

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra genderových studií

Bc. Iva Štichauerová

Domácí porody v médiích

Diplomová práce

Vedoucí práce: **doc. Věra Sokolová, Ph.D.**

Praha 2015

Prohlášení

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

V Praze dne 7. prosince 2014

Iva Štichauerová

Obsah:

ABSTRAKT	6
1 ÚVOD	7
1.1 Cíl práce a metodologie	8
1.2 Přínos práce a kontext	9
1.3 Výběr tématu.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	13
2 OBECNÝ ÚVOD DO PROBLEMATIKY	13
2.1 Co je porod	13
2.2 Porodnictví obecně.....	13
3 HISTORIE PORODNICTVÍ VE SVĚTĚ A U NÁS	16
3.1 Babictví.....	16
3.2 Osvícenství a vývoj v 18. století.....	16
3.3 19. století	17
3.3.1 <i>Horečka omladnic</i>	19
3.4 20. století	19
3.4.1 <i>80. léta</i>	21
3.4.2 <i>90. léta</i>	21
4 SOUČASNÉ TRENDY V ČESKÉM PORODNICTVÍ	22
4.1 Vznik nových organizací.....	22
4.2 Komeracionalizace a konzumerismus	23
4.3 Psychologizace péče	24
4.4 Rutinizace	24
4.4.1 <i>Problematické rutinní praktiky a přístup k nim</i>	26
4.5 Vývoj kompetencí porodních asistentek a možností rodit doma v české legislativě	30
5 ZAHRANIČNÍ MODELY PORODNICTVÍ	32
5.1 Holandský model	33
5.2 Americký model.....	34
5.3 Britský model.....	35
6 DVA DOMINANTNÍ DISKURZY V PŘÍSTUPU K PORODŮM V ČESKÉM KONTEXTU	36
6.1 Medicínský přístup k porodu	36
6.1.1 <i>Císařské řezy</i>	38
6.1.2 <i>Genetický screening</i>	41
6.2 Alternativní/přirozený přístup k porodu	43
7 GENDEROVÝ ROZMĚR PORODNICTVÍ	45

7.1	Porodnictví jako mužská disciplína.....	45
7.2	Zdravotníci vs. rodičky	46
7.3	(Ne)zodpovědnost žen.....	46
7.4	Genderové stereotypy.....	47
8	CIVILIZAČNÍ DISKURZ V PORODNICTVÍ.....	48
8.1	„Přírodačky“ a „naše maminky“	48
8.2	Civilizace vs. příroda	49
8.3	Porody u přírodních kultur a národů.....	51
9	MÉDIA A JEJICH ROLE.....	53
9.1	Stuart Hall.....	55
9.2	Mediální kauza s Ivanou Königsmarkovou.....	57
10	POUŽÍVANÉ ANALYTICKÉ KONCEPTY.....	58
10.1	Moc jako autoritativní vědění.....	58
10.2	Diskurz a moc.....	59
10.2.1	<i>Michael Foucault</i>	59
10.2.2	<i>Pierre Bourdieu</i>	60
10.3	Gender.....	62
	ANALYTICKÁ ČÁST	63
11	METODOLOGIE.....	63
11.1	Metodologická východiska	63
11.1.1	<i>Kritická teorie</i>	63
11.1.2	<i>Feministický výzkum</i>	64
11.1.3	<i>Kritická diskurzivní analýza</i>	65
12	ÚVOD DO ANALÝZY	67
12.1	Moje pozicionalita.....	68
12.2	Výběr metody a cíl práce.....	69
12.3	Výběr a popis vzorku	70
12.4	Kategorie analýzy.....	70
12.5	Dvě úrovně analýzy	73
12.6	Diskuze zvolené metody.....	73
13	HLOUBKOVÁ ANALÝZA DISKURZU.....	74
13.1	Mocenský boj v českém zdravotnictví	74
13.1.1	<i>Kolegialita lékařů/ek</i>	77
13.1.2	<i>Lékaři proti rodičkám</i>	78
13.2	(Ne)bezpečnost domácích porodů.....	79
13.2.1	<i>Pohled lékařského establishmentu</i>	79
13.2.2	<i>Pojetí rizik dle Ivany Königsmarkové</i>	83
13.2.3	<i>Odlíšné pojetí rizik - shrnutí</i>	84

13.3	Přijímání axiomu protistrany	86
13.4	Výzkumy	88
13.5	Výhody domácích porodů a nevýhody nemocnic pro rodičky	90
13.6	Argument právy dítěte	93
	13.6.1 Analogie s potraty.....	95
13.7	Názvy článků	95
14	OBECNÉ TENDENCE ČLÁNKŮ V DATECH	96
14.1	Vývoj názorů na domácí porody v českých médiích	96
14.2	Souvislost čísel stránek s hodnocením článku.....	98
14.3	Dominantní ideologie analyzovaných médií	99
14.4	Postoj a četnost výskytu jednotlivých médií.....	101
15	GENDEROVÝ ROZMĚR ČLÁNKŮ.....	103
15.1	Kdo má v článcích hlas.....	103
15.2	Genderový rozměr autorství článků	105
15.3	Svobodná volba – koho?	107
15.4	Genderový aspekt – shrnutí	108
16	DISKURZIVNÍ ANALÝZA DVOU ZVOLENÝCH ČLÁNKŮ	110
16.1	Článek proti domácím porodům - Doležal	110
	16.1.1 Shrnutí KDA Doležalova článku.....	116
16.2	Článek pro domácí porody - Třešňák	117
	16.2.1 Shrnutí KDA Třešňákova článku	120
17	SHRUTÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI.....	121
18	ZÁVĚR PRÁCE	123
19	BIBLIOGRAFIE.....	126
19.1	Sekundární literatura	126
19.2	Primární literatura.....	130
20	PŘÍLOHY.....	132
20.1	Příloha č. 1	132
20.2	Příloha č. 2	134
20.3	Příloha č. 3	138

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá tím, jak se o domácích porodech mluvilo v médiích v souvislosti s mediální kauzou s porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou. Cílem práce je popsat, jaké přístupy lze na této kauze vysledovat, jaký je genderový rozměr těchto přístupů a jak se na nich manifestuje aspekt moci. Abych toho docílila, zvolila jsem si metodu diskurzivní analýzy, která nejlépe poukazuje na vztah mezi jazykem, mocí a ideologií. Analyzovaný materiál představují články z českých médií, které s danou kauzou a domácími porody a souvisí a na jejichž základě se dají vysledovat témata, jež se v nich objevují nejčastěji a také jejich tendence v průběhu času. V neposlední řadě v práci podrobně analyzuji dva vybrané články, zastupující dva dominantní názorové směry - lékařský přístup k porodu a přístup přirozený či alternativní.

ABSTRACT

This diploma thesis deals with home births and how they were referred to in the media regarding the medial cause with a midwife Ivana Königsmarková. The goal of this work is to describe approaches that can be traced on this cause, what is the gender dimension of these approaches like and how does the aspect of power manifest itself on them. To achieve that I've chosen a method of discourse analysis which is the best one to point out the relation between language, power and ideology. Analysed material is represented by the articles from Czech media that are associated with the given cause and on basis of which the most frequently occurring topics can be traced along with their tendencies throughout time. Last but not least I'm closely analysing two chosen articles which represent two dominant ways of thinking - the medical approach of labour and natural or alternative approach.

KLÍČOVÁ SLOVA: přirozený porod, domácí porod, diskurz, média, moc, autoritativní vědění, gender

1 Úvod

Porod – termín, který je v českém jazyce v přeneseném významu využíván k označení obtížné a náročné situace, což už samo o sobě mnohé vypovídá. Co se však pod tímto pojmem skrývá?

Může se zdát, že termín porod má pro všechny stejný význam, že je to zkrátka slovo jako každé jiné, které jen popisuje určitou aktivitu. Ačkoliv působí jednoznačně, významy i obsah tohoto termínu se však dramaticky liší. Porod je totiž ideologicky zatížený pojem, se kterým se pojí nesčetně východisek, očekávání, tradic, stereotypů a přístupů, které se liší v závislosti na době, kultuře, ale i v rámci jedné kultury, jak je u nás názorně vidět na diskuzích o domácích porodech. A právě proto, že porod znamená pro každého něco jiného, se v této práci zaměřuji na česká média a to, kdo v nich má hlas, neboť tito lidé potom dominantně definují, co porod je a jak by měl probíhat. Aktuálně jsme totiž médiu obklopeni prakticky neustále a jejich vliv na to, co vnímáme jako „autoritu“, „normální“ či „objektivní“, je značný.

Faktem je, že porody se u nás v současnosti skoro vždy odehrávají v nemocničním prostředí. Ženy tam rodí mezi neznámými lidmi, kteří k nim nemají žádnou citovou ani příbuzenskou vazbu a mají tendenci na ně pohlížet svrchovaně kvůli svým letům studia a praxe v oboru. Dítě se rodí do prostředí připraveného na operaci. Rodí se do prostředí, které porod vnímá jako něco inherentně rizikového s nutností okamžitého zásahu. V posledních letech se i více dětí rodí císařským řezem, kdy jim někdo rovnou chirurgicky otevře cestu na svět, bez námahy.

Není mým cílem se ptát, zda to tak má být a postulovat nějaké etické imperativy, to je nakonec volbou každé rodičky, namísto toho se pokusím představit i jiné alternativy – především porody přirozené, které vznikly v reakci na nedostatky medicínského modelu, a které se vůči němu v mnohém vymezují a poukazují i na důležitost psychické pohody rodičky, ne pouze té fyzické.

Dále zde představuji, jak se rodilo dříve, jak se porodnictví vyvíjelo a současně pro srovnání přibližuji modely jiných zemí a kultur. V souvislosti s tím si všímám civilizačního diskurzu, v rámci kterého staví lékařský model technologické poznatky nad vlastní pocity a intuici rodiček. Tím pádem mají formálně vzdělanější lidé větší moc a mohou lépe vyjednávat své pozice v rámci porodnice jakožto instituce, kde se u nás odehrávají skoro všechny porody. Tento model také pracuje s „přirozeností“ jako s něčím negativním, od

čeho bychom se měli co nejvíce vzdálit, zatímco model alternativních porodů zase „přirozenost“ oslavuje. Z toho je patrné, že lékařský a alternativní model vychází ze zcela odlišných diskurzů a formulují jiná „autoritativní vědění“ o tom, jak by se k porodům mělo správně přistupovat.

V posledních letech jsme si mohli v médiích všimnout významné kauzy s hlavní obhájkyní domácích porodů a prezidentkou Unie porodních asistentek Ivanou Königsmarkovou. Při jednom z mnoha domácích porodů, u kterých asistovala, došlo k nenávratné újmě na zdraví novorozence a Ministerstvo zdravotnictví s Ústavem pro péči o matku a dítě se to rozhodli řešit soudně. Překvapivě tedy s porodní asistentkou neměli problém rodiče dítěte, nýbrž přesně ti samí lidé, kteří s ní vedli letité spory a netajili se tím, že s jejím přístupem k porodům nesouhlasí. Z tohoto neštěstí se tak stal pro jednu stranu sporu exemplární příklad rizikovosti a nezodpovědnosti spojené s domácími porody. Na základě této kauzy se rozvinula veřejná diskuze o domácích porodech, která dobře odkryla rozdílné ideologie, ze kterých zastánci/kyně či odpůrci/kyně domácích porodů vycházejí, a tím pádem i jejich odlišné pohledy na porod jako takový.

1.1 Cíl práce a metodologie

Tato kauza a ohlasy, které na ni navazovaly, se staly ústředním tématem analytické části této diplomové práce. Jejím cílem je zachytit právě ten mocenský diskurz, který se touto kauzou zviditelnil a rozkrýt, kdo a jak o domácích porodech mluví. S tím „kdo má hlas“ a „jak tento hlas využívá“ se nepochybně pojí i genderový aspekt, který je také mým cílem analyzovat v těchto diskuzích, které se často tváří jako spor porodních asistentek-žen proti porodníkům či gynekologům-mužům. Tato umělá genderová konstrukce „boje žen proti mužům“ v porodnickém diskurzu pak jen dále recykluje genderové stereotypy o „racionálních“ lékařích a „emocionálních“ porodních asistentkách a rodičkách v mediálních diskuzích a podporuje tak setrvalý sexismus v mnoha oblastech českého veřejného diskurzu.

Abych naplnila cíl práce, budu analyzovat články, které se pojí s danou kauzou o domácích porodech. Analýza probíhá na dvou úrovních. Nejprve pro obecný popis článků používám metodu hloubkové textové analýzy diskurzu a následně jsem si zvolila dva konkrétní články, které analyzuji prostřednictvím kritické diskurzivní analýzy. Ta se zaměřuje na mocenský aspekt a ideologii, které se často projevují skrze jazyk.

Ve své práci vycházím z feministické perspektivy, což znamená, že si všímám genderového rozložení autorů článků i těch, kdo v nich vystupují, zaměřuji se na aspekt moci, autority, nerovností atp. Mimoto je celé téma porodů spojeno s tematikou ženského těla, prožitku, sexuality, reprodukce, práv a zodpovědnosti, která z toho vyplývá.

Jelikož se chci zaměřit především na genderový a mocenský aspekt diskurzů kolem domácích porodů, stanovila jsem si následující tři širší výzkumné otázky:

1. Lze na kauze s Ivanou Königsmarkovou vysledovat rozdílné přístupy k domácím porodům, a pokud ano, jaké to jsou?
2. Jaký je genderový rozměr těchto přístupů a jak se projevuje?
3. Jak se na této kauze manifestuje aspekt moci?

Stejně jako většina prací na toto téma, i moje práce má hlubší aktivistický rozměr a ráda by přispěla k větší celospolečenské a legislativně změně a úpravě porodnictví, aby některé rodičky již nadále nemusely volit porod doma jako jedinou možnost, pokud nesouhlasí s medicínsky vedeným porodem a chtějí aktivně rozhodovat o svém těle a porodu a současně aby ty ženy, které doma rodit chtějí, to měly umožněno a byla jim v jejich rozhodnutí poskytnuta lékařská asistence.

Snažím se rozkrýt a kriticky poukázat na současné ideologické struktury, které formují to, jak uvažujeme o světě a co vnímáme jako normu a to správné, a co naopak jako to špatné, deviantní a problémové. Ráda bych, aby tato práce přinesla každému čtenáři/ce minimálně porozumění, jaká dynamika hýbe současným českým porodnictvím a aby zviditelnila problémy, které se v něm vyskytují a otevřela tak potenciál pro změnu směrem ke svobodné volbě a akceptaci i jiných způsobů vedení porodu, které mohou být stejně legitimní jako ten medicínský, akorát vychází z jiných předpokladů.

1.2 Přínos práce a kontext

Jak jsem již zmiňovala, moje diplomová práce se zaměřuje na zmapování přístupů, které lze v médiích k domácím porodům vysledovat. Na základě toho poskytuje hlubší vhled do této problematiky, představuje historii porodnictví a odlišné přístupy, které se v něm objevily, poukazuje na autoritativní vědění, skrze které je dále reprodukována dominantní ideologie, která není kriticky zpochybňována, nýbrž působí jako zdánlivě logická a přirozená.

Největší přínos této práce ale spočívá v její analytické části, kde analyzuji články vydané od nešťastného domácího porodu v červenci 2009, u kterého asistovala Ivana Königsmarková a na kterou byla za jeho vedení podána žaloba, až do prosince 2012. Mapuji tedy více než tříleté období, ve kterém média často referovala o dané kauze, a tím zaujímal určitý postoj k tematice domácích porodů, který právě tato práce představuje. Na základě mé analýzy je tedy možné říci, jak se v tomto období konkrétní česká média vyjadřují k domácím porodům, kdo v nich má největší prostor, jaká periodika se objevují nejčastěji, jaký je genderový rozměr autorství článků, atp.

V českém akademickém prostředí se domácími porody asi nejvíce zabývá a aktivně na toto téma publikuje Ema Hrešanová (2008, 2010, 2012), jejíž práce a výzkumy pro mě byly velkou inspirací. Současně jsem reflektovala i nedávno obhájenou diplomovou práci mé kolegyně Evy Zemanové (2014), která se také zabývá narušením mocenského diskurzu pomocí diskurzivní analýzy, což velice zdařile ukazuje na analýze uceleného souboru „Příběhů pro Ivanu“, zveřejňovaných na konkrétní webové stránce.

Moje práce se ale liší tím, že má mnohem širší záběr, neboť analyzuje celistvý mediální diskurz po poměrně dlouhé časové období a sleduje, jak se konkrétní autoři/ky článků vyjadřují k dané kauze a domácím porodům jako takovým. Dále je k tomuto tématu velkým přínosem i diplomová práce Petry Sofie Haken (2014), která skrze rozhovory se ženami, které již doma rodily, analyzuje ženskou zkušenost s porodem doma.

1.3 Výběr tématu

O domácích porodech jsem se z médií poprvé doslechla právě v souvislosti se zmiňovanou kauzou s Ivanou Königsmarkovou v roce 2009. Přišlo mi to v té době jako něco velice výjimečného a nebezpečného, protože jsem také měla představu, že porod je riziková záležitost a nechápala jsem, co přiměje matky volit raději tak nevybavené prostředí domova. Začala jsem o tom diskutovat s jinými „alternativními“ lidmi, především s jedním mým známým a vysokoškolským profesorem, kterého si velice vážím.

