze své individuální a unikátní povahy embryem politickým.

Na příbězích rodičů zemřelých (tedy neperspektivních) embryí a plodů můžeme vidět, že definiční disputace a hodnotové boje o embryo vyznívají liše, pokud se jejich předmětem místo nového člena společnosti (v jehož regulaci můžeme spatřovat jakýsi kolektivní zájem) stane osobní tragédie jedné rodiny. Novela pohřebního zákona, která rezignovala na definici, kdy je plod dostatečně velký/starý/vhodný k pohřbení, je nesmělým krůčkem ke zvýšení autonomie těchto rodin: rodiče si mohou během 96 hodin zvolit, zda chtějí své zemřelé dítě pohřbít. Rozhodování jak, kdy a s kým je předmětem mnoha nepřehledných regulací.

5.6 Věci na miminko

*„Druhej den jsem šla domu a úplně si pamatuju všechno. Ty šaty. Prostě ty šaty, pod který se vešlo i to břicho velký, tak druhej den byly úplně prázdný.“
(Mirka, 2018)*

Prenatální a perinatální ztráta není materializovaná jenom mrtvým tělem dítěte. Je zhmotněná v prázdném bříše, ve volných šatech. Na fotce a v otisku nožičky. V chobotničce, kterou mělo ztracené dítě v inkubátoru. Ve vyžehlených bodýčkách, nepomačkaných a stále vonících pracím práškem i týdny a měsíce po porodu. Nenačatý balík plen. Jako by bylo úmrtí hmatatelné i v místech, kde není nic: v prázdné ruce muže, když ve druhé nese ženě tašku při odchodu z porodnice. Na zadní sedačce auta, kde *hmatatelně není* autosedačka-vajíčko. Jak je na ulici vidět, že žena nemá kočárek. Jako by v odraze zrcadla bylo vidět, že *není* vidět vypouklé těhotenské břicho. Hmatatelné pohledy, popisovala Malvína.

Věci připomínají ztrátu i odhalují ztrátu, jsou ztěžují i usnadňují truchlení. Činí tak buď svou existencí, nebo neexistencí, přítomností nebo nepřítomností. Podobně existují v rodinách žen, se kterými jsem hovořila, jejich zemřelé děti. Pozůstalí sourozenci nahlas komentují, že někdo chybí – při prostírání stolu, při rozdělávání balíčku sušenek. Rodina se spojuje se zemřelým dítětem na konkrétních vzpomínkových místech – na hřbitově, na chalupě, na poličce doma – nebo na nekonkrétních – při pohledu na oblohu, kde svítí „jeho“ hvězda. Nečiní tak všechny ženy: čím delší bylo těhotenství, čím více hmoty zabírala jeho prenatální existence, tím spíše bylo dítě materiálně připomínané později. Ale i ženy, které neměly vzpomínková místa nebo hmatatelné upomínky, měly připomínky časové – svátky a výročí potratu či porodu, které je „výraznější datum než narozeniny [žijících dětí]“ (Monika).



Figure 8: Memorybox (z webu Epsilonu)

Vzpomínkové krabičky dodávají do porodnic neziskové organizace, kde je mohou využít rodiče a personál k tvorbě hmatatelných vzpomínek na dítě a jako symbolickou materiální pomoc. Obsah napovídá rodičům, co mohou s dítětem dělat – háčkováná dečka, vytištěná pohádka, informační brožury s telefonním kontaktem na krizovou intervenci, sada na sádrové otisky a další. Memoryboxy také obsahují dvě stejné hračky, z nichž jedna může jít s dítětem na poslední cestu a druhá zůstat s rodinou jako hmatatelná spojnice se zemřelým dítětem.

*„Pak ten odchod z toho oddělení. Já už jsem tam třikrát odcházela z nemocnice s miminkem. A teďkon jsem odcházela jenom s těma všema věcmi a měla jsem jenom tu krabici s věcmi po miminku, co mi zbylo.“
(Markéta, 2020)*

Linda Layne vypracovala důkladnou studii materiality perinatální ztráty v USA (2000). Podle ní jsou věci způsobem, jakým pozůstalí rodiče dál naplňují rodičovství. Pro materiálně orientovanou společnost je nakupování, tedy materiální zabezpečování dětí jeden z nejdůležitějších aktů rodičovství. Pořizování vzpomínkových předmětů, symbolické dárky k Vánocům a narozeninám jsou způsobem pokračování rodičovského vztahu (2000). Layne podrobně rozebírá různé atributy, které tyto věci na miminko obvykle mají – jsou malé, měkké, něžné, demonstrují lidství (jako třeba otisky nožiček a ručiček). Nejvýraznější ze všech kategorií věcí pro miminko je podle Layneové oblečení: hraje důležitou roli coby „*marker of humanness, of personhood*“ (2000, p. 327).