A k mému překvapení jsem zjistila, že on a jeho manželka rodili druhé dítě doma, protože první zkušenost v nemocnici byla velice nepříjemná. Jednalo se prý o vyhlášenou okresní porodnici, ve které se i byli před porodem podívat a vše vypadalo ideálně, ovšem při porodu se najednou projevil ten tradiční neosobní přístup personálu, který dává člověku najevo, že ho zdržuje a chce co nejdřív odejít domů. Měli prý i porodní plán, který jim byl původně odsouhlasen, ale při samotném porodu nebyl vůbec naplňován. Lékař dítě vyvolal

pomocí Hamiltonova hmatu, byly použity rutinní postupy jako klystýr a holení a při zastavení kontrakcí bylo dítě vymáčknuto tím, že sestra zatlačila loktem do ženina břicha, čímž poškodila dělohu a způsobila ženě větší bolesti, jelikož porod neprobíhal svým tempem. Po porodu doktoři nechtěli čekat na samovolné vypuzení placenty, tak ji vytáhli za pupeční šňůru, což vedlo k několikátýdennímu nadměrnému krvácení. Dítě bylo také hned po porodu odneseno na měření.

Druhý porod v domácím prostředí byl prý úplně idylický a bez jakýchkoliv cizích lidí. Odehrával se bez komplikací, vše mělo svůj čas, žena intuitivně věděla, co má dělat a dítě se narodilo zcela v pořádku. Tento syn z druhého porodu byl prý celkově méně úzkostlivý, ani moc neplakal a působil jako šťastné a spokojené dítě oproti dceři z tragické zkušenosti v porodnici.

Na základě těchto reálných zkušeností někoho, koho si vážím, jsem byla nucena revidovat svůj názor na domácí porody. Začala jsem chápat, že domácí porody jsou někdy vynucenou možností, kterou volí lidé, kteří se nechtějí přizpůsobovat hektickému tempu porodnice, která na člověka pohlíží jako na jeden článek stroje, tj. naprosto anonymně a bez zájmu, jen jako na další zdroj příjmů. Nikdo už ale nezkoumá, jak je na tom dítě či matka po porodu psychicky, hlavně když jsou zdravé fyzicky. Další úspěch pro porodníky, další povedený produkt, další peníze pro danou porodnici za všemožná „privilegia“ jako přítomnost otce u porodu, apod.

V tu chvíli jsem si uvědomila, že s tímto vnímáním člověka a vůbec samotného počátku života je něco špatně. Vždy totiž existuje více možných úhlů pohledu, jak se dívat na nějakou událost a je především na nás, který si zvolíme. A přišlo mi nespravedlivé, že v této údajně demokratické společnosti bychom neměli mít možnost si vybrat, jak chceme prožívat vlastní porod.

Začala jsem se tedy o toto téma zajímat více, čímž jsem se dostala právě k Emě Hrešanové. Tím se mi otevřel pohled na porod i z druhé stránky – ze strany rodiček, matek, porodních asistentek. A to, co vyprávěla tato strana, mi bylo mnohem sympatičtější. Začala jsem tedy podrobněji sledovat soudní případ s Ivanou Königsmarkovou, který byl hojně medializován, a hledala jsem především články, které se snaží podávat informace z obou stran, nebo spíše poukazovat na nedostatky a podezřelé skutečnosti v tomto soudním procesu. Když jsem se potom o několik let později rozmýšlela, o čem psát svou diplomovou práci, byla jsem již vybavena znalostmi o genderu a téma domácích porodů se mi vhodně propojilo s mocenskými mechanismy ohledně kontroly ženské reprodukce.

Bylo mi tedy jasné, že bych chtěla psát o domácích porodech, zbývalo akorát najít způsob, který ještě nebyl zpracován. Zkušenosti s matkami, které rodily doma, již zkoumalo mnoho lidí, nicméně kauza s Ivanou Königsmarkovou byla poměrně novou záležitostí, tak jsem se nakonec rozhodla pro ni. Rozhodla jsem se tak také z důvodu, že média hrají podle mého názoru poměrně velkou roli ve vytváření veřejného mínění a já, která jsem původně také pouze přebírala názory v nich prezentované, jsem byla schopná nahlédnout jejich sugestivnost a ne úplnou pravdivost. A byla bych ráda, aby i ostatní dostali možnost si tohle uvědomit a vytvořit si v této věci vlastní názor.

Teoretická část

2 Obecný úvod do problematiky

Jak jsem již předestřela v úvodu, tato práce bude o domácích porodech v médiích. V této kapitole nejprve obecně představím porodnictví a problémy, které se v něm objevují a současně nastíním základní genderovou a mocenskou dimenzi sporů, které se v porodnictví objevují. Genderový aspekt podrobněji rozebírám v samostatné kapitole Genderový rozměr porodnictví.

2.1 Co je porod

Porod je proces, při kterém přichází na svět náš potomek. Dítě se v děloze vyvíjí až do okamžiku porodu, což znamená, že průběh porodu je pro jeho pozdější vývoj velice důležitý a v případě komplikací může mít dlouhodobé psychické i fyzické následky jak pro matku, tak pro dítě. Jenže co je to bezpečný porod a co je porod rizikový? Jak jsem již uváděla, odpovědí na tuto otázku je mnoho a liší se podle toho, z jakých východisek daný člověk vychází. Je tedy patrné, že na správný přístup k porodu i na definici porodu existují minimálně dva odlišné názory, přičemž každý z nich je založen na zcela odlišných morálních principech. (Hrešanová, 2010) Porod je také výrazně genderovaný¹, což znamená, že se pojí s genderovými asociacemi, stereotypy, předpoklady, identitou, rolemi, i mocenskou distribucí v rámci opozice rodička-lékař či lékař-porodní asistentka.

2.2 Porodnictví obecně

V současném českém porodnictví je mnoho rozporů. Jedním z nich je více možných úhlů pohledu na porod, přičemž dominantní dva modely jsou ten alternativní a ten lékařský, což rozeberu později. Dalším problémem je otázka pravomoci a autority, tedy mocenský aspekt vztahů. Porodníci jsou hierarchicky výše než porodní asistentky, které

1. ¹ termín Emy Hrešanové In HREŠANOVÁ, Ema. 2012. [online] *Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů*. AntropoWebzin 3/2012. Dostupné z: <http://antropologie.zcu.cz/genderovanost-porodu-jako-priklad-antropologickeho-zkoumani-lidske-reprodukce-prehled-klicovych-konceptu> [cit. 4.2.2014]

mají v nemocnici obvykle za úkol následovat instrukce lékaře a být mu po ruce. Nejsou samostatně uvažujícími jednotkami a někdy ani nechtějí být. Zodpovědnost za porod má obvykle vedoucí porodník, v jehož kompetenci je dělat cokoli, co uzná za vhodné, aby porod z jeho pohledu dopadl úspěšně. Je zde tedy patrný problém s kompetencemi, neboť není přesně vymezeno, co má kdo na starost a porodníci nechtějí dát porodním asistentkám moc prostoru, protože pro ně žádná těhotná není inherentně zdravá. (Doležalová, 2006, s. 150)

Pokud si žena vybere родit v nemocnici, musí se podrobit určitým pravidlům, která tam panují, nebo může vyžadovat určité alternativy, kterým může a nemusí být vyhověno. Alternativy v porodech samozřejmě narůstají s komercializací zdravotnictví, což poskytuje ženám na jednu stranu větší možnost přizpůsobení si porodu podle svých představ, na druhou stranu to ale neposkytuje všem ženám. Můžeme v té souvislosti hovořit o stratifikované reprodukci, kdy určité ženy mají více reprodukčních voleb než jiné, zpravidla ty méně majetné. (Hrešanová, 2008, s. 192)

Je také nutné podrobit tuto možnost volby žen detailnímu zkoumání. Při pohledu zblízka totiž můžeme zjistit, že žena zase až tolik možností nemá, když je domácí porod možný jen bez porodní asistentky nebo v porodnici, kde panují formální pravidla. Hana Hašková na základě svého výzkumu uvádí, že: „V České republice je zvykem, že okolnosti porodu určuje porodnický personál. Rodiči žena je spíše pasivní a podřizuje se příkazům a doporučením porodních asistentek a lékařů (téměř ve 2/3 porodnic).“ (Hašková, 2000, s. 14)

I pokud by totiž žena měla štěstí na vstřícnější porodnici, stále se jedná o zařízení fungující v rámci nemocničního celku, kde vše podléhá určitým pravidlům, struktuře, hierarchickým vztahům, atd. Proto z povahy těchto institucí vyplývá, že nemohou být dostatečně benevolentní, i přes veškerou snahu vyjít vstříc požadavkům přirozených porodů. (Hrešanová, 2008, s. 193) V zahraničí je tato situace často řešena jinými institucemi jako jsou porodní domy nebo centra, která mají plně na starosti porodní asistentky, nabízejí prostředí podobné domácímu a vychází z modelu porodní asistence zaměřené na matku. (tamtéž, s. 193)

Větším problémem ale je, že když už má žena takto limitovanou volbu pouze na porodnici, tak jí porodnice nebo spíše její zaměstnanci neumožní zažít porod podle svých představ, ale vnucují jí naučené znalosti, které nemusí být nutně v souladu s nejnovějšími poznatky. Ženy se v nemocnici také často obávají o zdraví dítěte a vadí jim slyšitelná přítomnost jiných matek, které jsou nezřídka ve stejné místnosti. (Hašková, 2000)

Podle Goer je porodnictví velice maskulinizovaná disciplína, kdy až donedávna byli porodníci pouze muži a i nyní si ženy osvojují „mužský“ pohled na porod jako na něco inherentně rizikového. Toto porodnictví podle Goer pohlíží na matku jako na zdroj potenciálních problémů a na porodníky jako na někoho, kdo má zachránit dítě z těla matky, přičemž s její aktivitou moc počítáno není, když ona je tím zdrojem problémů. (Goer, 2002, s. 21)

Goer tvrdí, že porodnictví tedy skrze vzdělávání reprodukuje určitou tradici a postupy, které považuje za správné a jediné možné. Nevidí porod jako přirozený proces, ale jako něco rizikového, ačkoliv fakticky to není rizikovější než trávení. Goer s nadsázkou uvádí popis uvažování lékařů/ek, kdy podle nich není žádný člověk zdravý, jen nedostatečně vyšetřený, což názorně zapadá do této logiky uvažování. (Goer, 2002, s. 20) V důsledku tohoto přístupu upřednostňují lékaři/ky čin před nečinností, ačkoliv v průběhu porodu je právě pasivita a vyčkávání někdy tím nejlepším, co se dá dělat, protože problém se často napraví sám. (tamtéž) Pokud totiž do tohoto procesu nějak výrazněji zasáhneme, tak tento náš zásah vyvolá nutnost dalších zásahů, čímž se nakonec naplní sebnaplňující proroctví o nebezpečnosti porodu. (Doležalová, 2006, s. 130)

Když lékaři/ky přistupují k porodu jako k operaci, neuvědomují si dostatečně jeho psychologickou důležitost pro matku a dítě, přičemž čím porod probíhá klidněji a ke spokojenosti matky, tím jednodušeji si bude s dítětem vytvářet vztah a tím lépe bude k mateřství přistupovat. (Marek, 2002) Podle Goer se aktuálně jedná o určitou ideologii, kterou si mezi sebou mužští porodníci předávají a bezvýhradně ji přijímají a jakoukoliv kritiku či návrhy zvenčí (tzn. od žen) okamžitě odmítnou jako útok na svou autoritu. (Goer, 2002 s. 21) To jim zcela jistě brání ve vidění toho, že jejich postupy nemusí být vždy zcela funkční a ty nejlepší a že jsou již i jiné metody a zjištění, které by mohly matkám prospět více. Porodnictví tedy nestojí na faktech, ale na určitém systému víry a přesvědčení, které se musí změnit, pokud má současná péče o těhotné ženy projít nějakou transformací. (Goer, 2002, s. 22)

Současně se toto mužsky orientované porodnictví zakládá na přesvědčení, že technika je velice mocná a je vhodné ji využívat, protože je spolehlivější než lidské tělo. V důsledku tohoto pojetí jsou lékaři/ky ochotni přijmout pouze něco novějšího, ale jinak od zavedených technik upustit nechtějí. Toto technizované pojetí porodnictví vyústilo do skutečnosti, kterou tu máme dnes, kdy se musí obhajovat ten, kdo žádné zásahy neprovádí, místo aby tomu bylo naopak. (Goer, 2002, s. 20)

3 Historie porodnictví ve světě a u nás

V této kapitole představím historický vývoj porodnictví přibližně od 18. století až do současnosti. Činím tak proto, že historie každého státu je zcela jedinečná a nepochybně ovlivňuje i to, jak je o porodu a s ním spojených procesech smýšleno i dnes. Pro to, abychom pochopili, proč v České republice aktuálně stále převládá spíše lékařský model porodu, je nutné se podívat zpátky v čase, kde to vzniklo.

3.1 Babictví

Porodnictví, dříve zvané babictví, bylo vykonáváno již od nepaměti. Logicky je to proto, že ženy vždy rodily děti a tato záležitost s sebou nesla určitá rizika. Porodní báby byly ženy, které měly s rozením dětí zkušenosti a bývaly pro své schopnosti velice ctěny, neboť přiváděly na svět nový život. Samotná profese a název porodní bába se používá od 12. století až do století 20., kdy se mění na „porodní asistentka.“ (Doležalová, 2006)

3.2 Osvícenství a vývoj v 18. století

Rozvoj porodnictví jako vědní disciplíny přichází až s osvícenstvím. Do té doby byly medicínské znalosti na velmi nízké úrovni a většina psychických i fyzických problémů duše i těla byla vysvětlována nejčastěji pomocí Hippokratovy teorie o tělesných kapalinách. Ta vycházela z přesvědčení, že tělo, stejně jako svět, se skládá ze čtyř živlů, v tomto případě kapalin, a jde o to, aby byly namíchány ve správných poměrech. Tak tomu je u zdravého člověka, a pokud je člověk nemocný, znamená to nerovnováhu těchto tekutin. Problémy se tedy řešily pomocí ředění nebo dodávání určitých typů tekutin, tzn. klystýry, pouštění žilou, dávidly, apod. Tyto praktiky se používaly až do 19. století a nemocnému člověku často více ublížily, než pomohly. S porodem se do té doby pojilo mnoho pověr, například ještě v 17. století se věřilo, že žena může otěhotnět i bez sexuálního styku. (Doležal, 2001)

V době osvícenství začíná narůstat počet mužů, kteří se zajímají o problematiku porodnictví a ve Francii tak vzniká mužská verze porodní báby – accoucheur (akušér). Tento trend mužského porodníka se později rozšířil i do Anglie a Německa, čímž začal

konkurenční boj mezi porodníky a porodními bábami. (Hanáková et al., 2006) Tito porodníci chtěli převzít porodnictví pod svou pravomoc a omezit pole působnosti porodní báby. Bylo totiž mnoho oblastí, kde se jejich názory s porodními bábami rozcházeli, např. co se týče použití nástrojů. Na konci 17. století se rozmohlo používání kleští neboli forcepsu, přičemž bylo zvykem, že každý lepší chirurg si je modifikoval podle svého. Porodní babičky nakloněny této praktice tolik nebyly. (Doležal, 2001)

Tito novověcí lékaři usilovali o rozdělení porodu na „přirozený“ a „nepřirozený“, kdy by porodní báby asistovaly pouze u těch fyziologických „přirozených“ a ty patologické by byly doménou pouze chirurgů, kteří disponují nutnými nástroji, jako jsou právě kleště nebo zmenšovací hák. (Tinková, 2010) Současně se na přelomu 18. a 19. století začíná zavádět porod na porodním křesle a v poloze na zádech či na boku. (Doležal, 2001) Porodní křeslo zkonstruoval Giovanni Bigeschi, který propojil koncept porodního stolu se stolem operačním. I debata o poloze byla pozdějším jablkem sváru mezi bábami a lékaři. (Tinková, 2010)

Nedlouho po vzniku profese porodníka dochází k útokům na porodní báby. Jsou osočovány především pro jejich nezkušenost a nevzdělanost – tím se myslela univerzitní tradice, kterou humanističtí lékaři disponovali, a také neznalost antických autorů a starých autorit. Celkově jim šlo více o teoretické znalosti než o praktické zkušenosti s mateřstvím, kterých měly porodní babičky mnohem více. Ale i ony měly problém s praktikami, které považovaly u porodníků za hrubé až barbarské. (Tinková, 2010) Celkově se dá říci, že „zůstává otázkou, do jaké míry se konflikty mezi bábami a jejich mužskými protějšky skutečně projevovaly v každodenní realitě a do jaké míry hrály spíše deklarativní a autodefiniční roli v diskurzu nového mužského akušerství, které potřebovalo vyzdvihnout svou vlastní nezastupitelnost a nepostradatelnost.“ (Tinková, 2010, s. 211)

3.3 19. století

Na dřívější pojetí porodu a bolesti, která je s ním spojená, je nutné nahlížet v dobovém rámci. Když lidé něčemu dříve nerozuměli, obvykle si tyto jevy vykládali po svém, často pomocí náboženství. I komplikovanost porodu a porodní bolesti byly v 19. století pojímány jako určitý trest za naše hříchy a to, zda bude porod složitý nebo jednoduchý, zda se dítě narodí v pořádku nebo třeba mrtvé, nebo zda ho žena vůbec

donosí, údajně záleželo na bohu. Matce bylo akorát doporučováno se modlit. (Hanáková et al., 2006)

Situace byla tedy taková, že víra hrála prvotní roli nad jakoukoliv potenciální vědeckou znalostí či zkušeností. V závislosti na typu náboženství bylo také zvažováno, zda se více cení života matky nebo nenarozeného dítěte a v případě komplikací se často muselo volit, kdo se zachrání. Jak je tedy zjevné, porod byl poměrně výrazně nebezpečnou záležitostí, obklopený atmosférou strachu, kdy porodní lůžko bylo označováno jako smrtelná postel a něco jako sepsat závěť před svým porodem bylo zcela běžnou a logickou praxí. (Hanáková et al., 2006)

Jak jsem již zmiňovala, až do začátku 19. století v případě patologického porodu převládalo vysvětlení pomocí „škodlivých šťáv“ v těle. Tyto ženy, ale bohužel i novorozenci, kteří mohli mít šanci na přežití, často umírali v důsledku těchto praktik, jako je pouštění žilou či podávání dávidel a projímadel. Důraz byl kladen také na prevenci – tedy vůbec neotěhotnět. Ženám, u kterých byl předpoklad potenciálního patologického těhotenství či porodu se doporučovalo se vůbec nevdát, potažmo nemít děti. (tamtéž)

Celková situace se zlepšila na přelomu 19. a 20. století, kdy došlo k výraznému snížení úmrtnosti matek z 10% v průběhu století na 2%. Ačkoliv se toto drastické snížení úmrtnosti obvykle připisuje na konto přesunu porodů do nemocnic a pod vedení porodníků, ve hře je i mnoho jiných a možná i důležitějších faktorů. Jedním z nich je zlepšení hygienických podmínek spojené s klesajícím počtem výskytů tzv. horečky omladnic (Doležal, 2001) Dále se také zlepšila životospráva těhotných žen a celkově došlo ke zvýšení životní úrovně. (Hanáková et al., 2006)

První porodnická klinika byla u nás založena u Apolináře v roce 1803. Za jejím vznikem stálá významná osobnost tehdejší doby v tomto oboru – Jan Meliř. Porodnice, dřív vnímána jako útočiště pro hříšné ženy či svobodné matky, začala postupně ztrácet tyto negativní konotace a začala být spojována s kvalitní lékařskou péčí. Ovšem tuto péči si nemohl dovolit jen tak každý – mít u porodu porodníka bylo až čtyřikrát tak drahé oproti porodní bábě, takže jeho přítomnost se stala spíše známkou sociálního statusu. Porodnice se tak staly místem dostupným většině žen až v polovině 20. století. (Hanáková et al., 2006)

3.3.1 Horečka omladnic

Horečka omladnic (též šestinedělka či koutnice) se výrazně rozmohla v 19. století v porodnicích, kde byla vysoká koncentrace rodiček. (Doležal, 2001) Tato nemoc vznikala přenášením choroboplodných zárodků z pitevny na porodní sál kvůli špatné hygieně personálu. (Hanáková et al., 2006) Dalšími důvody rozšíření jsou např. nedostatečná ventilace, dietní problémy, dlouhotrvající porody, velká poporodní zranění a jiné. (Doležal, 2001) Opět se léčilo polypragmaticky, tj. skrze upravování šťáv v těle, což situaci nelepšilo. Poté si někdo povšiml, že ženy z ulice téměř nikdy tímto onemocněním netrpí. Následně si Ignaz Philipp Semmelweis povšiml souvislosti mezi pitváním mrtvých těl a úmrtností matek a začal používat chlorové vápno k odstranění mrtvolných částí z rukou. To vedlo k permanentnímu zavedení dezinfekce rukou a rapidnímu snížení výskytu onemocnění. Ale ke skutečnému rozvoji mikrobiologie došlo až s Louisem Pasteurem v 19. století a bakteriologie s Robertem Kochem. Zaváděla se sterilizace nástrojů, sepse, antiseptické operace, ve 20. století se k tomu přidalo CT a magnetická rezonance. (Doležal, 2001)

3.4 20. století

K dalšímu posunu došlo po 1. světové válce, kdy se začal u nás používat lékařsky vedený model porodu. (Hašková, 2001). Tento typ porodu se vyvinul z rozvíjejících se medicínských poznatků a dostupné zlepšující se technologie. Stojí na víře, že porod je inherentně rizikovou záležitostí a může být se kdykoliv změnit v komplikovaný, vyžadující specialisty. Tuto tezi shrnuje dobře jejich názor, že „porod je normální pouze z retrospektivy“. (Abraham-Van der Mark, 1996, s. 173) Stoupenci tohoto modelu se domnívají, že je proto lepší vystavit všechny ženy nemocničnímu prostředí a porodu, ačkoliv ve výsledku by ho potřebovalo jen několik z nich, ale dopředu není možné určit, které by to byly. (Abraham-Van der Mark, 1996) V praxi se pro prevenci těchto rizik používá urychlování porodu, tlumení bolesti medikamenty a invazivní techniky. (Hašková, 2001)

Na území Čech se tedy rozšiřovaly nemocniční porody a dá se říci, že od roku 1954 se aktivní lékařské vedení porodu stalo všeobecně akceptovanou porodnickou politikou (Heitlinger, 1987 In Hašková, 2001). Následně v 60. letech se v porodnicích již odehrávaly

téměř všechny porodny. (Doležalová, 2006) Současne s přesunem porodů do porodnic se změnila pozice porodních asistentek, neboť došlo ke zrušení jejich samostatné živnosti a staly se tak zaměstnankyněmi buď porodnic, nebo samostatných lékařů v jejich ordinacích. (Doležalová, 2006) Tím začal jejich boj s porodníky o pravomoci a přístup k rodičkám, který se táhne dodnes.

S rozvojem techniky ale přichází i kritická reflexe vlastní praxe a poznatků, která do Čech začíná pronikat v 80. letech. Vědecká biomedicína se již nezdá být dostatečnou a odpovídající novým požadavkům. Spolu s touto vzrůstající poptávkou a nutností reagovat na změny ve společnosti se jako kritika lékařského modelu rodí koncepce přirozeného porodu. Hlavními principy tohoto přístupu jsou především důvěra v matku a jeho instinktivní a intuitivní schopnosti během porodu. Personál je tam pro ni a to proto, aby poskytl převážně psychickou podporu a ujistil se, že vše probíhá, tak jak má. Tento přístup zohledňuje možné iatrogenní efekty, což jsou „vedlejší nezamýšlené negativní důsledky použitých technik pro řešení určitého problému (Hašková, 2001, s. 17).

Vědecké poznání je až do poloviny 20. století chápáno jako zcela nadřazené, ale to se začíná měnit ve chvíli, kdy Robert Merton označil vědu za sociální instituci. Spolu s ním na podmíněnost vědeckého bádání a moc vědy poukázal i Thomas Kuhn v 60. letech. Kuhn rozvíjí koncept paradigmatických změn, kdy každé paradigma je určitým úhlem pohledu, ignorujícím ty ostatní. Řeší jedny problémy, ale ostatní vůbec nereflektuje. Realita jako objektivní a neměnná je zpochybněna a začíná vyplývat na povrch mocenský aspekt vědy. Rozhodování vědců totiž není nezávislé na kulturním, sociálním a ekonomickém kontextu, ale naopak oni v závislosti na něm produkují a potvrzují vlivné definice světa. (Hašková, 2001)

Za socialismu u nás porodnictví vypadalo tak, že žena v roli pacientky neměla prakticky žádné pravomoci a byla zcela v rukou svého lékaře. Vztah lékař-pacient byl dehumanizován a nahrazen technokratickým přístupem k lidským tělům. Důraz byl dáván hlavně na technologie a expertízu, kterou měli lékaři v nemocnicích. Porodnictví hojně využívalo nejrůznějších léků a porodní úmrtnost se pohybovala na velmi nízkých hodnotách. (Hrešanová, Marhánková, 2008) Z toho důvodu se nejspíš začala spojovat nízká úmrtnost u porodů s nutností pobytu v nemocnici, kde jsou přístroje, odborníci a léky, ačkoliv důvody mohou být i jiné. Nejdůležitější bylo zdraví novorozence, přičemž zdravím se myslí zdraví fyzické. Spokojenosti žen a jejich prožitku nebyla věnována pozornost. (tamtéž)

3.4.1 80. léta

V 80. letech se řešila rizika spojená s úkony po porodu. Za rizikové byl původně považován kontakt matky a dítěte po porodu z důvodu možného přenosu infekce; dítě bylo dáno pro jistotu do inkubátoru; nebo rizika spjatá s přítomností dalších osob u porodu. (Hašková, 2001) Z tohoto výčtu je patrné, že rizika jsou konstruována a to zcela v závislosti na úhlu pohledu a aktuálně dostupných poznacích. Dnes již například víme, že přerušování fyzického kontaktu matky a dítěte může negativně ovlivnit kojení a navazování jejich vztahu, nebo že nepřítomnost blízkých osob u porodu vede k úzkosti matky, což neblaze ovlivňuje celý průběh porodu. Dá se tedy říci, že došlo k posunu od zdůrazňování zdravotních rizik k prosazování důležitosti emocionálního pohodlí a klidu rodičky, jelikož psychosomatické spojení zvláště u porodu není vůbec zanedbatelné.

V průběhu osmdesátých let se nicméně situace v českém kontextu začíná zlepšovat, je zaváděn systém rooming-in a opouští se tato aseptická opatření. (Hrešanová, Marhánková, 2008, s. 89) Zajímavé je, že impulz ke změnám ve zdravotnictví přišel ze zdravotnické komunity, a ne ze strany klientů. Heitlinger tento jev chápe jako důsledek tehdejší společenské situace, kdy komunismus velice omezoval možnost zformovat nějaká hnutí, která by se poté mohla angažovat v prosazování jiných pohledů na zdravotní péči. (Heitlinger, 1987 In Hrešanová, Marhánková, 2008)

3.4.2 90. léta

Právě tento nedostatek celospolečenské diskuze o porodech způsobil, že i přes určité změny si české zdravotnictví stále uchovalo svůj silně medikalizovaný charakter i po roce 1989. (Hrešanová, Marhánková, 2008, s. 90) Porodnictví tak v mnoha ohledech zůstalo podobné tomu socialistickému, což se rozvolňuje až ke konci 90. let s nárůstem stále větší kritiky ze strany nově zformovaných zájmových a spotřebitelských skupin. (tamtéž)

90. léta také otvírají prostor pro diskuzi i o, do té doby automatické, poloze na zádech a současně dochází ke zpochybnění celkové rutinní předporodní přípravy a je poukázáno na rizika plynoucí z těchto postupů. Tato proměnlivost a posouvání definic toho, co je považováno za rizikové, odráží paradigmatické změny a podle Ulricha Becka i přechod do tzv. rizikové společnosti. Podle něj je moderní společnost plná rizik a nejistot plynoucí z procesu specializace. Tato rizika jsou konstruována na pomezí jednotlivých odborných specializací a mají vždy složku teoretickou a normativní. Jsou definována

kauzálně v rámci vědecké rétoriky, neboť podle něj industriální společnost staví na specializaci a důvěře ve vědeckou racionalitu, argumentaci a logiku. Rizika jako sociální konstrukt mohou být dramatinována ve smyslu morální výzvy nebo zveličována či naopak zesměšňována. (Beck, 1992)

S příchodem 90. let dochází také k privatizaci porodnic, z čehož plyne mnoho změn jak pro porodní asistentky, tak pro porodní péči. Nemocnice se stává místem, které funguje v rámci kapitalistického systému a jako taková musí soutěžit na volném trhu, aby měla dostatek pacientů a nebyla nucena zavřít. Konkurence, plynoucí z velkého počtu nemocnic a ubývajícího počtu rodiček, vede k rozšiřující se nabídce služeb, které nemocnice poskytují v závislosti na poptávce. Tím dochází k pomalému rozvolňování rutinních praktik, se kterými neměly ženy dobré zkušenosti a které byly často důvodem vyhledávání jiných alternativnějších zařízení pro další porody nebo v menším množství i důvodem domácích porodů. (Hašková, 2001)

4 Současné trendy v českém porodnictví

Pokud to shrnu, nejvýznamnějším trendem plynoucím z privatizace porodnic je individualizace a pluralizace péče, čímž dochází k otevírání porodnic vnějšímu světu a ústupu od izolačních a rutinních praktik. (Hašková, 2001) Tento jev se dá vysvětlit více způsoby – z hlediska psychologizace péče nebo komercializace. Nyní uvedu faktory, které sehrály svoji roli v proměnách českého porodnictví, a následně popíši, k čemu to vedlo a jaká jsou současná problematická úskalí českého porodnictví. Současně představím i historický vývoj pozice porodních asistentek, který nám umožní získat představu, proč je jejich pozice odlišná např. od holandských porodních asistentek, o kterých budu mluvit v další kapitole.

4.1 Vznik nových organizací

Po roce 1989 u nás začala vznikat občanská sdružení zabývající se mateřstvím a rodičkami. Je to například Hnutí za aktivní porod, později přejmenované na Hnutí za aktivní mateřství v čele s Petrou Sovovou, které podporuje ženy a vyzývá k aktivnímu

vyžadování svobody volby a nepodléhání pasivní nemocniční rutině. Také se snaží rozšiřovat povědomí a informace o způsobech vedení porodu.

Dalším z takovýchto sdružení původně vzniklo jako program Nadace Open Society Fund Praha a později se přejmenovalo na Aperio. Toto uskupení se zaměřuje na zdravé rodičovství, zvýšení informovanosti, rozvoj dialogu mezi odbornou a laickou veřejností, posílení prestiže rodičovství a spolupráci s Českou asociací porodních asistentek. Hnutí za aktivní mateřství, Česká asociace porodních asistentek, Aperio a Česká gynekologicko-porodnická společnost uspořádali 4. mezinárodní konferenci o přirozeném porodu v České republice. (Hašková, 2001)

Tyto organizace mají nepochybně značný vliv na to, jak veřejnost vnímá záležitosti spojené s porodem a především skrze rozšiřování informovanosti o jiných možnostech přístupu k porodu přispívají k pozvolnému ústupu striktně lékařsky vedených porodů.

4.2 Komeracionalizace a konzumerismus

Po roce 1989 také došlo k transformaci zdravotní péče, kdy se změnila její cíle a byla decentralizována. Z nemocnic se tak staly akciové společnosti a došlo k procesu, který Hrešanová popisuje jako komercializaci zdravotnictví. Jelikož si nemocnice navzájem konkurovaly a za spoustu úkonu se muselo platit, zvýšila se kvalita zdravotních služeb celkově, jelikož si chtěly udržet své pacienty, kteří mohli nyní volit ze širší palety zařízení. Pacienti se mění spíše na klienty – zákazníky, kteří si platí a stanovují si tak své požadavky. Spolu s tímto trendem tedy dochází ke konzumerismu – zdravotní služby se stávají zbožím v rámci tržní ekonomiky, což znamená, že nabídka odpovídá poptávce a kvůli větší rozhodovací svobodě klientů se rozšiřuje i sortiment poskytovaných služeb. Samozřejmě i zde hraje roli finanční stránka, neboť ne každý si může dovolit využívat tu lepší placenou zdravotní péči. Konzumerismus nicméně umožnil prosazení i alternativnějších forem porodu, když je ženy požadují a jsou ochotné si za ně zaplatit. (Hrešanová, Marhánková, 2008)

Současně dochází k tlaku na konformitu klientů, která se stává vedlejším produktem těchto institucí – aktivity jsou navrženy především tak, aby vyhovovaly cílům instituce a ne klientům. Stále v nich totiž převládá názor, že klienti nedokáží posoudit, co jim prospívá a co škodí. (Hašková, 2001)

4.3 Psychologizace péče

Se změnami ve společnosti a rozvoji věd dochází také k pokroku na poli psychologie. Začíná k nám pronikat zahraniční literatura a poznatky o porodnictví, které oslovily především porodní asistentky. (Hašková, 2001) Psychologové si začínají všimnout, že v otázce porodu nebylo ženám uděleno právo spolurozhodovat a dokonce ani posuzovat porodní praxi. (Kapr, Koukola, 1998 In Hašková, 2001) To je samozřejmě problematické, neboť zkušenosti a pocity matky před, v průběhu a po porodu významně ovlivňují její porod i následný vývoj dítěte. (Hašková, 2001)

V souvislosti s těmito traumatickými zkušenostmi matek vznikl koncept „ukradeného porodu“, který je zkoumán a hledá jejich kořeny v instrumentálním vedení porodu. Psychologové také zdůrazňují důležitost vytvoření rané psychologické vazby mezi matkou a dítětem, proto nepodporují odnesení dítěte po porodu, umělou výživu nebo odkládání dětí do jeslí. Akcentování práv matky a důležitost jejího prožitku pro průběh porodu je prioritou modelu pro přirozený porod, který vznikl v reakci na nedostatky, které přinášel lékařsky vedený porod, ale nedá se brát za jeho úplnou opozici. U případných komplikací zastánci přirozeného porodu samozřejmě neodmítají využít nejnovějších technologií, pouze poukazují na to, že ve většině případů jsou zcela zbytečné, ba někdy i nežádoucí. (Hašková, 2001)

S tímto přístupem souvisí i etické otázky ohledně porodu, jako např. kdo má mít právo rozhodovat o ještě nenarozeném dítěti nebo o tom, jak bude přivedeno na svět. Kdo je zodpovědný za rizika, která mohou nastat – doktor nebo matka? Měl by stát tyto praktiky nějak regulovat? Ale potom by se mohlo zdát, že je dítě spíš majetkem státu a ne samotné matky. Hrešanová kritizuje právě zásahy státu do osobních životů jednotlivců, což se ve sféře porodnictví výrazně demonstruje. Zdůrazňuje perspektivu matky a její práva, kam by mělo patřit i právo svobodně rozhodovat o svém těle a osudu svého dítěte. (Hrešanová, 2010)