„Když mě manžel vyzvedával [z porodnice], tak jsme jeli normálně spolu na pohřební službu. Je to zvláštní vidět to jméno toho dítěte na objednávce toho... Je to... docela... silný. To nikdo není připravený, jak to vlastně funguje, jo.... Pak jsme ještě vezli voblečení, takže my jsme vlastně jeli nakupovat voblečení, protože jsem říkala ‚Já nemám šatičky nebo něco pěknýho, co by jsme jí dali.‘ Tak sme jeli nakupovat. To byl pro manžela asi nejtěžší, mezi těma maminkama a dětma a...“ (Milada, 2019)

Autoři kanadského výzkumu virtuálních profilů zemřelých dětí (ve školním věku) vyzorovali transformaci rodičovských, respektive rodinných vztahů k zemřelému dítěti, v jiné formě, než popisuje Layne: v nepřítomné přítomnosti, „*absent present*“ (Mitchell et al., 2012). Rodiče pomocí vzpomínkových profilů s dítětem dále komunikovali, připomínali jeho existenci a sami se v online prostředí nacházeli v podobně jiné, nefyzické přítomnosti. Většina žen v mém výzkumu hovořila o určité *přítomnosti* dítěte, které tu evidentně *není*. Věci jeho přítomnost dovedou zprostředkovat. Ale nejsou to jen věci: ženy zpřítomňovaly své dítě mluvením o něm. Dokonce i do mého života vstoupilo jedenáct dětí, které jsem sice nikdy neviděla, necítila a neslyšela, ale nějakým způsobem v něm skrze vyslechnutá vyprávění *existují*. Existují v něm jinak, více, než jakékoli jiné zemřelé děti, o kterých jsem někdy něco zaslechla. Musím dát Miladě za pravdu, když mě ujišťovala, že o dítěti chce mluvit, protože je to způsob, jak může dítě nadále *být* mezi námi. Opravdu sdílíme pocit, že tu *je*.

6 Instituce

„The system of rules and regulations surrounding perinatal loss is overcomplicated on the one hand and incomplete on the other,“ shrnuje jednou větou Iva Šmídová český kontext perinatální ztráty, který se snažím vystihnout na tolika stránkách (2019 [zvýrazněno mnou]). Tato životní situace, dodává Šmídová, je velmi nepřehledná a žádá si značný kulturní a sociální kapitál, aby se rodiče ve složitém systému práv, možností, pobídek a povinností zorientovali a našli ve svém okolí lidi, kteří jim s orientací pomohou. Foucaultův neoliberální stát, jehož politikou je politika života, bdí nad životem i umíráním, a v případě nenarozených dětí je jeho vigilie rozporuplným způsobem důkladná i nedbalá.

6.1 Péče a stát

Dalo by se říci, že zdravotní péči o těhotnou ženu a její plod, péči o mrtvé tělo dítěte a evidenci jich obou má stát pevně v rukou. Prenatální a perinatální úmrtí se v České republice neodehrává jinde než na půdě nemocnic (i spontánní potraty končí hospitalizací nebo ambulantním vyšetřením).

Perinatální úmrtí při porodu mimo zdravotnické zařízení je používán jako nejpádnější argument proti politické změně, která by ženám v ČR umožňovala mít zdravotnickou péči při porodu doma.

Případy perinatálního úmrtí mimo nemocnici jsou pod mediálním drobnohledem a bývají kriminalizovány. Ženy, které čekají dítě s fatální vývojovou vadou, prakticky nemají legální možnost dítě přivést na svět v klidu domova a nerušeně se s ním rozloučit. Takové případy probíhají jen velmi neoficiálně a nepodařilo se mi žádný zdokumentovat jinak než vágními zmínkami o nich od mých

informantek. Kriminalizace mimonemocničních porodů je vedle interrupce dalším případem, kdy smrt plodu (v tomto případě jak nezáměrná, tak očekávaná) je využívána k radikálnímu prosazování politik.

Kombinace politické a biomedicínské moci, které se vzájemně naturalizují (Foucault, Burchell, 2008), vytváří zdravotnický systém, ve kterém je mortalita novorozenců a donošených i nedonošených dětí velmi nízká. Úmrtnost matek je v ČR tak nízká, že je společensky zanedbatelná.³¹ Intenzivní neonatologická péče umožňuje přežití většiny předčasně narozených dětí včetně těch extrémně nedonošených. Její úspěchy prezentují stát v mezinárodním srovnání a umožňují přežití dětem, které by před několika málo lety neměly šanci přežít. Upínat pozornost na úmrtí mezi velikým množstvím šťastných případů nedává ekonomickopolitický smysl. Perinatální úmrtí a péče při něm tedy není předmětem univerzitního vzdělávání zdravotníků a nemocnice na

³¹ Podle dostupných dat ÚZIS zemřelo v roce 2014 při nebo po porodu 7 žen, v roce 2015 tři ženy. Nemusí se jednat o úmrtí v souvislosti s porodem.

tuto péči nebývají přizpůsobeny prostorově a mnohde ani personálně³². Věnovat politickou pozornost marginálním úmrtím, které navíc jsou tichými doklady neabsolutnosti biomedicínského pokroku, zřejmě není nijak výhodné a společensky žádané. Jak jsem ale ukázala v druhé kapitole, ztrátu dítěte ve smyslu mimo statistické kategorie ale pociťuje násobně víc rodin, než je statisticky udávaných zhruba pět set perinatálních

„Teď jsme se o tom bavily v souvislosti se zákazem potratů v Polsku. Pro ty pro-life lidi je to bezvadný, že zákaz potratů, ale co teda s těma rodinama, který díky tomu zákazu budou mít ty děti, vo který budou přicházet, nebo který teda přežijou? Naleje stát spoustu peněz do toho, aby fungovaly perinatální paliativní týmy? Nebo potom podporuje organizace, který budou pomáhat s péčí o ty postižený děti a dál?“ (Kája, dula)

úmrtí ročně. Ženy po ztrátě dostávají podle statistických ukazatelů kvalitní a dostupnou péči zaměřenou na jejich přežití, tělesné zdraví a zachování plodnosti. Jiný typ péče a podpory není považován za součást biomedicíny, není proto státem nijak prosazován, ani v současnosti není veřejným politickým tématem. Na příkladu novely pohřebního zákona ale lze pozorovat, že politický postoj k nenarozeným dětem a jejich rodičům není statický.

6.2 Podpora a úřady

Od státu, který dohlíží na zdraví a život svých obyvatel, občan očekává v *životních* situacích, jako je nemoc, narození či úmrtí, finanční pomoc a strukturální podporu. Tato očekávání zaznívala od většiny žen, ať už je vnímaly jako naplněné či naopak neuspokojené. Vyjadřovaly ambivalentní postoj k státní regulaci jejich životní události, do které podle nich stát intervnuje někde málo a jinde příliš moc.

Státní podpora v podobě finančních dávek a organizačních úlev (např. možnost zůstat doma bez ztráty zaměstnání) je navázána na dva důvody, které na ní tvoří nárok: rodičovství a nemoc. Stát a posléze lékaři mají v tomto ohledu velkou definiční moc: lékaři v legislativních pojmech rodičovství,

„Pro potřeby vyplnění Listu se mrtvě narozeným dítětem rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 g a více, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po dvacátém druhém dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě.“
(*Příloha k Vyhlášce č. 297/2012 Sb.*, 2012)

zdraví a nemoci definují životní událost ztráty a hodnotí průběh smutku. Hranice mezi porodem a potratem (stanovena poněkud okrajovou zmínkou nikoli v zákoně, ale v poznámce pod čarou v poznámkách k příloze u vyhlášky o *Listu o prohlídce zemřelého*) je klíčovým prahem pro uznání typu ztráty ze strany státních institucí. Tato autoritativní definice rozlišuje mezi potratem a porodem, potažmo mezi tím, zda žena má nárok na finanční dávky nárokovatelné mateřstvím či nikoli. Pokud je její situace porodem, má

³² Nenarážím pouze na absenci či nedostatek vyškolených zdravotníků pro psychosociální péči o pozůstalé rodiče, ale také na nedostatek personálu, kvůli kterému se ženám často nedostává potřebné pozornosti a času.

nárok – pakliže splnila běžné podmínky pro její přiznání – na 14 týdnů peněžité pomoci v mateřství (mateřské dovolené). Pokud je její situace klasifikována jako potrat, nárok na mateřskou nemá a může využít pouze instituce nemocenské. Otcovství v tomto ohledu vztahuje zákon o sociální podpoře výhradně k živému dítěti: pokud se dítě narodí mrtvé, nárok na týdenní otcovskou dovolenou otec nemá. Další podmínkou otcovské dovolené je to, že ji může čerpat až tehdy, kdy dítě není hospitalizované (což je případ všech nedonošených dětí).

Ženy po potratu nebo bez nároku na peněžitou pomoc v mateřství převzaly ekonomický status nevýdělečné osoby, nebo využívaly obnovení rodičovského příspěvku (pokud ho ještě nedočerpaly na starší dítě) nebo nemocenskou (pracovní neschopnost).

Vzhledem k charakteru dávky, která se pojí na *nemoc*, rozhoduje nárok na ni lékař, který individuálně (a nikterak jednotně) rozhoduje, zda ženin stav po porodu/potrátu je důvodem k nemocenské. Je obvyklé, že lékaři ochotně vystavují neschopenku na měsíc až tři měsíce po porodu/potrátu. Když se žena nadále necítí na návrat do práce, pro další prodloužení nemocenské zpravidla lékař požaduje předání ženy do psychiatrické péče, aby mohlo být její truchlení biomedicínsky definováno jako patologické a tudíž jí vznikl nárok na finanční podporu v nemoci.

„Ale kde je ta hranice, ta zákonná hranice je to půlkilo, ale je to úsměvný, že je to někde stanovený, a kdyby to miminko mělo 495 gramů... nebo má 512 gramů a už se bude zachraňovat.
(...)Taky se to potom v těch nemocnicích falšuje. Že to děťátko se narodí, má 520 třeba, takže by to celý mělo bejt vedený jako porod, ale ta váha se zfalšuje, aby se to mohlo vést jako potrat. Jenže zase, když je to potrat, tak maminka nemá nárok na to pohřebný.“ (Kája, dula)

Nemocenská měla pro ženy ještě jedno omezení vycházející z jejího charakteru podpory v nemoci: je omezená vycházkami, což v případě, že měla žena starší děti, o které musela pečovat, nebo nechtěla období po potratu či porodu trávit dennodenně doma, jí odrazovalo od využití této finanční podpory.

Hranice mezi potratem a porodem také určuje, zda má rodina nárok na dávku pohřebního: jednorázového příspěvku, který kryje část nákladů na pohřeb. Pro jednorázovou dávku porodního je zase rozhodující, zda se dítě narodilo živé. Podobně rodičovský příspěvek na dítě může být čerpán (není-li nárok na mateřskou), pokud dítě v daném měsíci alespoň nějakou dobu žilo. Do situace může vstoupit ještě jedno opatření ze zákoníku práce: při úmrtí dítěte mají rodiče dva dny volna (formulovaného jako volno k zařizování pohřbu) a jeden den na účast na pohřbu („Příloha k nařízení vlády č. 590/2006“, 2006).