4.4 Rutinizace

Rutinizace není novým trendem, nýbrž přetrvávajícím přístupem, který stojí na mnoha opodstatněných důvodech a má své výhody i nevýhody. Porodnice jako instituce funguje na základě rutiny a formalizace postupů, které mají sloužit ke snížení rizika omylů, přičemž odchýlení se od těchto postupů může být sankcionováno. Dodržování

zavedených postupů a rituální chování také umožňuje zbavit se zodpovědnosti za případné problémy a komplikace, které mohou nastat. (Hašková, 2001)

Rutinní praktiky jsou každodenní aktivity, které jsou podávány jako užitečné pro eliminaci rizik a zajištění bezpečnosti porodu. Jsou to letité osvědčené postupy, které nejsou již znovu vystavovány kritice a často ignorují to, že dochází k vývoji a že i tyto postupy a s nimi spojená argumentace se v historii proměňovala. Lékaři/ky se snaží vyhnout obvinění ze zanedbání péče, a jelikož je jejich akce v případě neštěstí monitorována a zhodnocována odbornou komisí, která negativně hodnotí jakékoliv inovační nestandardní jednání, logicky se spíše drží standardizovaných rutinních postupů. (Hašková, 2001)

Ema Hrešanová prováděla etnografický výzkum dvou českých porodnic. Dospěla přitom ke zjištění, že podle zdravotního personálu je za zdraví novorozence primárně zodpovědný lékař/ka. Vidí to z formálního hlediska, kdy se žena svěří do péče dané nemocnici a ta je nucena dodržovat zákony a předpisy. Tyto předpisy upravují i to, že by žena měla zůstat v porodnici tři dny po porodu. Avšak pokud chce rodička odejít dřív a podepíše potřebné dokumenty, kde souhlasí a přebírá na sebe zodpovědnost za novorozence a sebe, tak to podle personálu není dostatečné řešení, jelikož matka nemusí být v psychicky vyrovnaném stavu a doktor by tak mohl být postaven před soud za zanedbání. Z toho důvodu je oprávněn dělat to, co mu přijde správné, v tomto případě tedy zajistit, aby matka zůstala. Doktoři se velice obávají faktoru „co kdyby“, který podle nich může vždy nastat. Nemocnici vidí jako pro ženu nejlepší místo, kde se jí všichni snaží pomoci a nechápou, proč by ženy raději odešly domů a riskovaly tak různé infekce, atp. (Hrešanová, 2010)

Na základě tohoto se naskýtá otázka, do jaké míry mají lékaři/ky skutečnou autoritu. Protože pokud jsou v pozici odborníka/ice, který/á má určitou znalost a ví, jak ji používat, proč tedy trestat inovace? Proč neposuzovat každý případ jednotlivě a nevyhodnotit, zda to, co lékař/ka zvolil za zásah, nebylo vzhledem k dané situaci nejvhodnější, namísto všeobecné aplikace jednotných postupů? Připadá mi, že v tomto případě jde spíše o mocenskou hierarchii, kdy i nad individuální autoritou lékaře/ky stojí autorita odborné komise, v jejíž silách možná není jednotlivě přistupovat ke každému případu a zkoumat, co se dalo udělat lépe a jinak, ale spíše se snaží přidržovat osvědčených postupů. To dává smysl, nicméně neměly by tyto postupy být spíše doporučeními a dále se přizpůsobovat např. porodnímu plánu nebo představám klientky? Není posun od pacientky ke klientce význačný právě tím, že jí dává větší pravomoci a rozhodování o svém porodu, kterému by

měli zdravotníci/ce vyjít vstříc? Podle mě ano, nicméně dokud to bude v českých porodnicích fungovat tímto způsobem, budou si lékaři/ky především krýt vlastní záda a nemůžeme čekat velké ústupky od toho, na co jsou zvyklí a považují za jediné správné.

4.4.1 Problematické rutinní praktiky a přístup k nim

V této podkapitole představím praktiky, které jsou rodičkami i organizacemi jako WHO nejčastěji vnímány jako zbytečné či škodlivé a které se přesto v některých českých porodnicích stále rutinně vykonávají.

4.4.1.1 Klystýr

Klystýr byl dlouhou dobu zcela běžnou součástí předporodní přípravy a i dnes je u nás nezdědka prováděn. Mělo se za to, že redukuje riziko infekce tím, že se sníží kontaminace stolicí při porodu. (Goer, 2002) Dále se předpokládalo, že stimuluje děložní stahy a prázdná střeva umožňují sestup hlavičky. (Sovová, 2006) To se výzkumy reálně nepotvrdilo, naopak znečištění bez klystýru je obvykle menší, než to po něm. Klystýr může být pro ženy nepříjemný, může způsobit podráždění rekta či poškození střev a jiné alergické reakce. Většina žen se navíc jde před porodem spontánně vyprázdnit sama. (Goer, 2002) Podle WHO jde o praktiku jednoznačně škodlivou, která by měla být eliminována. (WHO, 2002)

4.4.1.2 Holení pubického ochlupení

Tato praktika začala na přelomu 20. století. Věřilo se, že snižuje riziko infekce a zvyšuje čistotu a jednoduchost případných zákroků. Toto přesvědčení se nezakládá na žádné fyziologické bázi. Výzkumy ani v tomto případě nepotvrdily žádnou přímou souvislost mezi holením a menším rizikem infekcí. (Inch, 1984) Naopak to dnes vypadá, že jeho praktikování může zvýšit pravděpodobnost infekce virem HIV nebo hepatitidou, jak pro ženu, tak pro poskytovatele péče, protože na kůži zůstanou drobná poranění. (Sovová, 2006)

4.4.1.3 Omezování jídla a pití

Podávání jídla a pití v průběhu porodu se považovalo za rizikové, jelikož v případě celkové anestezie mohly být vdechnuty částičky jídla do plic. (Sovová, 2006) Obava z aspirace se ale ukázala jako nepravděpodobná a naopak se potvrdilo, že prázdný žaludek a leptavé žaludeční šťávy v něm jsou potenciálně mnohem škodlivější při vdechnutí do plic, než částečně strávené jídlo. (Wesson, 2006)

Většina matek prý v průběhu porodu hlad nemá, akorát vyžadují nějaké tekutiny. Pokud ale žena jíst chce, mělo by jí to být umožněno. Zdá se nelogické věnovat takovou pozornost matčině stravování po celou dobu těhotenství a poté ji odepřít jakýkoliv zdroj energie, když ho potřebuje nejvíce. (Inch, 1984)

Dále se předpokládalo, že žena jídlo vyzvrátí, což se také nepotvrdilo. Naopak hlad a dehydratace porod komplikují a prodlužují. Hladovění může vést i ke vzniku ketonů, což zvýší kyselost krevního oběhu jak u matky, tak u plodu. V takovém případě se musí zavést intravenózní infuze, která se často používá právě jako náhrada stravy a tekutin. (Goer, 2002)

Infuze ale není ideálním řešením, protože pokud obsahuje glukózu, může způsobit cukrovku u dítěte i matky. A i pokud glukózu neobsahuje, může dojít k přetížení organismu tekutinami. Ty se poté hromadí v plicích matky i dítěte a způsobují dýchací potíže. Mimo jiné se může narušit i žíla, do které je infuze napojena a způsobit bolestivé modřiny. (tamtéž)

4.4.1.4 Nutnost rodičky родit vleže

Tato praktika vznikla v první polovině 18. století. Do té doby žena obvykle klečela, byla zavěšena za krk muži nebo seděla na porodní stoličce. (Marek, 2002) Důvodem byla zřejmě jednoduchá přístupnost pro porodníka, který u porodu běžně vypomáhal. (Tinková, 2010) Ukázalo se ale, že porod probíhá jednodušeji s pomocí gravitace ve vertikální poloze – je kratší a tlumí bolest a nepohodlí matky. Matky by měly mít právo si zvolit jakoukoliv porodní pozici, neboť samy cítí, co je jim příjemné a lékaři/ky by se tomu měli přizpůsobit. (Inch, 1984)

4.4.1.5 Disrupce vaku blan (Amniotomie)

Předpokládalo se, že urychluje průběh porodu a usnadní sestup hlavičky do děložního hrdla, čímž se snáze otevře. Pokud se ale provede příliš brzy, kdy děložní hrdlo ještě není připravené, jde o bolestivou proceduru a hlavička se tam může zaseknout. (Inch, 1984) Také se má za to, že je podle kvality plodové vody možné určit stav dítěte a lze ho monitorovat pomocí skalpové elektrody na hlavičce dítěte. (Sovová, 2006) Ovšem pokud je amniotomie prováděná rutinně, zvyšuje riziko císařských řezů, infekce pro matku a dítě a výskytu abnormalit v srdečním rytmu dítěte. (Goer, 2002) Současně může dojít k výhřezu pupečníku. Podle WHO amniotomie zkrátí porod jen o velice krátkou dobu a nebyla potvrzena jeho prospěšnost. (WHO, 2002)

4.4.1.6 Epidurální analgezie

Cílem epidurálu je znecitlivění nervů ve spodní části těla pomocí chemické látky, která se vpíchne do zad kanylou. (Sovová, 2006) Podle Königsmarkové má sice své místo, ale měl by se používat jen, pokud je k tomu opravdu důvod – u dlouhotrvajícího porodu, při potratu, porodu mrtvého dítěte, příp. u císařského řezu, neboť je to operace se svými riziky. Napichuje se totiž přímo páteřní kanál, kam se výjimečně může vzduchem dostat infekce. Také tím, že se ztlumí bolest v dolní části těla, se může hůře tlačit. (Doležalová, 2006)

Nezanedbatelným faktem je také to, že anestetika pronikají do organismu dítěte a mohou mít nežádoucí vliv na fyzické i psychické zdraví novorozence. Epidurál je nevyhnutelně zákrokem, který naruší fyziologický proces porodu. (Sovová, 2006) Dá se očekávat, že v jeho důsledku bude nutné provést další zákroky, jako je např. podání oxytocinové infuze, nástřih hráze, vakuová extrakce nebo císařský řez. (Goer, 2002)

Pokud to shrnu, výhodou epidurálu je kompletní úleva od bolesti a snížení namáhavosti porodu pro organismus. Dá se tím také efektivně zpomalit porod, pokud postupuje příliš rychle. Snižuje krevní tlak, takže při něm lze provést císařský řez bez celkového umrtvení. Nevýhodou je pak fakt, že nemusí být spolehlivý nebo to, že kvůli poměrně velkému otvoru může dojít k úniku páteřní tekutiny a vzácně i ochrnutí nebo jiným neurologickým následkům a častým bolestem hlavy. (Inch, 1984) Dá se také spekulovat, jestli by uvedená pozitiva epidurálu a jeho použití bylo vůbec nutné, kdyby

žena rodila v prostředí, kde se cítí příjemně. Dánská studie totiž ukazuje, že pethidin byl používán čtyřikrát více u rodiček v nemocnici oproti alternativnímu porodnímu centru, což moji tezi jen potvrzuje. (Wesson, 2006)

4.4.1.7 Nástřih hráze (Episiotomie)

Rutinně se předpokládalo, že pokud nebude hráz nastřižena, dojde k jejímu protržení, které je bolestivější než ji předem nastříhnout. (Sovová, 2006) Reálně ovšem způsobuje víc problémů, než jim zabraňuje. Tato praktika se začala používat v 18. století, ovšem u přírodních národů se místo ní používají jiné metody na zvýšení její pružnosti, kdy např. ženy sedí nad nádobou s bylinkami, omývají se vodou nebo pomocí lázní, olejů a bylinných mastí. (Marek, 2002)

Známe dva typy nástřihu – mediolaterální a mediální. Nástřih představuje poranění II. stupně, proto by se měl provádět jen pokud hrozí stupeň vyšší. Nástřih zvyšuje četnost perineálních poranění a je bolestivý nejen ve chvíli provedení, ale někdy i měsíce poté. (Goer, 2002)

Reálně jsou případy, kdy má provedení episiotomie smysl, ovšem bohužel většinou se provádí rutinně nebo ze špatných důvodů a způsobuje více škody než užitku. (WHO, 2002) Problémy, které působí, mohou být velice emocionální, neboť ovlivňuje sexuální život ženy. Bolestivost a neúplné zhojení nástřihů může mít nepříznivý vliv na její sebeobraz a zasahovat tak do nejintimnější sféry partnerského života. (Inch, 1984) Kromě ovlivnění sexuálního života může v důsledku tohoto zákroku docházet i k análním poraněním a inkontinenci. (Sovová, 2006)

4.4.1.8 Přerušování kontaktu matky a dítěte

Matka a dítě jsou často odloučeni hned po porodu z důvodu vyšetření a odpočinku matky. Reálně je ovšem pro navázání pozitivního vztahu s dítětem důležité, aby ho matka udržovala na svém těle, kde přijde do kontaktu s jejími bakteriemi. To pomáhá také k udržování jeho tělesné teploty, lepší psychické pohodě novorozence či snazšímu nástupu kojení. (Sovová, 200) Podle WHO je omezování kontaktu matky a dítěte jednoznačně škodlivá praktika, ke které by nemělo docházet. (WHO, 2002)

4.4.1.9 Umělé vyvolání porodu a jeho aktivní řízení

Aktivní řízení porodu přesně odpovídá představám lékařů/ek, neboť působí vědeckým a autoritativním dojmem a umožňuje jim vše kontrolovat. (Goer, 2002) Pro toto urychlení a nástupu porodu předtím, než by spontánně začal, se používá protržení vaku blan a podávání oxytocinových infuzí. To může být účinné, nicméně není vhodné opomenout i negativní následky, které to může na rodičku mít. Především jí tím říkáme, že není schopná přivést sama na svět své dítě, což má souvislost s narůstajícím počtem poporodních depresí. (Goer, 2002) Také je u takového vyvolání vyšší riziko úzkosti u plodu, protože kontrakce jsou silnější. (Inch, 1984)

Dalšími způsoby aktivního řízení porodu je podtlaková extrakce, stimulace prsních bradavek a klešťový porod, v neposlední řadě i císařský řez. (Goer, 2002) Obvyklými důvody pro vyvolávání porodu jsou obavy o stav dítěte, podezření na příliš velké dítě, předčasný odtok plodové vody, nález streptokoka či přenášení dítěte. Jen málo důvodů na urychlování je skutečně opodstatněných a bohužel, pokud na to není matka připravena, často končí císařským řezem. (Sovová, 2006)

Některé porodnice také pobízejí rodičku, aby tlačila v momentě úplné dilatace děložního hrdla bez ohledu na to, zda ona sama cítí nutkání nebo ne. Postoj WHO je v této věci takový, že by se mělo vyčkávat, dokud sama žena spontánně necítí reflex na tlačení. Tímto způsobem je porod pro ženu snazší a bez nebezpečných následků. (WHO, 2002)

4.5 Vývoj kompetencí porodních asistentek a možností rodit doma v české legislativě

Samostatné porodní asistentky se v padesátých letech po zrušení živností staly zaměstnankyněmi Ústavu národního zdraví, které pracovaly buď pod porodnicí, nebo pod samotnými lékaři v ordinaci, přičemž na jednoho lékaře připadaly dvě porodní asistentky. Ty dále vedly svojí poradnu pro těhotné a každá žena měla až do roku 1992 v období před a po porodu svou porodní asistentku. Když došlo v devadesátých letech k zprivatizování ambulantní péče, přešly porodní asistentky pod správu lékařů. Lékaři ovšem nebyli a nejsou zvyklí pracovat se zdravými těhotnými ženami, takže nechápali náplň práce porodních asistentek. Jak již bylo řečeno, jsou naučeni na těhotenství nahlížet jako na rizikové. Proto propustili jednu z porodních asistentek a jedna jim byla k ruce, čímž

skončila možnost samostatného vedení porodu porodními asistentkami, které tímto ztratily své pravomoci. Stalo se tak i proto, že porodní asistentky u nás neměly nikoho, kdo by hájil jejich práva. (Doležalová, 2006)

Příklon porodních asistentek k přirozeným porodům je podporován v rámci jejich boje o navrácení profesní autonomie, kterou ztratily na počátku 60. Let. Tehdy došlo ke zrušení studijního oboru, a tím i terminologické a odborné proměně porodních asistentek na ženské sestry. Ačkoliv dříve asistovaly rodiče, nyní spíše asistují lékaři a plní jeho přání. (Hašková, 2001)

V 90. letech se znovu zavádí termín porodní asistentka a vznikají dvě organizace: Sdružení porodních asistentek Čech a Moravy a Česká asociace porodních asistentek, která vydává i svůj časopis. Pozice porodních asistentek se ale legislativně nezměnila a stále se řídí vyhláškou MZ ČR z roku 1981 a směrnicí MZ z roku 1986. (Hašková, 2001)

Dnes musí být porodní asistentky registrovány a získat určité živnostenské oprávnění. Tuto registraci vydává krajský úřad. Aby ji získala, musí mít odpovídající personální, technické a věcné vybavení, které posuzuje tentýž orgán. Nicméně Ministerstvo zdravotnictví tento seznam dříve jasně neuvadlo, takže stanovení, zda je vybavení dostatečné, spadalo do kompetence krajských úřadů, čímž docházelo k omezování výkonu povolání porodní asistence pouze na preventivní a ošetrovatelskou péči. (Candigliota, 2011)

Jelikož byl tento model ombudsmanem kritizován, došlo v roce 2010 k upravení těchto požadavků v nové vyhlášce. Ta se zabývá úpravou pracovišť, kde jsou vedeny pouze fyziologické porody, např. porodní domy. Přístup nemocnic k vybudování takového centra je ale velice negativní, proto zatím v ČR žádný nefunguje. Současně také vyhláška neadresuje porody mimo zdravotnická zařízení, takže to působí, že pro porodní asistentku není legální asistovat u domácího porodu. A i když to stát výslovně nezakazuje, vztahují se na porod doma stejné požadavky na vybavení, což je prakticky nemožné naplnit. (Candigliota, 2011)

Od začátku roku 2014 je právně možné, aby porodní asistentky vykonávaly svou činnost samostatně, ale jen v porodnicích a s předchozím souhlasem lékaře. Bylo také sepsáno memorandum o spolupráci mezi zástupci České gynekologicko-porodnické společnosti (ČGPS) a zástupkyněmi České konfederace porodních asistentek (ČKPA) a České společnosti porodních asistentek (ČSPA). Ani tato spolupráce se zatím nejeví bezproblémově a uvidíme, jak se bude vyvíjet do budoucna. Nejspíše to bude vyžadovat

ještě delší dobu, než zastánci dvou odlišných přístupů k porodům naleznou nějakou společnou řeč. (ČKPA, 2014)

Je důležité také zmínit verdikt Evropského soudu pro lidská práva, sídlícího ve Štrasburku, ke kterému soud došel v rámci případu s těhotnou maďarskou ženou, která žádala o lékařskou pomoc při domácím porodu, ovšem žádné se jí nedostalo, neboť maďarská legislativa to neumožňuje a několik zdravotníků tam naopak bylo za asistenci u domácích porodů potrestáno. Evropský soud rozhodl, že se jedná o porušení základních lidských práv, do kterých spadá i právo na svobodnou volbu místa porodu a přiřkl ženě odškodné za tuto újmu. (Maďarsko odsouzeno ve Štrasburku, 2010)

Každá žena může podle zákona родit, kde chce. Podle Evropského soudu pro lidská práva (rozsudek ze dne 14. 12. 2010, stížnost č. 67545/09) je povinností státu zajistit právní a institucionální podmínky pro svobodnou volbu žen ohledně místa porodu. (Formánková, 2011)

Je tedy zjevné, že pokud se budou zdravotníci dále odvolávat na nějakou vyšší autoritu, neměli by již opomíjet toto zásadní rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva, které znovu potvrdilo přímý nárok rodičky na volbu místa porodu a současně i její právo na lékařskou asistenci v případě, kdy si zvolí родit v domácím prostředí.