K přiznání výše uvedených dávek je kromě klasifikace nutná také evidence celé události českými úřady. Dokladem o úmrtí je v případě mrtvorozeného dítěte rodný list, kde je uvedena poznámka, že dítě se narodilo mrtvé. Ženy po potratu nemají nárok na žádnou dávku, která by se týkala jejich předčasně skončeného mateřství, a život a smrt jejich prenatálního dítěte není evidovaná na matrice. Ženy po události klasifikované jako porod musí pomocí rodného listu doložit, že dítě zemřelo, na Úřadu práce (pro rodičovskou) nebo České správě sociálního zabezpečení, která vyplácí mateřskou. Na Úřad práce se přihlašují k evidenci nezaměstnaných také ženy, které po ztrátě nenastoupí do zaměstnání (protože třeba chtějí další těhotenství nebo se na návrat do práce necítí připraveny). Úředníci a úřednice se tak setkávají s pozůstalými matkami a životními situacemi, které jsou v jejich práci výjimečné a často dochází k nejasnostem, zda žena splňuje všechny náležitosti a doložila všechny dokumenty. Pracovníci úřadů na neobvyklou situaci perinatálního úmrtí reagují podle popisu žen různé – od odměřenosti přes mimořádnou vstřícnost až po pláč. S orientací ve spleť nároků, dokladů a povinností pomáhají neziskové podpůrné organizace a svépomocné weby, protože dopátrat se nároků a požadavků úřadů vlastními silami je po ztrátě dítěte pro rodiny někdy nadlidský úkon. Nepřehlednost zachytného sociálního systému umocňuje také skutečnost, že na webových portálech úřadů či v oficiálních brožurách není o životní situaci úmrtí dítěte ani zmínka, jako by se snad vůbec nemohla stát.

„Jinak mi hodně pomohla Katka z Epsilonu. Pomůže vyřídit takový to, abys věděla, co máš si vyřizovat. Na sociálce, na úřadu práce. Jak jim to říct, co budeš potřebovat, co naopak ne. Takže mi fakt hodně věcí zjistila, jestli budu mít nárok na mateřskou a takovýhle věci. Já jsem taky potřebovala vědět, na co se mám připravit. Protože na těch úřadech často vůbec neví, protože ty situace jako neznaj. Málodky, občas se tam něco naskytne. Jakože jsou takový ty úmrtí při porodu nebo po porodu, ale není to pro ně úplně jako častý. Jako je to častý, ale pro ty úředníky asi ne.“ (Miranda, 2019)

6.3 Truchlení

Naše prožívání podléhá „politické ekonomii emocí“, tvrdí Nancy Scheper-Hughes v reakci na diametrální odlišnost přístupu amerických matek ke ztrátě dítěte oproti matkám z brazilského slumu, které jsou vystaveny každodenní smrti nejmenších. Management emocí a normalizace určitých způsobů prožívání a emočních reakcí je podstatnou složkou každého kulturního, nebo spíše politicko-ekonomického prostředí (1993). I když v Scheper-Hughesové přesvědčivé argumentaci postrádám přiznání Beattyho „biografičnosti emocí“ (2014), pojmenovává velmi přesně společenské očekávání emočního prožívání, které reflektují ženy v mém výzkumu.

Součástí každého příběhu ztráty dítěte bylo vyrovnávání se s reakcemi okolí. Pochopila jsem, že ženy čelily dvojímu protichůdnému společenskému očekávání, jak by měly prožívat svou ztrátu. To první nápadné, někdy i vyřčené očekávání reagovalo na ztrátu jako neúspěch „rodičovského projektu“ (Boltanski, Porter, 2013), na který se má podobně jako v prostředí byznysu reagovat dalším pokusem, zase se zvednout a zkoušet to znovu, nenechat se odradit. Všichni ti lékaři s ujištěním, že „budete mít další“, „můžete mít dalších pět dětí“, „jste mladá“ a „to se stává“ spolu s reakcemi příbuzných a známých v podobném duchu uvažovali v intencích útěchy a povzbuzení. Pro většinu žen (nikoli však všechny) byla taková útěcha bagatelizací a zneuznáním její bolesti (podobně Mitchell et al., 2012).

Vedle tohoto očekávání, že žena a její partner se má přes ztrátu rychle přenést, „brát to rozumně“ (Monika) a znovu začít pracovat na rodičovském projektu, se v českém kontextu ukrývá ještě druhé, protichůdné očekávání: hluboké, doživotní, nezvratné bolesti, věčného postrádání „kusu srdce odneseného už navždy s sebou“ (z veřejného příběhu), které musí následovat po „nenahraditelné“ ztrátě jedinečného, neopakovatelného novorozeného potomka a které je naplněním opravdové mateřské lásky. Tak jako tak obě očekávání vedou k mlčení: okolí se vyhýbá a mlčí, protože ztráta není tak závažná (lze ji „vyřešit“ dalším potomkem), a naopak protože je nezvratná a nenahraditelná (a nezvratitelnost smrti je noční můrou moderního člověka [Přidalová, 1998]). Nevyhnutelnost smrti narušuje narativ modernity a jejího snižování rizik a léčitelnosti nemocí (ibid). Obě protichůdné normy emoční reakce na ztrátu umožnily normalizovat truchlení a medikalizovat ho, pakliže neprobíhá v adekvátní (tedy očekávané) délce nebo intenzitě. Pokud truchlí žena dlouho, potřebuje psychiatrickou péči, pokud truchlí krátce či málo, může být

„Vlastně všichni čekali už tu informaci s těma mírama, tu esemesku, tak jsem říkala, že musíme hned poslat všem zprávu, že to blbě dopadlo. Ať to všichni ví a ať předejdeme tomu ‚tak co, co máte?‘ a my řekneme ‚nic‘ a vlastně se dostáváme do nepříjemnejch situací, kdy lidi nebudou vědět, jak reagovat. (...) No ale stejně to bylo strašně, strašně rozpačitý. My sme ještě docela kontaktní, takže když sme začli fungovat normálně, tak já sem šla vlastně každému naproti a říkala sem“ „Jo, je to blbý, dopadlo to takhle.“ A prolomit ty ledy, protože lidi fakt neví vůbec. Nejsou by přešli na druhou chodník, jen aby nemuseli reagovat.
(Milada, 2019)

podezřívána z „popření“. Výsledkem protichůdných očekávání a všeobecného mlčení byl pro ženy pocit nepochopení a nevyslyšení. Pochopení mohly ženy nalézt většinou jen u lidí, kteří zažili totéž, co ony: partner (ne vždy) a jiné ženy a rodiny se zkušeností ztráty dítěte.

6.4 Podpůrné organizace

Nepochopené a nevyslyšené ženy, kterým zemřelo v těhotenství, při porodu nebo později dítě, vytvářejí vlastní strategie, jak se domoci pochopení a vyslyšení, nebo jak je alespoň dopřát dalším ženám se stejným osudem. Častou strategií je sdílení a manifestace zkušenosti pomocí příběhů. Protože ztráta zasahuje různé ženy z různých geografických míst a různých sociálních kruhů, je nejrozšířenějším místem setkávání online prostor (Mitchell et al., 2012).

Na internetu je více než desítky českých stránek přímo věnovaných spontánnímu potratu nebo perinatální ztrátě, které založily jednotlivé „amatérky“ s touto zkušeností. Obsahují zakladatelčin příběh, někdy rozvíjený ve formě blogu, rubriky s radami, odkazy na jiné podpůrné stránky z českého i zahraničního prostředí a některé i možnost vkládání příběhů čtenářek. Autorské texty mají familiární vyznění a jsou obvykle adresovány jediné skupině návštěvníků – ženám, které prožily nebo prožívají ztrátu. Rétorika „amatérských“ webů sleduje dva cíle: uveřejňováním příběhů potírat tabuizaci a veřejné mlčení o perinatální a perinatální smrti a uznávat smutek a bolest, kterou pociťují čtenářky. Tyto weby tak vyvažují nejčastější nešvar, který zmiňovaly účastnice mého výzkumu v souvislosti se svým okolím: mlčení či vyhýbání se tématu a znevažování závažnosti ztráty.

Dalším typem webů jsou „profesionální“ weby, vytvářené organizovanými občanskými iniciativami a spolky. I když také promlouvají k ženám se ztrátou, jejich rétorika je formálnější a slouží jako osvěta pro širokou veřejnost: návštěvníky uvádějí do problematiky ztráty, informují o průběhu této situace, popisují fáze truchlení a vysvětlují důležitost prožívání truchlení, uspořádání pohřbu nebo zhotovení hmatatelných vzpomínek na dítě. I když tak vytvářejí tak určitý rámec pro správné truchlení, vyslovují tyto normativní texty uznání odchylkám a individuálním odlišnostem v prožívání ztráty. Na některých stránkách je prostor k vytváření virtuálních pomníků.

Profesionální weby jsou navázané na konkrétní fyzické organizace. Stránky tedy odkazují na svou kamennou poradnu, uveřejňují telefonické kontakty na vyškolené poradkyně, nabízejí zprostředkování konzultací se spolupracujícími odborníky – nejčastěji porodní asistentka, krizová interventka, sociální pracovníce, psychologka či gynekoložka. Často pořádají setkání rodin se ztrátou, sdílené kruhy, moderují online skupiny pro ženy se ztrátou. Občas pořádají i veřejné osvětové akce (výstavy, přednášky, semináře).

Pobídka návštěvníků k finančnímu příspěvku na provoz organizace je součástí těchto webových stránek. Občanské organizace financují svůj provoz z dotací (které jsou nepravidelné a nesystematické) a z darů veřejnosti. Personální zapojení laiků i profesionálů do poradenství a práce pro organizaci je zpravidla dobrovolnická práce bez finanční odměny.

Všechny tyto projekty – amatérské weby, profesionální weby a podpůrné online skupiny mají podobné charakteristiky: iniciují je ženy, z nichž většina má osobní zkušenost se ztrátou, a vyplňují mezeru v péči, poradenství a informovanosti, které nejsou naplněné ve zdravotnictví a státních institucích. Podpůrné organizace a svépomocné skupiny jsou ukázkovým příkladem rezponzibilizační reakce občanů na chybějící služby státu, ale také projevem nedůvěry ve stát a schopnost jeho institucí naplňovat individuální potřeby občanů (Hájek et al., 2020). Je otázkou, jestli by bylo pro ženy vítané, kdyby tuto „mezeru“ vyplnily státní instituce. Domnívám se, že státní převzetí by mohlo způsobit deindividualizaci a odosobnění poskytované péče. Stabilitě a rozvoji občanské péče o pozůstalé by ale pomohlo, kdyby stát uznal jejich společenský přínos třeba prostřednictvím stabilního financování. Ze strany státu ale zatím není vstřícnost vůči systematické podpoře těchto občanských iniciativ.

Největší vhléd jsem získala do fungování organizace Epsilon – o ostatních organizacích píšu pouze na základě jejich dostupné webové prezentace nebo zmínek z rozhovorů. Fascinuje mě snaha pracovníků (přesněji řečeno dobrovolníků) Epsilonu získat uznání ze strany zdravotnických a státních institucí. Cestu spatřuje ředitelka Epsilonu Karolína ve vysoké profesionalizaci a napojení na již etablované zdravotnické kruhy (např. na lékařskou společnost). Spolupracovníci Epsilonu mají vysokou expertízu – teoretickou i praktickou – v oblasti podpory rodin při prenatálním a perinatálním úmrtí, ale při jednání s ambulantními lékaři, genetiky a státními institucemi je na ně nahlíženo jako na „báby s letáčkama“, glosuje Kája.