5 Zahraniční modely porodnictví

Na základě toho, že jsem představila historický vývoj porodnictví v českých zemích, ho nyní mohu srovnat s vývojem v jiných zemích, což objasní rozdíly v českém porodnictví oproti zahraniční praxi a současně ukáže, že jsou i jiné způsoby a přístupy, jak nahlížet na porod a kompetence porodních asistentek. Jako příklady odlišné praxe jsem si zvolila tři modely – holandský, americký a britský. Holandsko jsem si vybrala proto, že je známé pro své vysoké procento domácích porodů. Velká Británie naopak představuje jeho protipól a ukazuje, jak se i země geograficky velice blízké mohou vyvíjet odlišnými směry, především v postavení porodních asistentek a s tím souvisejícím přístupem k domácím porodům. A Spojené státy přibližují pouze ve stručnosti, neboť se jedná o světovou velmoc a zemi, která se prezentuje jako velice liberální a multikulturální, nicméně domácí porody v nich svou tradici nemají.

5.1 Holandský model

Známým faktem je, že v Holandsku se k porodu přistupuje výrazně jinak, než ve zbytku Evropy. Pokusím se nyní stručně přiblížit historii této země, což pomůže objasnit, proč k takovému vývoji došlo tam a ne někde jinde, a také nastínit její specifika.

Holandsko kdysi mívalo jednu z nejnižších perinatálních úmrtností na světě. To se změnilo kolem roku 1966, kdy se jiné státy dostaly před ně, čímž utrpěla národní pýcha Holandska. Do té doby se doma rodilo kolem 75 % dětí a všem to přišlo normální, ovšem s těmito novými čísly a informacemi se rozvinula diskuze, zda by se neměl holandský systém více přizpůsobit např. britskému a přesunout více porodů do nemocnic. Od té doby dochází každoročně k poklesu počtu domácích porodů a dnes se jich již doma odehrává pouze třetina – což je nicméně stále nejvíce ze všech evropských zemí. (Abraham-Van der Mark, 1996)

Důvodem tohoto poklesu domácích porodů byl vzrůstající počet porodníků a porodních asistentek a současně vynalezení nových technologií. Také se snížil počet porodů obecně a s vyšším věkem rodiček jich více spadalo do kategorie s vyšším rizikem. V Holandsku ale nikdy nedošlo ke zpochybnění toho, že by domácí porody byly bezpečné. Aktuální stav se tak jevil jako alarmující a nežádoucí a přemýšlelo se, co s tím, neboť hospitalizace všech žen se ukázala být i nákladnější. Byl ustanoven výbor, který měl tuto situaci přezkoumat, a ten se shodl na tom, že 60 - 70 % porodů se může bezpečně odehrávat doma, když se vhodně ženy vyselektují a budou bydlet do jedné hodiny od dobře vybavené nemocnice. Aby se omezily náklady, rozhodl výbor omezit prostředky nemocnic, aby přijímaly skutečně jen ženy, které tam rodit potřebují. (Abraham-Van der Mark, 1996)

Součástí toho výboru byl i G. J. Kloosterman, což byl velice známý porodník, ale současně i ředitel školy pro porodní asistentky v Amsterdamu. Z důvodu jasného rozdělení rizikovitosti sestavil Kloosterman v roce 1973 seznam, dnes známý jako Kloostermanův seznam, který sepisuje podmínky, za kterých může žena родit doma a kdy má naopak jít do porodnice. Jedná se o soupis medicinských indikací, který je neustále aktualizován a platí dodnes. (Abraham-Van der Mark, 1996)

Porody jsou v Holandsku rozděleny na patologické s vysokým rizikem, které má na starost porodník a fyziologické s nízkým rizikem, které spadají pod porodní asistentky. Od roku 1987 se k této kategorii přidala ještě kategorie středního rizika, která po určitých mocenských bojích připadla také porodním asistentkám. Tím je specifický holandský

model, neboť dává porodním asistentkám výraznou moc klasifikovat, zda je porod patologický či není a podle toho naložit s touto mezi-kategorií. V Holandsku jsou také rozšířené porodní kliniky a trend ambulantních porodů, kdy matka odchází do 24 hodin po porodu. Medikace se nikdy nestala součástí kulturní definice normálních porodů a to ovlivnilo holandské ženy – je totiž dokázáno, že očekávání ovlivňuje míru bolesti, kterou pociťujeme. (tamtéž)

Holandsko je specifické svým důrazem na domácnost, rodinu, rovnost v partnerských vztazích, pospolitost a mateřství, což vyústilo v tento přístup k porodu. Je nutné zdůraznit, že vláda vždy více podporovala domácí porody a nikdy nezpochybovala jejich bezpečnost a nevznikla tendence směřovat všechny těhotné ženy do porodnic, jako tomu bylo třeba ve Velké Británii. Naopak domácí porody jsou vnímány jako něco tradičního, co je chováno v úctě a je spojené s charakterem země jako takové. Jde o kulturní vzorec, který má být zachován. Zbytek Evropy by si z nich mohl vzít příklad ohledně kooperace porodních asistentek a porodníků, kteří se v současnosti neberou jako soupeři, ale partneři, kteří se společně snaží najít pro ženu to nejoptimálnější řešení. To doprovází organizovaný program profesionální domácí péče před a po porodu. (tamtéž)

5.2 Americký model

Postavení porodních asistentek ve Spojených státech se od Holandska výrazně odlišuje. Mají tam mnohem omezenější pravomoci a zpravidla pracují ve spojení s lékařem/kou. Aby mohly provozovat svou činnost, musejí mít certifikát nebo vysokoškolské vzdělání. Pokud to nemají, jde o tzv. lay midwives, jejichž činnost je legálně povolena pouze na území některých států. (Inch, 1984)

Většina porodů se odehrává v porodnicích a bohužel často moc jiných alternativ není. Rodí se ve výukových nemocnicích (teaching hospitals), které slouží pro trénink studentů a absolventů, ale kde se dá zároveň i rodit, nebo v obecních nemocnicích, kterých je více a jsou obvykle tou nejbližší možností, nicméně ne tak kvalitně vybavené. Postupně se rozšiřují i porodní centra pro nízkoriziková těhotenství. Na druhou stranu se dá říci, že ani poptávka po domácích porodech není ve Spojených státech nijak velká a pokud někdo preferuje domácí prostředí, současné porodnice nabízejí pokoje s domácí atmosférou. (Inch, 1984)

5.3 Britský model

Velká Británie se dá postavit jako protipříklad Holandska kvůli své dlouhodobé tradici medikalizovaného nemocničního porodu. Tato odlišná situace nejspíše vyplývá z rozdílných profesních pravomocí porodních asistentek. Počátek této tradice lze hledat u vzniku NHS (National Health Service), čímž došlo k velkým změnám ve zdravotnictví, kdy u porodu začal vždy asistovat i lékař a porodní asistentky přišly o své svrchované postavení a staly se spíše jeho přísluhovačkami. Důvodem této změny byla snaha lékařů převzít kontrolu nad celým porodnictvím a sjednotit ho pod jednu autoritu. Jediné, kdo si trochu zachovaly autonomii, jsou obecní porodní asistentky, ale ty spíše poskytují postnatální péči. (Abraham-Van der Mark, 1996)

V Británii, stejně jako v jiných zemích, se kolem poloviny 20. století začal zvyšovat počet žen, které chtěly родit v porodnicích. Důvody, proč k tomu docházelo, jsem již uvedla u holandského modelu a jsou víceméně všude podobné. Na rozdíl od Holandska, které ale tuto tendenci podporovat nechtělo a snažilo se odlišit ženy, které nemocniční péči skutečně potřebují, od těch, které mohou zůstat doma s porodní asistentkou, se Velká Británie rozhodla této poptávce vyhovět a Královská akademie porodníků a gynekologů (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) zhodnotila, že institucionální porod poskytuje maximální bezpečnost pro matku a dítě, a tak by měli poskytnout lůžka všem ženám, které o ně budou mít zájem. S tím nesouhlasily organizace sdružující převážně porodní asistentky, které zdůrazňovaly výhody domácích porodů a jejich nerizikovitost. To potvrdil i národní výzkum z roku 1958, který dokonce ukázal, že u nízkorizikové kategorie mají domácí porody dokonce o polovinu nižší úmrtnost než porodnice. (Abraham-Van der Mark, 1996)

Navzdory tomuto zjištění a protestům porodních asistentek další ustanovené výbory jen potvrdily závěry porodníků a gynekologů a upevnily tak národní paradigma nemocnice jakožto nejbezpečnějšího místa pro porod. V 70. letech začalo docházet k problému s místy, neboť do té doby měly pokrýt pouze cca 70 % populace, ale jak poptávka narůstala, bylo doporučeno zařídit místa pro plnou institucionalizaci porodu včetně deseti dní po porodu. (tamtéž)

V současné době je to se situací ve Velké Británii lepší a tamní Ministerstvo zdravotnictví již doporučuje samostatnou péči porodních asistentek a porody doma jako bezpečnější variantu. (Jonášová, 2011, s. 79) Je tedy vidět, že britské zdravotnictví je flexibilní a na rozdíl od toho českého méně konzervativní, neboť apriorně neodmítají

změnu a spíše své zdravotnictví proměňují v souladu s nejnovějšími výzkumy a poptávkou.

Celkově lze říci, že paradigma ve Velké Británii spadalo do lékařsky vedeného modelu porodu, ačkoliv ani tam to není tak černobílé, jak by se mohlo zdát. Spíše to může sloužit jako příklad a pochopení, jak fungují různé tendence a jak národní historie a hodnoty, které vyznává, ovlivní i přístup lidí k porodům. V neposlední řadě je také patrné, že to, zda bude státní politika nakloněna domácím porodům, či ne, výrazně koreluje s postavením porodních asistentek, které mají blíže k fyziologickému pojetí porodu než patologicky orientovaní lékaři/ky.

6 Dva dominantní diskurzy v přístupu k porodům v českém kontextu

Jak jsem již ilustrovala na historii, od počátku vzniku porodnické profese se oddělily dva základní proudy - ten, který preferoval medicínský přístup k porodu a navazoval na univerzitní teoretický přístup oboru porodník, a ten preferující přirozený přístup k porodu, stojící především na praktické zkušenosti porodních bab, později porodních asistentek. Tyto dva způsoby nahlížení na porod vycházejí ze zcela odlišných premis a jsou pro ně důležité rozdílné hodnoty, neshodují se na pozici ženy/rodičky a jejích pravomocech, na pravomocech lékaře/ky, ani na tom, jak je při porodu nejvhodnější postupovat. Proto je nazývám diskurzy - jde o dva zcela uzavřené systémy přesvědčení, názorů, hodnot a východisek. V této kapitole je představuji a zmiňuji také praktiky, které z lékařského modelu vyplývají a které nemusejí být tak jednoznačně pozitivní.

6.1 Medicínský přístup k porodu

První stanovisko si označíme jako medicínský model porodu. V tomto modelu převládá názor, jako má pan Alexandr Barták, že porod je „bolestivá, extrémně nebezpečná, krvavá, brutální, hnusná záležitost.“ (Matějů, Havlíková, 2010) Pokud tedy budeme pohlížet na porod takto, nejeví se jako oslava začátku nového života, dokonce ani jako něco přirozeného, co se děje víceméně samo a instinktivně, pokud umíme dobře naslouchat svému tělu. Při medicínském přístupu k porodu vnímáme porod jako něco potenciálně patologického, co se může každou zkomplikovat a stát se životu nebezpečné. Porod je z tohoto pohledu záležitostí inherentně rizikovou, proto je nutné, aby se žena

nacházela v nemocnici s nejmodernější technikou a personálem, který je připravený kdykoliv zasáhnout.

Přirozený porod je i v médiích podáván jako nebezpečný a nezodpovědný, který si mohou zvolit jen fanatičky či sobecké matky, které nechtějí to nejlepší pro své dítě. (Jonášová, 2011) Rodící žena je v nich vykreslována spíše jako instituce, než živoucí bytost s právem na realizaci vlastních přání. Čeká se od ní, že jejím hlavním zájmem bude dítě. „Správné“ mateřství je spojeno s obětí, kdy ženina individualita a autonomie má ideálně ustoupit do pozadí a být nahrazena nesobeckou starostí a chováním ve prospěch nenarozeného dítěte. „Správná“ matka a rodička je pokorná a naslouchá doktorům. Porod je prezentován jako veřejná událost, do které může každý mluvit, ale hlas expertů je hodnocen mnohem výše, než hlasy matek. (Jonášová, 2011)

Zdravotníci v tomto modelu mají tendenci pohlížet na ženské tělo, resp. na dělohu jako na stroj, na který se musí dohlížet, aby se neporouchal, a pokud se něco stane, opravit ho. Pokud řekneme stroj, myslíme tím v tomto pojetí stroj vysoce poruchový a nevyzpytatelný, kterému se nedá věřit a který vyžaduje neustálý dozor (na rozdíl od těla muže). Žena je tak redukována na pouhou dělnici a zbavena své autonomie a individuality. (Hrešanová, 2012)

Právě proto, že je porod zobrazován takto rizikově, jsou představitelé medicínského porodu přesvědčeni, že se jedná o jakousi vyšší formu porodnictví, ke které lidstvo dospělo, a proto jakékoliv jiné způsoby porodu vnímají negativně jako krok zpátky do minulosti. (Matějů, Havlíková, 2010) K tomuto negativnímu obrazu porodů přispívají velkou mírou i média, která vždy dramatizují případy několika domácích porodů, při nichž došlo k úmrtí dítěte či matky, ačkoliv v nemocnici se toto stává mnohem častěji. Ovšem pokud přistoupíme na tuto rétoriku, ve které je nemocnice nejbezpečnější místo pro porod, logicky nikoho nenapadne zpochybňovat expertízu lékařů/ek a jejich schopnosti v případě úmrtí.

Pokud tedy dojde k nějakému zanedbání v nemocnici, argumentuje se tím, že nikdo není neomylný. To je zajímavá rétorika vzhledem k tomu, že u domácích porodů se tato neomylnost očekává a pokud dojde k nějaké újmě na zdraví, je to dáváno za vinu porodní asistence, která je pranýřovaná jménem dominantní ideologie, která považuje domácí porody za nezodpovědný hazard, jako jsme to mohli pozorovat na případu Ivany Königsmarkové. Oproti tomu v nemocnicích k sankcím moc nedochází, především díky zaštiťující autoritě v podobě lékařské expertízy a také pro lékařskou kolegiální a solidaritu.

Když je tedy porod prezentován jako obří zásah, rozpíná se atmosféra strachu z porodů a hledají se jiné způsoby. Je totiž nutno zmínit, že v zajetí dominantního medicínského diskurzu nejsou jen lékaři/ky či zdravotnický personál, ale i rodičky, které jeho průzorem nazírají na svá těla a porod, čímž se z jejich těl stávají objekty i pro ně samé. (Hrešanová, 2012) Z toho důvodu není překvapující, že model lékařsky vedeného porodu vyhovuje většině českých žen, přičemž jde spíše o prvorodičky než ženy, které již v porodnici rodily. (Hašková, 2000, s. 14)

Současně je logické, že si tyto ženy také častěji žádají léky proti bolesti, epidurální analgezii či císařský řez. Ten je v poslední době módním trendem, kterým rodí až každá pátá žena v České republice. Doktoři také obvykle provádějí rutinní postupy jako je holení, nástřih hráze, klystýr, podávání tišících prostředků, atd. (Doležalová, 2006) Co se týče porodní polohy, některé nemocnice již dnes nabízejí i jiné možnosti, než tu na zádech, nicméně reálně dochází k využívání těchto alternativ pouze marginálně. Děje se tak z důvodu neinformovanosti rodiček a konzervativnosti porodníků. (Hašková, 2000)

Henci Goer uvádí, že „porodníci a gynekologové jsou chirurgicky orientovanými odborníky na patologii ženských reprodukčních orgánů.“ (Goer, 2002, s. 19) A právě proto, že se specializují na patologii, je pro porodníky často těžké rozlišit mezi operací, kde je nutný okamžitý zásah, a porodem. U fyziologicky probíhajícího porodu je přitom nejlepší mu dát volný průběh a dostatek času. Zde se ukazuje, že někdy je nedělat nic těžší než něco dělat, a také to, že to může vyžadovat více zkušeností, úsudku a odvahy. (Inch, 1984, s. 11)

6.1.1 Císařské řezy

Císařské řezy představují vrchol medicínského instrumentálního přístupu k porodu. (Jonášová, 2011) Jde o operaci, která je poměrně závažná a která by se měla vykonávat pouze v případě komplikací jako poslední řešení. Místo toho se dnes setkáváme s narůstající tendencí císařských řezů jakožto snadného bezbolestného porodu, kdy je dítě prakticky vyňato z matky a porozeno porodníky, relativně bez jejího přičinění. Tento fenomén zde chci více nastínit právě jako srovnání a protipól k domácím porodům, neboť vychází ze zcela jiných požadavků rodiček a z paradigmaticky jiného náhledu na porod.

6.1.1.1 Císařské řezy v historii

Císařský řez byl původně něčím, co bylo prováděno pouze na mrtvých ženách za účelem záchrany života dítěte. V katolické Evropě šlo o vcelku běžnou praxi, neboť povinností lékaře bylo dítě vyjmout a porod doprovázela stále poměrně velká úmrtnost matek. (Tinková, 2010) V této době totiž neexistovala narkóza a medicínské znalosti o bakteriích a mikrobiologii dosahovaly naprostého minima. Zákrok se neprováděl na živých matkách pro usnadnění porodu z důvodu, že byl téměř pokaždé pro matku smrtelný (Doležal, 2001)

Zdá se také, že v 18. století převládala tendence preferovat život dítěte nad životem matky – další důvod, proč se přistupovalo k císařským řezům. Od druhé poloviny století ho ale lékaři začínají vykonávat i na živých ženách, nicméně v situaci, kdy je jisté, že matka brzy zemře a dítě je živé a v pořádku. Názory na tento zákrok se lišily jak územně, tak odborník od odborníka. (Tinková, 2010) V průběhu 19. století se nicméně tato operace stávala bezpečnější, což se ještě zlepšilo ve století 20. v důsledku významného medicínského pokroku. (Doležal, 2001)

6.1.1.2 Trend císařského řezu v současnosti

Porod císařským řezem je dnes fenoménem, který bohužel neustále narůstá. Proč se to děje? Jelikož všichni žijeme v určité sociální realitě, často si nevytváříme pocity a názory na základě zkušenosti, ale podle nejrůznějších vlivů, jako jsou třeba média. A jelikož je v televizi a filmech porod obvykle zobrazován jako něco, kde ženy křičí bolestí a velice trpí, ženy toto pojetí porodu přijmou. (Doležalová, 2006) Důvodem jejich poměrně nekritického přijetí tohoto pojetí porodu je fakt, že ženy v „civilizovaných“ společnostech nemají obvykle možnost vidět porod naživo předtím, než rodí samy, jako tomu je u národů žijících v souladu s přírodou. (Marek, 2002) V angličtině je k porodu referováno jako k „porodní práci“, což už samo o sobě vyjadřuje odlišný postoj k porodu, ovšem jelikož je při vnímání bolesti hlavní psychika a u nás se bolest očekává, tak se i dostaví. (Doležalová, 2006)

Tím se u nás rozpíná strach z porodu, protože je podáván jako obří zásah, který vyžaduje tým odborníků. (Jonášová, 2011, s. 28) Na základě tohoto ženy hledají cesty, jak se této bolesti a případným estetickým následkům vyhnout. A tímto východiskem se zdá

být císařský řez, kdy se břicho rozřízne a dítě vyndá. Jednoduchá a bezbolestná operace. Ale je tomu skutečně tak?

Henci Goer uvádí, že v USA rodí císařským řezem jedna z pěti žen, ačkoliv polovina z nich by takto родit nemusela. Pokud si tuto metodu zvolí, musí se také připravit na bolest, ale ještě doplněnou o dlouhou zotavovací dobu, finanční zátěž a zdravotní rizika, které představuje každý operativní zákrok. (Goer, 2002) Příčinou atraktivity císařských řezů je určitě i jejich stavění do opozice k přirozeným porodům, tedy porodům fyziologickým nebo porodům doma, které jsou v našem kontextu vnímány velice rizikově a nezodpovědně. (Jonášová, 2011, s. 26)

Císařský řez se tedy jeví jako něco opačného a nutně pozitivního. V souvislosti s technickým pokrokem a rozvojem moderních technologií může také zvýšený počet uchazeček o porod císařským řezem představovat silnou víru v moc technologií na úkor schopností svého vlastního těla. (Jonášová, 2011) Např. Nicky Wesson uvádí, že pokud se má ve Velké Británii dítě narodit koncem pánevním, je automaticky považováno za kandidáta na císařský řez a matka se někdy ani nemůže rozhodnout ho porodit vaginálně. (Wesson, 2006)

Porod císařským řezem je tedy viděn jako něco čistého a bezbolestného, což zvyšuje jeho atraktivitu. Je to volba, kterou často činí celebrity právě z podobných psychologických a estetických důvodů, jelikož jim nepříjde důstojné dítě tlačit v bolestech, ačkoliv je to ta nejpřirozenější věc na světě. Apel na „čistotu“ porodu je také jedním z významných důvodů nárůstu císařských řezů, kdy jím údajně stejně jako v USA rodí v České republice každá pátá žena. (Jonášová, 2011)

Zdánlivá nenáročnost císařského řezu hodně rodiček naláká, ačkoliv se jedná o operativní zákrok. Ivana Königsmarková tento trend vnímá poměrně negativně, protože podle ní dítě přijde na svět oklikou. Porod je hned první reakcí na zkoušku a dítě by jí mělo projít, aby bylo na svět připravené. Často se podle ní císařský řez dělá z psychických důvodů a dělat by se nemusel, pokud by matka přistupovala k porodu jinak nebo by probíhal např. v jiném prostředí, s jinými lidmi, atd. (Doležalová, 2006)

Na druhou stranu motivaci pro provedení císařského řezu nemají jen rodičky, ale i porodníci. Je to proto, že je podáván jako vrchol instrumentálního přístupu, tedy jako ten nejvyspělejší zákrok naší medicíny. Odborná společnost potom zkoumá, zda byl proveden kvalitně, nicméně morální aspekt věci zkoumán není. (Jonášová, 2011) Na základě toho, že je císařský řez náročnějším odborným zákrokem, je i lépe finančně ohodnocen. Za klasický porod zaplatí pojišťovna nemocnici kolem 12 tisíc, zatímco u císařského řezu jde až o

částku kolem 23 až 30 tisíc. (Hovorka, 2011) Dá se tedy usuzovat, že v určitých případech vyhovují nemocnice žádosti o císařský porod také proto, že za to obdrží větší finanční obnos, ačkoliv to z hlediska zdravotního stavu rodičky nemusí být nutné.

Pokud to tedy shrnu, důvodů pro porod císařským řezem je několik. Ze strany lékařů/ek jde často o ekonomické faktory a ze strany rodiček zaprvé o zdánlivou bezbolestnost a nenáročnost, zadruhé o čistotu a větší estetičnost a zatřetí je to vnímáno jako vrchol technického umění, což je stavěno do opozice k porodům přirozeným, které jsou demonizovány. Nenechme se ale touto rétorikou zmást. Faktem je, že císařský řez je operace a každá operace přináší rizika. Můžeme si myslet, že porod je něco strašně rizikového, ale pokud probíhá normálně, rozhodně se jeho rizikovost nedá srovnávat s operací. Císařský řez tak přináší mnohem větší riziko smrti nebo trvalého poškození. Podobně také naruší celkový emoční prožitek rodící ženy a vrhne stín na zbytek jejího reprodukčního života. (Goer, 2002, s. 31)

6.1.2 Genetický screening

Jednou z poměrně novodobých praktik, spojenou nepochybně s rozšiřujícími se znalostmi v oblasti medicíny, ale i technologickým pokrokem, je genetický screening. Jedná se o vyšetření, při kterém se zkoumají biochemické markery v krvi a vyhodnocuje se z nich, zda je či není pravděpodobné, že bude mít dítě nějakou vrozenou genetickou abnormalitu. Matce je sdělen pozitivní či negativní výsledek. (Königsmarková, 2006)

Konkrétně se screeningem zjišťuje riziko defektů neurální trubice a stěny břišní, chromozomální aberace a komplikace ve III. trimestru. Nově je screening prováděn i v kombinaci s ultrazvukovou nuchální translucencí, kde se měří tloušťka kožní řasy na zadní straně krku dítěte. (tamtéž) Pokud je výsledek screeningu pozitivní, bývá ženě doporučeno jít na genetické vyšetření a následně obvykle aminocentéza, odběr plodové vody. Tento zákrok je invazivní metodou, která má svá rizika jak pro matku, tak dítě. Navíc je doporučována ženám, u nichž je riziko postižení u dítěte např. pouze 1:300 i 1:500. (Königsmarková, 2006)

Problémem je ovšem fakt, že screening pouze vyčleňuje rizikovou skupinu, ale není diagnózou, tedy neindikuje přímou přítomnost choroby. Z tohoto důvodu je jeho nepřesnost dost značná a lze mluvit o falešné pozitivitě, neboť z dvaceti matek diagnostikovaných jako pozitivní pouze jedna porodí skutečně postižené dítě. A naopak

jedno ze tří dětí, které nakonec Downův syndrom má, rozpoznáno není. (tamtéž) Je tedy morální a správné tento rozbor provádět rutinně a často i bez souhlasu matky, pokud v devatenácti případech z dvaceti ji budeme akorát zbytečně stresovat a směřovat k potenciálnímu ukončení těhotenství, ačkoliv by mohla mít zdravé dítě?

Ivana Königsmarková se domnívá, že není. Genetické testy jsou podle ní neetické a zbytečné právě kvůli jejich malé úspěšnosti. Vadí ji také to, že lékaři v případě pozitivního výsledku víceméně matku tlačí k potratu, přičemž podle ní jde v takto pokročilém stádiu těhotenství o zabití dítěte, které by navíc mohlo být zcela zdravé. Podle ní tento systém zavání pěstováním „čisté rasy“, protože si hrajeme na bohy a určujeme (především tedy lékaři), kdo se smí a nesmí narodit. Königsmarková akcentuje psychiku matky, která je takovým testováním a příp. pozitivním výsledkem, i pokud se později nepotvrdí, velmi narušena. Podle ní je obecně pro matku lepší, když porodí jakékoliv dítě, i pokud jsou jeho vady neslučitelné se životem a záhy zemře, protože má alespoň možnost se s ním rozloučit a nemusí si celý život vyčítat, že ukončila život svého dítěte, které mohlo být zcela v pořádku. (Doležalová, 2006)

Dotazníkové šetření, provedené s cca padesáti ženami a stejným počtem zdravotníků, ukázalo, že ženy nejsou často seznámeny s podstatou takového testování, nejsou dobře informovány a také ze 47 jich bylo požádáno o souhlas s odběrem krve na rozbor pouze 9, což je jistě alarmující. Ukázalo se také, že zdravotníci/ce mají problém akceptovat svobodné rozhodnutí ženy nepodstoupit takováto vyšetření spojená s prenatální diagnostikou, neboť jsou přesvědčeni, že je to pro ni to nejlepší. (Königsmarková, 2006) Zde se opět ukazuje odlišná mentalita, ze které vychází zastánci lékařsky vedeného modelu porodu a která bohužel jen obtížně nachází společnou půdu s modely jinými, protože se staví nad ně a ani ji nalézt nechce.

Ivana Königsmarková také poukázala na určitou selektivnost tohoto testování, kdy se zaměřujeme jen na určité vady a ne na jiné. Vidí rozpor v tom, že lékaři v případě pravděpodobnosti porození postiženého dítěte doporučují potrat, ačkoliv se dítě může narodit zdravé, ale na druhé straně se některé děti zachraňují a udržují při životě za každou cenu, ačkoliv ani nemusejí chtít žít, a v takovém případě stejně zemřou a nemá smysl to prodlužovat. (Doležalová, 2006)

6.2 Alternativní/přirozený přístup k porodu

Druhé stanovisko, na rozdíl od výše představeného medicínského, nazývá Hrešanová alternativním přístupem k porodu, přičemž poukazuje na to, že medicínský a alternativní přístup jsou neslučitelné, jelikož za nimi stojí dva protikladné morální režimy. (Hrešanová, 2010). Jiní naopak poukazují na negativní konotace, které ze slova alternativní vyplývají. Vede to totiž ke spojování se šarlatánstvím či alternativní medicínou a také se tím vyjadřuje marginalizovaná sekundární pozice tohoto modelu ve vztahu k dominantnímu normativnímu lékařskému modelu. Alternativa odkazuje k něčemu nenormálnímu a nepřirozenému, ačkoliv přirozené porody mají svou historickou tradici mnohem delší než ty nemocniční. (Hašková, 2001)

Zastánci a zastánkyně této morálky vycházejí z předpokladu, že porod je přirozený proces neboli fyziologický akt, který v normálních případech probíhá spontánně, takže není nutné do tohoto procesu nějak zasahovat, kromě výjimečných komplikací, které se většinou dají předvídat. (Inch, 1984) Podle Stadelmann je narození člověka přírodním jevem, který je spjat s mocí a silou. Je tedy nutné, aby se žena uvolnila a nechala vše plynout, až poté může porod prožít pozitivně. (Stadelmann, 2001)

V tomto modelu porod sám o sobě rizikový není, pokud probíhá normálním způsobem. Podobně i bolest je zde pojímána jinak. Pokud totiž velkou bolest očekáváme, tak se i dostaví, jelikož je úzce spjata s psychikou. Proto se v angličtině v souvislosti s porodem mluví spíše o „porodní práci.“ Königsmarková vidí problém v tom, že ženy nemají možnost někde vidět porod naživo před svým vlastním porodem, takže vycházejí z toho, co vidí v televizi, což je jeden velký křik a hysterie. (Doležalová, 2006)

Důraz v tomto alternativním přístupu spočívá na základních lidských právech, což jsou v případě porodů práva matky. Ta by měla mít možnost sama rozhodnout, jakou péči přesně chce od personálu porodnice poskytnout a jak dlouho tam chce strávit, příp. zda vůbec chce rodit v porodnici nebo doma. Zajímavé je, že ačkoliv v otázce potratů se u nás již před více než padesáti lety přiznalo matce právo rozhodovat o svém těle, a tedy mít možnost usmrtit nenarozené dítě, u porodů najednou lékaři/ky argumentují právy nenarozeného dítěte na úkor osobních voleb matky. Kde je tedy ten rozdíl? Matka může rozhodovat, dokud se jedná o „plod“, ovšem jakmile už je to „dítě“, tak volbu nemá? A kde přesně leží tahle hranice? Tyto otázky vybízí k širší společenské diskuzi, která se zatím nekonala.

Obhájci/kyně tohoto modelu odsuzují zásahy státu do takto osobních oblastí života jednotlivce, jako jsou porody. (Hrešanová, 2010) Kritizují stávající porodní péči, kterou poskytují zdravotnická zařízení jako příliš anonymizovanou, stresující a mocensky zatíženou. Místo aby se lékaři snažili vyjít ženám vstříc, tak na ně často pohlíží jako na nekompetentní a jejich přáním nepřikládají takovou důležitost. Nezřídka dokonce i přiznají, že na ženu pohlížejí svrchu, pokud nesdílí jejich představu o tom, co je to porod, akorát se jí to snaží nedat najevo. (Matějů, Havlíková, 2010)

Otázkou je, jestli se dá taková povýšenost vůbec utajit a jestli právě podobní lékaři/ky nejsou důvodem, proč ženy v některých případech raději rodí v domácím prostředí. Je totiž zásadní, aby se žena cítila u porodu bezpečně. Pokud porodnice ženám tento pocit nedávají, hledají jiné možnosti. Když se žena bezpečně necítí, protože je obklopena neznámými lidmi, není jí všechno řádně vysvětleno a nemůže o všem rozhodovat, tak je pochopitelně ve stresu. A tento výsledný stres působí jako komplikace porodu, protože může zeslabit kontrakce, následkem čehož bývají podávány urychlující prostředky, atd. Ve výsledku se dá říct, že každý zásah vyvolá nutnost dalšího zásahu. Proto je dobré ke každé ženě přistupovat individuálně a respektovat její volby. (Doležalová, 2006)

Alternativní porodnictví tedy preferuje přirozený způsob porodu. Není pro něj důležité, zda se porod odehrává doma nebo v porodnici, ale apeluje na možnost volby pro každého jako jedno ze základních lidských práv. Současně se staví proti zbytečnému podávání léků při porodu, protože i podle WHO medikalizací měníme původně snadný a přirozený způsob, kterým by rodička tímto aktem prošla. Jako příklad uvádějí rozšířenou polohu vleže, která je nepřirozená a s poměrně krátkodobou tradicí, a která působí další komplikace. Dříve byla rozšířenější poloha ve stoje či v kleče a žena se při porodu pohybovala. Byla tak využívána zemská přitažlivost a celý proces byl méně bolestivý a náročný. (Marek, 2002)

Celkově se dá říci, že tento model akcentuje ženskou zkušenost a pojímá porod jako významný okamžik ženina života, který může dokonce ustavovat její identitu a měnit to, jak na sebe pohlíží její okolí i ona sama - jde o určitý přechodový rituál. Mateřství je s ženskou genderovou identitou úzce spojeno a bylo používáno ke kategorizaci žen na ty, které děti mají, a ty ostatní. (Hrešanová, 2012) Ty si potom mohou připadat stigmatizované a že nějak zásadně nenaplnily svou ženskou podstatu.