Feminizace emoční práce
Reaganové postřeh z amerického prostředí odpovídá i zkušenostem českých žen, s výjimkou neojedinělých empatických gynekologů a neonatologů mužů, kteří poskytli ženě citlivou a po všech stránkách profesionální komunikaci i péči.
„Patient desire for sensitivity is not met by doctors but by auxiliary personnel, including social workers, nurses, psychologists, and chaplains. Attention to the emotional context of pregnancy loss is a task that subordinate, lower-paid (possibly volunteer), and mostly female workers perform.“ (2003, p. 369)

O poznání vstřícnější je reakce nemocnic na pracovnice Epsilonu: zdravotníci, kteří přicházejí do styku se smrtí nenarozených a novorozených dětí, totiž takovou tendenci znevažovat nezdravotnické formy péče o rodiny nemají (alespoň někteří). Ačkoliv jsou sami v kontaktu s těžkými emocionálními pracovními situacemi, zdravotníci taky většinou nemají přístup

k nezdravotnické formě sebezpečí a „ošetření“, jak nazývá psychohygienu a supervizi Karolína. V tomto ohledu je převratný projekt webové a krizové podpory určené přímo zdravotníkům a zdravotnicím (a dalším profesionálkám) zaměřený na perinatální ztrátu. Projekt je iniciativou profesního sdružení Unie porodních asistentek a vyplňuje hlubokou mezeru v oblasti podpory zdravotníků, vzdělávání v psychosociální péči (o které se leta zaslouhovala i porodní asistentka akademička Kateřina Ratislavová) a uznání jejich emoční práce.

6.5 Nejistota a uznání

Prenatální a perinatální ztráta v České republice je půda tichého boje za uznání: individuality, emocionality, materiality, vizuality i její relevance. Prenatální ztráta je individuální, biografická událost, která zahrnuje mnoho aktérů: matku, otce, sourozence, prarodiče, porodní asistentky, lékaře a lékařky, sanitářky a sanitáře, pracovníky a pracovnice pohřebních ústavů, genetiky, úřednice, přátele a známé rodiny. Společenská reakce na ni vychází z nejistoty, kterou ztráta přináší. Nejistota ale neopravňuje ke znevažování. Ženy, které ztrátou prošly, dokázaly tuto nejistotu přijmout a sebe-jistě o ztrátě vyprávět. Jejich hlasy nejsou zoufalé, ani ukřivděné, ani sebelítostné. Volají po uznání. Doufám, že tato práce přispěje k naslouchání.

7 Závěr

Úmrtí dítěte během těhotenství, porodu či krátce po něm je událost týkající se tisíců rodin ročně, která se přechází mlčením. Za mlčením stojí společenská neochota věnovat pozornost životní události, která odporuje modernistickým normativům o nekonečném pokroku a autoritě vědeckého poznání a zpochybňuje strategie efektivní reprodukce. Těhotenství končící smrtí místo narození ohrožuje reprodukční normy a mlčení je způsobem, jak smrt zneviditelnit. Nedá se říci, že by však perinatální smrt byla nedůležitá, naopak: její míra manifestovaná v ukazatelích perinatální úmrtnosti je jedním z ústředních zaměření biopolitiky v moderním státu.

Smrti předchází život a narození předchází perinatální život, který je ověnčen pojmy nabitými epistemickými i ontologickými významy. Na evoluci konceptu embrya ukazují, jak se vytvářelo pojetí nenarozených, jejich vizualizace a jak se v průběhu posledních dvou staletí radikálně proměnilo chápání života, který se odehrává před narozením. Nenarozené dítě existuje v mnoha rovinách: biologické, sociální, politické i spirituální, jejichž odlišnost i podobnost je zdrojem sporné nejednoznačnosti. Ženy, které čelí perinatální či perinatální ztrátě se ocitají v šedých zónách, kde se odehrávají společenské definiční boje. Etnografický výzkum mezi pozůstalými ženami ale ukazuje, že definice, nad nimiž se vedou celospolečenské, politické a morální spory, nejsou pro ženy procházející ztrátou relevantní.

I přes zdánlivou jednotnost biologického chápání plodu se ukázalo, že plod je politicky, společensky i biomedicínsky uvažován ve dvou vylučujících se kategoriích: buď jako plod perspektivní, nebo jako plod neperspektivní. Sociální existence plodu se vztahuje k předpokladu jeho budoucnosti jako narozeného člověka. Úmrtím nebo zjištěním fatální vývojové vady plod tuto perspektivu budoucnosti ztrácí a rodiče v těžkých okamžicích ztrácejí na okamžik vedle příslibu dítěte i své rodičovství. Některé ženy ale postupně transformují své rodičovství vůči *ztracenému* dítěti do nové formy *nepřítomné přítomnosti*.

Perinatální a perinatální ztráta se odehrává na vratké půdě, po které se pohybuje mnoho aktérů: matky, otcové, sourozenci a rodiny, zdravotníci, pohřební služby, úřady a také občanské instituce, které vyplňují mezeru v podpoře, kterou rodiny se ztrátou potřebují. Ve společnosti mezi nimi odehrávají ženy tiché boje za uznání: individuality, emocionality, materiality, vizuality i relevance perinatální i perinatální ztráty. Realizovaný výzkum je příspěvkem k jejímu rozpoznání a pobídkou k dalšímu výzkumu odkrytých bílých míst v oblasti dětské smrti.