7 Genderový rozměr porodnictví

Jak jsme si ukázali na historii, genderový rozměr prostupuje touto prací od začátku do konce, proto se na něj v této kapitole zaměřuji konkrétněji a popisuji, v jakých projevech se manifestuje. Zabývám se zde genderem v souvislosti s oborem porodnictví, které srovnám s porodní asistencí či dřívějším babictvím, dále poukazuji na genderovou dichotomii ve vztahu rodičky vůči zdravotnímu personálu, zastavuji se nad genderovým aspektem zodpovědnosti za volbu místa a způsobu porodu a nakonec poukazuji na genderové stereotypy, které se v diskuzi o domácích porodech vyskytují.

7.1 Porodnictví jako mužská disciplína

Genderový rozměr je v porodnictví velice patrný, neboť se dá vyzorovat, že lékaři – porodníci či gynekologové, stojí v mocenské hierarchii nad porodními asistentkami, což znamená, že jejich hlas a expertíza je více přijímána a slyšena. Je to dáno také tím, že obor porodník byl vždy univerzitním oborem, zatímco obor porodní asistentka je poměrně novodobý a procházel různými změnami, např. na počátku 60. let byl zrušen, apod. (Hašková, 2001, s. 37) Současně moderní porodnictví bylo jako lékařská disciplína od svého počátku mužskou doménou a dodnes v něm muži převládají. Jak píše Tinková, moderní porodnictví z genderového hlediska představovalo „mužské vědění“ o ženských rodících tělech (Tinková, 2010, s. 55) Ženské těhotné tělo se tedy stává objektem, který je předmětem zkoumání biomedicíny, technologie, veřejných zdravotních diskurzů a dalších disciplinačních praktik, které jej konstruují a normalizují. (Hrešanová, 2012)

Jsou ale studie, které naznačují, že důvodem pro větší úspěšnost porodnictví nad babictvím je právě gender jeho členů, kdy historicky ženská povolání nedosahovala takového uznání a vážnosti. Problémy s profesionalizací oboru porodní asistentky i dřívější absence univerzitního oboru tedy mohou svědčit právě o tomto jevu. Současně povolání, ve kterých dominují ženy, začaly být označovány za semi-profese. (Hrešanová, 2012)

Jak jsem již zmiňovala v předchozí kapitole, prakticky od počátku vzniku porodnické profese docházelo ke sporům mezi porodníky a porodními bábami o kompetence, přičemž báby byly zesměšňovány jako pověřivé a nedostatečně vzdělané. Porodníci totiž zdůrazňovali význam teoretických znalostí na úkor těch praktických. (Tinková, 2010)

Na druhou stranu je nutno podotknout, že tato dichotomizace porodnictví jakožto sporu mezi muži-porodníky a ženami-porodními asistentkami je nutně zjednodušená a je samozřejmě pravdou, že i mnoho porodníků se přiklání na stranu porodních asistentek, jak jsem ukázala např. na holandském modelu, nebo že mnoho porodních asistentek, zvláště těch nemocničních, se k přirozenému modelu porodu také nepřiklání. Současně existují i muži, kteří vykonávají povolání v anglicky mluvících zemích označené jako „midwife.“ Podle Emy Hrešanové je ovšem v českém prostředí tato dichotomizace lékařského a přirozeného modelu porodu poměrně silná. (Hrešanová, 2008, s. 194)

7.2 Zdravotníci vs. rodičky

Co se týče genderového rozměru, nejde jen o mocenský spor v rámci zdravotnického personálu, ale i o ten mezi zdravotnickým personálem a rodičkami. Ty jsou totiž v ještě omezenějším postavení si nějak vyjednávat svou pozici a prosadit svůj přístup k porodu především proto, že obvykle nedisponují dostatečným vzděláním, aby si vůbec přišly kompetentní práci gynekologů/žek a porodníků či porodních asistentek kritizovat a zpochybňovat. A pokud se v této problematice samy vzdělají, i tak mohou narazit na problémy při reálném prosazování svých preferencí, neboť nevystupují z pozice jakékoli autority, naopak se od nich čeká, že se svěří do rukou odborníků/ic a nechají to na nich. (Hrešanová, Marhánková, 2008)

Tento souboj o kompetence má genderový rozměr proto, že se nejčastěji odehrává mezi ženou-rodičkou a mužem-hlavním lékařem. V takovém případě je žena mnohonásobně znevýhodněna nejen na základě toho, že nemá odborné vzdělání, autoritu a nachází se v podřízené pozici v rámci dichotomie pacient/ka vs. lékař/ka, ale zároveň je na nižší pozici v rámci genderové hierarchizace ve vztahu muž/žena. (Renzetti, Curran, 2003)

7.3 (Ne)zodpovědnost žen

V neposlední řadě vidíme genderový rozměr i na tom, že se v diskuzi kolem domácích porodů stále vyskytuje spojení „matčino rozhodnutí“ a kritika nezodpovědnosti matky, pokud dojde k nějakým potížím, zatímco pozice otců vůči domácím porodům, resp. partnerů těchto žen, které se rozhodly родit doma, téměř nikde zachyceny nejsou. Tento fenomén podrobněji rozebírám v analytické části, nicméně na něm lze vidět fungování

stereotypních asociací v praxi, kdy to ženské je spojováno s iracionalitou, přírodou (vs. civilizovaností), hysterií a šílenstvím.

Současně na tom lze demonstrovat fakt, že reprodukce a zodpovědnost za rozhodování s ní spojené jsou stále doménou žen, což se manifestuje v mnoha oblastech, jako je např. rozhodování o potratech, antikoncepci, těhotenství a rodičovství obecně. Věra Sokolová tuto propojenost potvrzuje ve svém výzkumu gay otcovství, kde se ukázalo, že gay muži mají mnohem těžší situaci než lesbické ženy, pokud se chtějí stát rodiči, neboť rodičovství je společensky akceptovanější, pokud jde o soužití dvou žen, než dvou mužů. (Sokolová, 2009) Na tom se ukazuje genderový stereotyp, kdy je ženám skrze jejich možnost otěhotnět přisouzena schopnost být dobrým rodičem, protože má údajně mateřský instinkt, který muži ze své biologické podstaty postrádají. Tím se reprodukce a následná výchova potomka stává esenciálně ženskou záležitostí a celá tato stereotypní konstrukce působí jako „přirozená.“ (tamtéž)

7.4 Genderové stereotypy

Genderové stereotypy jsou zjednodušené popisy toho, jak má vypadat „maskulinní muž“ či „femininní žena“ a současně fungují výlučně, takže se předpokládá, že muž nebude mít ženské vlastnosti a naopak. (Renzetti, Curran, 2003, s. 20) Tyto stereotypy se odrážejí v genderové dichotomii v debatě ohledně domácích porodů a odhalují hierarchie, kdy to ženské stojí obvykle pod tím mužským. (tamtéž) I v tomto případě jsou tedy ženy-lékařky považovány za méně schopné a vybavené zvládat komplikované porody, neboť nemají takové fyzické dovednosti, např. mít pevné nervy je tradičně asociováno s mužským genderem. Dále jsou muži údajně více otevření novým postupům a mají vyšší profesní sebedůvěru, přičemž tyto vlastnosti se nezpochybňují, ani nepovažují za individuální, ale berou se jako vrozeně přidělené mužskému pohlaví (ne genderu, tj. připsány biologicky, ne socio-kulturně-historickými vlivy). (Hašková, 2001, s. 9)

Genderové stereotypy a role se promítají i na klientky, které přijdou do nemocnice porodit. Ema Hrešanová poukázala na to, že se ženy v nemocnici snažily chovat podle určitých norem, aby nebyly označeny za „hysterky.“ Současně zmiňuje jiný výzkum Karin Martin, podle kterého si ženy často vyčítaly, že se při porodu nechovaly správně, např. byly příliš sobecké či až moc středem pozornosti. (Hrešanová, 2012) Je tedy vidět, že ačkoliv porod je něco, co se týká ženina těla na nejosobnější úrovni a je pro jeho snadný

průběh nutné, aby se soustředila na své prožívání, často je to právě něčím, co je v rozporu s atributy tradičně asociovanými s ženským genderem.

Mateřství je něco, co je tradičně spojováno s femininitou a, jak jsem již zmínila u přirozených porodů, v případě jeho nenaplnění může mít velký dopad na psychiku ženy a přivodit pocit selhání, plynoucí právě z připsaných genderových atributů. Jak žena stárne, lze pozorovat vyšší společenský tlak na její otěhotnění, než je tomu u mužských protějšků, kterým „netikají biologické hodiny“ tak rychle. Těhotenství a porod je tedy něco, co může mít klíčový význam pro utváření či přerod ženské genderové identity, kdy se mění její role z dítěte (ve vztahu matka-dítě) na matku.

8 Civilizační diskurz v porodnictví

V této kapitole přiblížím civilizační diskurz a to, jak se konkrétně projevuje v rámci nemocnice. Současně pro srovnání představím, jak se rodí u „přírodních“ národů oproti národům „civilizovaným“, ačkoliv tyto definice jsou vždy kulturně a individuálně podmíněné. „Přírodními“ národy tedy myslím takové kultury, které žijí v souladu s přírodou a u nichž technika nikdy nezačala hrát primární roli, což souvisí i s jejich pojetím porodu. Do kontrastu stavím náš „civilizovaný“ západní svět, který je specifický právě důrazem na moderní technologie, které symbolizují pokrok a vzdálení se od přírody.

8.1 „Přírod’ačky“ a „naše maminky“

Ema Hrešanová zkoumala, jak se civilizační diskurz projevuje v porodnicích. Zjistila, že se vstupem do takovéto instituce je žena obvykle lékaři a porodními asistentkami zařazena do nějaké škatulky. Kritéria, na základě kterých je takto rozdělena, jsou například její socioekonomický status, pojetí porodu a suma znalostí, kterou o porodu disponuje. Hrešanová vyzorovala základní rozdělení na „přírod’ačky“ a „naše maminky.“ (Hrešanová, 2008) Přírod’ačky jsou obvykle ženy vzdělané, častěji i s vysokoškolským vzděláním, které prošly porodními kurzy a jsou o průběhu porodu velice dobře informované. Tento typ žen také častěji požaduje alternativní přístup k porodu, což může zahrnovat odmítání tlumících a urychlovacích prostředků, odmítání rutinních postupů jako je nástřih hráze či klystýr, snahu být informovaná o tom, co se s nimi aktuálně děje, větší nároky na personál a jeho chování, někdy i porodní plán, ve kterém si tyto své požadavky přesně stanoví a rozplánují dle fází porodu. (Hrešanová, Marhánková,

2008) Z důvodu těchto relativně vysokých nároků nejsou tyto ženy mezi zdravotním personálem zrovna oblíbené, neboť nevykazují dostatek pokory a úcty k profesní expertíze lékařů a jejich letitým zkušenostem. Jsou kritizovány za to, že moc čtou západní literaturu, a pak bývají často překvapené, že realita je jiná než v knihách – obvykle bolestivější a drsnější. (tamtéž)

Oproti tomu pozitivní vztah mají k ženám, které označují jako „naše maminky.“ Tyto ženy mívají nižší vzdělání a méně prostředků, takže ani nechodí na předporodní kurzy. Proto nejsou o porodu dostatečně informované a nemají na lékaře a porodní asistentky žádné speciální požadavky, naopak vše nechávají zcela na nich. Obvykle je respektují a jsou jim velice vděčné, proto také mají s doktory lepší vztahy a jsou i jimi více vítané. Logicky nemají ani porodní plán a jdou častěji родit s tím, že to bude bolet, takže se ani nebrání medikalizaci. (Hrešanová, 2008)

Z této etnografické studie paradoxně vyplynulo, že údajně lépe rodí druhý typ žen. Lékaři to zdůvodňují tím, že tyto ženy mají dobré vztahy s personálem, tím pádem nejsou vystresované, protože se cítí v bezpečí a nemají velká očekávání. Oproti tomu „přírodačky“ ve stresu jsou, protože chtějí, aby byl realizován jejich porodní plán, a mohou se setkávat s problémy při jeho prosazení. Také mívají horší vztahy s personálem a je pro ně celkově obtížnější si zjednat klidné prostředí a získat pocit bezpečí. Když nemají ve zdravotní personál důvěru, tak jsou nervóznější a v menší citové pohodě, která je pro bezproblémový průběh porodu velice důležitá. Dalším problémem mohou být i jejich vysoká očekávání, kdy porod vnímají jako něco krásného a pak jsou zaskočeny tím, jak moc to bolí nebo tím, že probíhá jinak, než si naplánovaly. (Hrešanová, Marhánková, 2008)

Moc v rámci porodnice má podle výzkumu taková žena, která disponuje porodním věděním a má vysoký socioekonomický status. Moc také souvisí s třídou, protože za některé úkony spojené s porodem se platí, což vede k nárůstu nerovností. (Hrešanová, Marhánková, 2008)

8.2 Civilizace vs. příroda

Pokud se mluví o přirozeném porodu nebo o porodech doma, bývají často používány analogie typu „ať si ženy rodí, kde je libo, ať si klidně postaví vedle porodnice domeček a rodí si tam třeba na slámě, když chtějí.“ (Matějů, Havlíková, 2010, s. 2) Na tom je vidět

typické odkazování na minulost a návrat k přírodě a poukazování na zjevnou absurditu takového jednání vzhledem k tomu, že v současnosti nemocnice disponují nejnovějšími technologiemi. Alternativy k nemocničnímu porodu jsou shazovány právě těmito nadsazenými výroky, které vycházejí z dominantní medicínské ideologie a mají předat informaci, že „rodit na slámě“ je nesmysl a zbytečný hazard. Současně prezentují lékaře jako ty benevolentní, když tolerují i takovéto „nesmysly“.

Já bych ji viděl rád samozřejmě rodit v porodním ústavu, protože jsem si jistý, že **jde o vyšší formu porodnictví, k němuž lidstvo dospělo**. Argumenty, které nespokojené ženy udávají, jsou v zásadě nepodstatné. (Matějů, Havlíková, 2010)

Jak je vidět i na tomto výroku, porod v nemocnici je prezentován jako vyšší forma porodnictví, ke které naše civilizace dospěla. Akcentuje se tedy evoluce jakožto pokrok, směřování od horšího k lepšímu, a právě proto nejsou někteří lékaři schopni pochopit, proč by se někdo chtěl vracet zpátky do minulosti k horším překonaným praktikám. Domnívají se totiž, že dnes lze rodičkám díky dostatku přístrojů a moderních technologií v nemocnici poskytnout lepší péči, než kdykoliv předtím. Ovšem je tomu skutečně tak? Proč by analogie s přírodou (rození na slámě) a dávnou minulostí měla být vlastně výsměchem a proč by naopak co největší mechaničnost, anonymita a výpomoc různými přístroji měla být výhodou?

V každém státě se najdou ženy, kterým tento způsob porodu nepřijde ideální a cítí se lépe doma. Měli bychom jim v tom bránit s tím, že je to míň bezpečné? A na základě čeho se toto tvrzení zakládá, když země jako Holandsko potvrzují, že domácí porod je pro ženu s nerizikovým těhotenstvím, což je přibližně 93% žen, stejně bezpečný jako porod v porodnici? Myslím, že přístup českých zdravotníků/ic odráží právě ten civilizační diskurz, kdy skrze zdůrazňování nízké perinatální úmrtnosti argumentují pokrokem, ke kterému jsme dospěli, a tento pokrok se paradoxně stal důvodem jejich současného konzervativismu, kdy již nadále odmítají něco měnit.

Ovšem ani u nás se k porodu vždy nepřístupovalo jako dnes. V roce 1949 byla vydána učebnice praktického porodnictví, ve které se jasně mluvilo o nebezpečnosti umělých zásahů do porodů, protože mohou ohrozit ženu i dítě. Za nejlepší považovala přirozeně ukončený porod, přičemž lékař má zasahovat jen, když nastane nějaký problém, a pouze tak, aby ho odstranil. V této učebnici se také mluví o významu důvěry ženy k porodníkovi a o nutnosti ženu informovat o průběhu porodu. (Marek, 2002)

Na tom je vidět, že porod a přístup k němu prošel určitým vývojem. Ovšem vývojem prošel i náš životní styl, neboť dříve byl život plný námahy, strádání, těžkých nemocí apod., což vedlo k zocelení lidí a vyššímu prahu bolesti. Dnes je tento práh naopak snížený, neboť dnešní ženy za sebou mají poklidné dětství bez většího strádání, nemocí či fyzické námahy a pak je pro ně šokující, když začnou rodit, protože jde o skutečně namáhavou záležitost, na což nejsou zvyklé. (Stadelmann, 2001, s. 214)

Když jsme si nastínili situaci u nás, podívejme se nyní na to, jak rodí jiná etnika. Není totiž náhoda, že reprodukce a její kontrola je v mnoha případech spjata s aspektem rasy či etnicity. Bylo tomu tak třeba u nucených sterilizací Židů nebo Romů, dále u různých forem antikoncepce, která byla vnucována afroamerickým ženám, apod. Kontrola reprodukce sloužila k omezení rozšiřování nežádoucí populace, a to především populace těch údajně méně civilizovaných a vyspělých etnik. I dnes odpůrci domácích porodů používají analogií s primitivními národy nebo pradávnými způsoby porodu, aby shodili stávající diskuzi o legitimitě nároku ženy vybrat si místo svého porodu. A tato analogie funguje. Ale na jakém principu? Proč všichni chápou, že dříve to muselo být horší, když to bylo méně technizované a přirozenější? Domnívám se, že jde o určité dobové pohlížení na techniku jako na zázrak, bez kterého si už často ani neumíme představit život. Časem byly dřívější praktiky démonizovány a dány do souvislosti s vysokou rizikovostí a úmrtností, ačkoliv důvodem nemusela být změna místa porodu, ale např. zlepšení hygienických podmínek.