8 Literatura a zdroje

- Beatty, A. (2014). Anthropology and emotion. *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, 20(3), 545-563.
- Boltanski, L., Porter, C. (2013). *The Foetal Condition: A Sociology of Engendering and Abortion*. Polity Press.
- Bourgois, P. (1996). *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio* (1 ed.). Cambridge University Press.
- Bryndová, L., Pavloková, K., Roubal, T., Rokosová, M., Gaskins, M., & van Ginneken, E. (2009). Czech Republic: Health system review. In *Health Systems in Transition* (pp. 1-122).
- Casper, M. (1998). *The Making of the Unborn Patient: A Social Anatomy of Fetal Surgery*. Rutgers University Press.
- Doležal, A. (2013). Wrongful life, wrongful birth žaloby – etické a právní úvahy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 3(3).
<http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/58/64>
- Dülmen, R. (2006). *Kultura a každodenní život v raném novověku (16.-18. století)* (Vyd. 1, přeložil Martina NOVÁKOVÁ). Argo.
- Dušek, L. (2019). NZZR: Stručné představení systému (...) a reakce na podněty Pracovní skupiny k porodnictví. In *Vláda České republiky*. https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Pracovni_skupina_k_porodnictvi/Priloha-c--6---prezentace-L--Duska-k-NRRZ-a-Podnetu-k-publicaci-statistickych-dat.pdf
- Důvodová zpráva NOZ (2016). www.obcanskyzakonik.justice.cz/images/pdf/Duvodova-zprava-NOZ-konsolidovana-verze.pdf
- Ennen, E. (2001). *Ženy ve středověku* (Vyd. 1). Argo.
- Foucault, M., Burchell, G. (2008). *The birth of biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978–1979* (1 ed.). Palgrave Macmillan.
- Frederik Frøen, J., Cacciatore, J., McClure, E., Kutu, O., Jokhio, A., & Shiffman, J. (2011). Stillbirths: why they matter. *Lancet*, 1353–66. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62232-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62232-5)
- Geertz, C. (2000). *Interpretace kultur: vybrané eseje* (Vyd. 1). Sociologické nakladatelství.

- Glombíček, P. (2014). Záměr Wittgensteinova Traktátu (1): Předmluva a motto. *Organon F*, 21(3), 363-380.
- Hájek, K. (2006). *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání* (Vyd. 1). Portál.
- Hájek, M., Šrám, K., Kolomoiets, M., & Cuker, I. (2020). Uneasy Neoliberal Governance in a Low-Trust Society: Barriers to Responsibilisation in the Czech Republic. *Sociological Research Online*, 25(2), 201–218. <https://doi.org/10.1177/1360780419866464>
- Han, S. (2013). *Pregnancy in Practice Expectation and Experience in the Contemporary US* (1 ed.). Berghahn Books. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt9qcs58>
- Hašík, L., Krofta, L., Vojtěch, J., Pock, R., Hanulíková, P., Heřman, H., & Feyereisl, J. (2017). Mrtvorozenost: mnoho vykonáno, mnohem více je třeba ještě udělat. *Gynekologie a porodnictví*, 4, 203-206.
- Hochschild, A. (2012). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. University of California Press.
- Hopwood, N., & Buklijas, T. (2008). Making visible embryos. Retrieved 2021-07-4, from www.sites.hps.cam.ac.uk/visibleembryos/
- Howes-Mischel, R. (2019). The “Sound” of Life: Or, How Should We Hear a Fetal “Voice”? : Biology, Culture, and Society. In *The Anthropology of the Fetus* (Vol. 37, p. 252). Berghahn Books. <https://doi.org/10.2307/j.ctvw04h7z.17>
- Howes-Mitchell, R. (2018). The Sound of “Life”: or how we should hear a fetal "voice"?. In S. Han, T. Betsinger & A. Scott (eds.), *Anthropology of The Fetus: Biology, Culture, and Society* (pp. 252-275). Berghahn Books.
- Jordan, B. (1997). Authoritative knowledge and its construction. In R. Rapp & C. Sargent, *Childbirth and Authoritative Knowledge* (pp. 55-79). University of California Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1525/9780520918733-003>
- Kotrlý, T. (2013). K problematice mrtvě narozených dětí. In D. Černý & A. Doležal, *Smrt a umírání. Etické, právní a medicínské otazníky na konci života* (1., pp. 97-130). Ústav státu a práva AV ČR.
- Law, J., & Sasson, V. (eds.). (2009). *Imagining the Fetus: The Unborn in Myth, Religion, and Culture*. Oxford University Press.

- Layne, L. (2000). 'He was a Real Baby with Baby Things': A Material Culture Analysis of Personhood, Parenthood and Pregnancy Loss: A Material Culture Analysis of Personhood, Parenthood and Pregnancy Loss. *Journal of Material Culture*, 5(3), 321-345.
<https://doi.org/10.1177/135918350000500304>
- Lock, M., & Nguyen, V. (2010). *An anthropology of biomedicine* (1 ed.). Wiley-Blackwell.
- Löwy, I. (2018). *Tangled Diagnoses: Prenatal Testing, Women, and Risk* (1 ed.). The University of Chicago Press.
- Martiniak, M. (2020). Neviditeľná.
- Mitchell, L., Stephenson, P., Cadell, S., & Macdonald, M. (2012). Death and grief on-line: Virtual memorialization and changing concepts of childhood death and parental bereavement on the Internet. *Health Sociology Review*, 21(4), 413-431.
<https://doi.org/https://doi.org/10.5172/hesr.2012.21.4.413>
- Morgan, L. (2009). *Icons of Life: A Cultural History of Human Embryos* (1. vydání). University of California Press.
- Müller, W. (2012). *The Criminalization of Abortion in the West: Its Origins in Medieval Law*. Cornell University Press.
- Nešporová, O. (2013). *O smrti a pohřbívání*. CDK.
- Nováková, O. (2003). Úmrtnost kojenců a mladších dětí v 19. a 1. polovině 20. století. *Demografie*, 45, 177-188.
- Podnět Pracovní skupiny k porodnictví k publikování statistických dat. (2019). In *Vláda České republiky*. https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Pracovni_skupina_k_porodnictvi/Podnet_k_publicovani_statistickyh_dat_26-04_2019.pdf
- Přidalová, M. (1998). Proč je moderní smrt tabu? *Sociologický časopis* 34(3), 347-361.
- Příloha k Vyhlášce č. 297/2012 Sb. (2012). Ministerstvo zdravotnictví.
https://www.zakonyprolidi.cz/disk/cs/file/2012/2012c105z0297_2015c155z0364p001u001.pdf
- Příloha k Nařízení vlády č. 590/2006 Sb. (2006). Vláda České republiky.
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-590>
- Ratislavová, K. (2014). Women's experience with a stillbirth in the Czech Republic. *Slovak Journal of Health Sciences*, 5(2), 100-112.

Rapp, R. (1991). *Testing women, testing the fetus: The social impact of amniocentesis in America*. Routledge.

Ratislavová, K., & Ratislav, J. (2014). Asynchronous email interview as a qualitative research method in the humanities. *Human Affairs*, 24, 452-460. DOI:10.2478/s13374-014-0240-y

Reagan, L. (2003). From Hazard to Blessing to Tragedy: Representations of Miscarriage in Twentieth- Century America. *Feminist Studies*, 23(2), 356-378.

Rutherford, J. (2018). The Borderless Fetus: Temporal Complexity of the Lived Fetal Experience. In T. Betsinger & A. Scott, S. Han (ed.), *Anthropology of The Fetus: Biology, Culture, and Society* (1., pp. 15-33). Berghahn Books.

Scott, A., & Betsinger, T. (2019). Excavating Identity: Burial Context and Fetal Identity in Postmedieval Poland. In *The Anthropology of the Fetus: Biology, Culture, and Society* (pp. 146-168). Berghahn Books. <https://doi.org/10.2307/j.ctvw04h7z.13>

Scheper-Hughes, N. (1993). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. University of California Press.

Stodulka, T. (2014). Emotion Work, Ethnography, and Survival Strategies on the Streets of Yogyakarta. *Medical Anthropology*, 34(1), 84-97. <https://doi.org/10.1080/01459740.2014.916706>

Stodulka, T., Selim, N., & Mattes, D. (2018). Affective Scholarship: Doing Anthropology with Epistemic Affects. *Ethos*, 46(4), 519–536.

Stoller, P. (1989). *The Taste of Ethnographic Things: The Senses in Anthropology*. University of Pennsylvania Press.

Stoller, P. (1997). *Sensuous scholarship*. University of Pennsylvania Press.

Szewczyk, M. (2019). Revelations of science: discussing images of prenatal development by Ernst Haeckel and Lennart Nilsson. *Panoptikum*, 21(28), 95-115. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=883564>

Šembera, Z., & Velebil, P. (2003). Vývoj perinatální úmrtnosti v ČR. *Interní medicína: mezioborové přehledy*, 2003(2), 21-25.

Široká, L., & Povolná, M. (2017). Právo rodičů ženy odmítnout péči versus právo dítěte na život a zdraví ve světle judikatury Ústavního soudu a Evropského soudu pro lidská práva. *Jurisprudence*, 5, 18-28.

Šmídová Matoušová, O., & Tollarová, B. (2014). You Can't Take It Personally': Emotion Management as Part of the Professional Nurse's Role. *Sociologický časopis*, 50(6), 839-873.

Štáinc, R. (2019). *Zákon o pohřebnictví de lege lata a de lege ferenda* [Rigorózní práce]. Univerzita Karlova, Právnická fakulta.

Štembera, Z., & Velebil, P. (2005). Jak ovlivní přijetí definice WHO o mrtvorozenosti perinatální úmrtnost v ČR. *Česká gynekologie*, 70(6), 407-410.

Ticineto Clough, P., & Halley, J. (eds.). (2007). *The Affective Turn: Theorizing the Social*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822389606>

Valc, J. (2021). Ochrana embrya a plodu v trestním a občanském právu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 11(1), 36-52.

Valc, J. (2021). Ochrana embrya a plodu v trestním a občanském právu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 11(1), 36-52.

Zlatohlávková, B. (2014). Aktuální data mortality a dlouhodobého vývoje dětí narozených na hranicích viability. *Aktuální gynekologie a porodnictví*, 6, 17-18.

FIGURE 1: BRAUNE W., SCHMIEDEL, C. & F.A. HAPTVOGEL TOPOGRAPHISCH-ANATOMISCHER ATLAS	11
FIGURE 2: SCHÉMA NRRZ	12
FIGURE 3: PŘEHLED PRENATÁLNÍCH A PERINATÁLNÍCH ZTRÁT V ČR (ÚZIS/ČSÚ)	15
FIGURE 4: SÖMMERINGOVY ICONES EMBRYONUM HUMANORUM (H. & B, 2008)	33
FIGURE 5: VÝSTAVA CENTURY OF PROGRESS' WORLD'S FAIR V CHICAGU	36
FIGURE 6: POUŽÍVANÉ VIZUÁLNÍ POROVNÁNÍ PLODŮ, WWW.ENDTHEKILLING.CA	54
FIGURE 7: NÁVRH STILLBORN FOTEK (WWW.INSTAGRAM.COM/P/B5xGz2DNXKS/)	55
FIGURE 8: MEMORYBOX (Z WEBU EPSYLONU)	66