8.3 Porody u přírodních kultur a národů

Porod a porodní praktiky jsou záležitostí, která nelze být uchopena bez jejího socio-historicko-kulturního kontextu. Je tedy zřejmé, že přístupy k porodu se v různých dobách i kulturách odlišují a to, co je v jedné kultuře považováno za bezpečnou praktiku, může být v jiné zcela odmítáno. Dá se říci, že přístup porodu odráží její dominantní systém přesvědčení a hodnot. (Hrešanová, 2012)

Vlastimil Marek ve své knize *Nová doba porodní* (2002) popisuje, jak probíhají předporodní přípravy, porod a poporodní péče v jiných kulturách. Jeho kniha je zajímavá tím, že je psaná mužem, který se zajímá o tematiku porodů, nicméně k odlišným etnikům přistupuje velice esencializujícím a zjednodušeným způsobem, kdy jejich praktiky vždy

pojímá jako lepší, než ty „civilizované.“ Tím u něj dochází k výraznému zobecňování a romantizaci jiných kultur a přírodních národů, proto na jeho knihu nahlížím kriticky.

Je zjevné, že se pojetí porodu v různých kulturách liší, stejně jako pohled na bolest s ním spojenou. Univerzálně se dá říci, že se všude předpokládá, že rodička bude muset vydržet určitou míru bolesti. Odlišuje se ale to, jak silně tuto bolest vnímá, jak ji projevuje navenek a jaké metody jsou voleny pro její utišení. Ačkoliv někde se používají pouze bylinné prostředky, masáže, dýchací a relaxační cvičení, v západních kulturách převládá spíše tišení bolesti pomocí medikamentů. (Fawcett et al., nedatováno)

Podle Marka ženy z „primitivních“ kultur rodí zcela jinak, než jak je zvykem u nás. Především se neobávají porodní bolesti, takže ani výsledný prožitek pro ně tak bolestivý není, a také obvykle před svým porodem viděly porody jiných žen a tak ví, co mají očekávat, což u nás běžné není. (Marek, 2002)

Dále se dá říct, že jelikož jsou tyto ženy během života i těhotenství velice fyzicky aktivní a zvyklé na těžkou práci, porod pro ně nepředstavuje nic děsivého, ale ani výjimečného, takže mohou porodit i během práce, jít se opláchnout do řeky a pokračovat ve svých povinnostech, jako to dělají třeba Maorky či Polynésanky. Jejich těla se díky každodenní práci těší dokonalé fyzické kondici a zdraví, přičemž na porod se často připravují ještě různými cviky, masážemi a jezením zdravé stravy během těhotenství, která bývá převážně vegetariánská. (Marek, 2002) Zde je vidět propojenost s tím, co říká Stadelmann (2001), že když byly ženy zvyklejší na těžší práci, snášely porodní bolesti lépe. U západních kultur to možná platilo v minulosti, ovšem je pochopitelné, že u přírodních národů to bude platit stále, neboť jejich životy jsou bez automobilové dopravy a technologických vymožeností fyzicky náročnější. Podle ní je také dobré ženu během těhotenství nešetřit, ale ponechat ji normální zátěž, kterou zvládne, neboť ženy jsou často mnohem výkonnější, než si myslí a není tedy důvod, aby se podceňovaly. (Stadelmann, 2001)

U přírodních národů bývá také důležitá spirituální stránka nenarozeného dítěte, ke kterému chovají úctu a australští Aboriginci dokonce věřili, že duch dítěte se musí zjevit muži ve snu a zavolat si ho, pak je teprve možné dítě reálně počít. Šlo jim o to, aby se dítě od svého početí cítilo jako reálná součást kmene. (Marek, 2002)

Obvyklou polohou nebyla dnes nejpoužívanější poloha na zádech, neboť při ní není využita gravitační síla, která může porod velice usnadnit. Rodilo se spíše vkleče, ve dřepu, žena byla zavěšená muži kolem krku, s ohnutými koleny, na primitivní porodní stoličce, ve stoje, s oporou někoho za zády, atd. Porod mohl probíhat v přírodě, doma, nebo třeba jako

v arabských zemích v doprovodu mnoha členů rodiny, protože ho vnímají jako sociální záležitost. Ženy rodily buď samy, v okruhu svých kamarádek a rodiny, nebo s asistencí porodní báby. (Marek, 2002) Stejně jako tyto praktiky se liší i pohled na místo porodu. Přírodní národy častěji věří, že domov je nejvhodnější prostředí pro porod, neboť se tam žena cítí bezpečně, zatímco v nám podobných kulturách je za nejbezpečnější považována porodnice. (Fawcett et al., nedatováno)

Co se týče nemocničních rutinních postupů jako je nástřih hráze, ten u takových kultur nenajdeme. Hráz byla spíše masírována a změkčována nejrůznějšími bylinnými odvary, olejčky a mastmi, aby se dosáhlo její větší elasticity. Pupeční šňůra se také obvykle řezala až po vypuzení placenty. Marek uvádí, že přestřížení pupeční šňůry těsně po porodu je iracionální, protože to není v zájmu dítěte, které se tímto začne dusit. Podobně během porodu i po porodu se doporučovala fyzická aktivita k plnému nabytí síly a zmenšení břicha - k tomu se prováděly nejrůznější masáže. Marek doporučuje kojení až do tří let věku dítěte, ne jen do půlročního minima, které je doporučováno u nás. Mluví o tom, že děti kojené déle jsou inteligentnější a zdravější, protože matce se během kojení uvolňují endorfiny, které přechází i na dítě (Marek, 2002).

9 Média a jejich role

Na historii porodnictví a srovnání s jinými národy jsme si ukázali, že pohledy na porod se liší jak místně, tak časově. Nyní žijeme ve 21. století, což s sebou přináší řadu technologických možností, o kterých se dvěma generacím před námi ani nesnilo, ale zároveň i řadu negativ v podobě více či méně skrytých forem manipulace, nátlaku a ovlivňování. Údaje o reálných událostech zprostředkovávají média, které se mohou tvářit neutrálně, objektivně a bez hodnotících výroků, ovšem málokdy tomu tak skutečně je už jen proto, že autor/ka má k věci nějaký postoj a také motivaci, proč o ní pojednává.

Je tedy patrné, že média nějak reprodukují dominantní diskurz ve společnosti, neboť jsou její součástí a je v jejich zájmu stávající struktury reprodukovat. Dá se pak spekulovat, zda média reprodukují spíše ideologii mocných tím způsobem, že přimějí lidi, aby stávající rozložení moci vnímali jako přirozené a nevyhnutelné, nebo zda spíše reflektují zájmy většinové populace, kterou se snaží uspokojit a zabavit. Tyto dva modely se nazývají hegemonní a pluralitní model, nicméně oba dva vychází z toho, že média jsou nositeli nějaké ideologie. (Jirák, Köpplová, 2003, s. 138)

Přesvědčení, že média mají na lidi vliv, přetrvává už velice dlouho. Média totiž nejsou jen záležitostí tohoto století, ale byla tu mnohem dříve. Noviny, knihy, rozhlas, čtená prohlášení - to vše ovlivňovalo naše mínění, tím spíše, že jsme si nemohli pravdivost takových tvrzení ověřit i z jiných zdrojů. Dnes sice můžeme, ale málokdo si s tím dá tu práci a také je těžké poznat, který zdroj je skutečně relevantní.

Nicméně na základě předpokladu, že média lidi ovlivňují, byla mnohokrát zavedena cenzura, kterou se vládnoucí elita snažila regulovat, co se lidé dozvídají za informace. Dělali to především proto, aby si udrželi svou moc, kvůli čemuž potřebovali udržovat lidi spokojené, avšak neinformované o skutečných problémech. Zároveň také nechtěli, aby se prostřednictvím médií angažovala jakákoliv hnutí odporu proti jejich vládě. Proto byla média kontrolována a regulována do takové míry, že předávala lidem jen selektivní soubor zpráv, podporující ideologii vládnoucích vrstev. Cenzura byla prováděna buď před vydáním, nebo následně po vydání, např. zakázáním určitých politicky směřovaných knížek. (Jirák, Köpplová, 2003)

Dnes by se mohlo zdát, že je vše jinak. Máme přeci svobodná média, nezávislá na politických stranách a elitách. Média, která nepodléhají cenzuře, a tak nepotřebují propagovat ty u moci. To je pravda, nicméně i tak předává většina médií nějakou ideologii a zpravidla je to dominantní ideologie, kterou reprodukuje, neboť i na ně působí a jsou v jejím zajetí. (McRobbie, 2005)

Zkoumat konkrétní vlivy, které mohou média na jednotlivce a jeho chování mít, je velice obtížné. V zásadě se dá říct, že nepanuje žádná jednotná shoda ohledně toho, čím mohou média lidi ovlivňovat a jaké povahy toto jejich působení je. (Jirák, Köpplová, 2003) Všichni se shodnou pouze na tom, že média asi nějaký vliv mají, ale přesný kauzální vztah mezi zhlédnutím nějakého sdělení v médiích a konkrétním jednáním člověka se prakticky nedá dokázat. Na to má totiž vliv celá řada faktorů, jako je např. sociokulturní, politické a osobní zakotvení, které zahrnuje třídní, genderovou a etnickou příslušnost. (Jirák, Köpplová, 2003, s. 108) Tentýž mediální obsah se také může podílet na zcela odlišných (i protichůdných) posunech ve stavu společnosti či rozpoložení jednotlivce. Z tohoto důvodu se mluví spíše o předpokládaných účincích médií. (tamtéž)

9.1 Stuart Hall

Ke studiu médií byla velkým přínosem práce Stuarta Halla. Ten totiž narušil tradiční vnímání médií jako těch, co se snaží cíleně manipulovat masami a vnutit jim určitý význam. Hall mluví o preferovaném čtení nebo významu, který se média snaží předat. On sám si nemyslí, že média veřejností manipulují a podílejí se na reprodukování hegemonních struktur. Je to spíše tak, že je tu určitý hegemonní diskurz interpretování významů, který si osvojila i média, a jejichž sdělení již obsahují tuto tendenci přimět čtenáře, aby dekódoval význam podle dominantního diskurzu a převládajících hodnot v dané kultuře. Podle Halla: „Televize jen málokdy zpochybňuje hodnoty, z nichž vycházejí základní struktury společenské a ekonomické organizace.“ (McRobbie, 2005, s. 20)

Ovlivněn Barthesem si Hall také myslí, že význam, který televize nabízí, není nikdy pouze jeden. Závisí totiž na divákovi, který je již nově pojímán jako aktivní subjekt, dekódující dle svých interpretačních schopností. To je tzv. polysémičnost znaku, kdy znak má jednoho označujícího, ale může mít pro různé lidi více označovaných. Tak v jazyce probíhá neustálý boj o významy. (Barthes, 2004) V souvislosti s tím je důležitý význam preferovaný, u kterého ale není nikdy jisté, zda se ho podaří předat. Podle Halla je: „Měřítkem úspěchu takzvané dobré televize právě to, jak se jí tento preferovaný význam podaří předat.“ (McRobbie, 2005, s. 11)

Média jsou tedy pouze nástroji dominantní ideologie, které ji nepřímo dále reprodukují a upevňují. To se děje díky naturalizaci fungování institucí, takže v důsledku jsou ideologické struktury kapitalismu i samotnými médii předávány. A díky médiím se i sami lidé skrze tyto struktury učí chápat svět.

Média se také dle Halla proměnila směrem ke konzumním hodnotám. Omezilo se množství dokumentárních a zpravodajských pořadů a naopak se rozšířilo množství programů, zaměřených na zábavu a popularitu (McRobbie, 2005, s. 19). Tato kultura je nazývána konzumní nebo také masová. Ovšem koncept masy, která je průměrná, pasivní, nekriticky přijímající, jednoduchá, lehce manipulovatelná, atd. je těžko obhajitelný, pokud přijmeme Hallův koncept subjektivního kódování a dekódování. Každý totiž disponujeme jedinečnou schopností interpretovat věci a texty, které jsou nám předkládány, a tyto významy nejsou u více lidí zcela jednotné. Sám divák/čka se podle Halla aktivně podílí na procesu přijímání, kdy právě k dekódování a interpretaci dochází. (Hall, 2005)

Podle Halla existují tři možné způsoby, jak lze číst mediální sdělení. Tím první je postoj dominantně-hegemonický, kdy divák/čka sdělení přijme nekriticky a bez hlubší reflexe a dekóduje ho z hlediska referenčního kódu, ve kterém byl zakódován. Pohybuje se tedy uvnitř dominantního kódu a dá se říci, že jde o zcela transparentní komunikaci. (Hall, 2005)

Druhým postojem je vyjednávaný kód, kdy čtenář/ka připouští legitimitu hegemonických definic činit svrchovaná označení, ovšem v situační rovině si tvoří svá vlastní základní pravidla. Podle Halla „*Souhlasně přitakává privilegovanému postavení dominantních definic událostí, ponechává si ovšem právo vyjednávat jejich aplikace na „lokální podmínky“, na své vlastní společné postoje.*“ (Hall, 2005, s. 56) Tento přístup sice uznává dominantní hodnoty, ale zároveň i poukazuje na jejich nedostatky a nastiňuje možné alternativy. Čtenář/ka chápe dominantní sdělení textu, ale má určitou autonomii k němu zaujmout vlastní postoj.

Třetím typem přístupu k mediálnímu obsahu je opoziční čtení, kdy čtenář/ka odmítne dominantní kód a sdělení, které se snaží předat a dekóduje ho zcela opačným způsobem. Preferovaný kód, který se podařilo předat u hegemonního přístupu, je odmítnut a nahrazen vlastním významem. Zde se odehrává diskursivní zápas o definice skutečnosti. (tamtéž)

Je ale nutné podotknout, že aby člověk mohl odmítnout hegemonní ideologii, musí mít kritický nadhled a určité informace, které mu umožní nahlédnout konstruovanost diskurzu a boj o moc, které se v něm odehrává. Proto např. porodní asistentky, které mají hezké zážitky z asistence u porodu, mohou odmítnout mediální tvrzení o tom, jak jsou porody brutální, nebezpečnou záležitostí, a postavit se k němu opozičně, zatímco třeba žena, která ještě nerodila a nemá tedy informace, na základě kterých by tvrzení lékařů zpochybnila, ho bude číst v rámci hegemonního kódu a nekriticky ho přijme.

Hallův koncept je důležitý proto, že akcentuje aktivitu a individuální zkušenost každého jednotlivce, přičemž každý interpretuje média a jejich sdělení různými způsoby na základě své zkušenosti, informovanosti, genderu, etnicity, apod. To musí média brát v potaz a přizpůsobovat a kódovat své ideologické obsahy a formulace vzhledem k cílové skupině diváků/ček.

Může se zdát, že kvůli aktivnímu dekódování jednotlivých lidí je téměř nemožné manipulovat lidmi jako skupinou a vysílat nějaký jednotně dekódovatelný význam. Ovšem na druhé straně je dobré si uvědomit, že navzdory diverzitě existuje mezi lidmi i určitá síť významů, ideologií a autoritativních vědění, které se v rámci kultury sdílejí, a na kterých nemusí být tak obtížné založit preferovaný význam.

9.2 Mediální kauza s Ivanou Königsmarkovou

Nyní více přiblížím mediální kauzu s Ivanou Königsmarkovou, která je ústřední pro analytickou část této práce. Jak jsem již zmiňovala, tato kauza otevřela širší celospolečenskou diskuzi o tom, zda jsou domácí porody legitimní variantou porodů, nebo nejsou. Celý případ začal na základě domácího porodu z července 2009, při kterém došlo k přidušení novorozence, který po necelém roce v nemocnici zemřel. U tohoto porodu asistovala známá česká porodní asistentka Ivana Königsmarková, která byla soudem shledána vinnou a měla zaplatit zdravotní pojišťovně odškodné ve výši 2,7 miliónu korun. Kromě toho dostala také zákaz činnosti, dvouletý trest vězení s odkladem na pět let a ještě se podařil prosadit zákon, který trestá odnětím svobody všechny porodní asistentky, které by snad chtěly u domácích porodů asistovat. Takhle přísná legislativa ohledně místa porodu je určitě netradiční a v rozporu s legislativou EU, podle které by žena měla mít právo si svobodně zvolit místo porodu a tato její volba by měla být zaštitěna i zdravotním pojištěním, které si celý život platí. (Candigliota, 2011, s. 32)

Zajímavé na tomto soudním sporu je, že žalobu na porodní asistentku nepodali rodiče zemřelého chlapce, nýbrž Ministerstvo zdravotnictví spolu s Ústavem pro péči o matku a dítě, kde se nachází letití nepřátelé Ivany Königsmarkové. Současně celý soudní spor probíhal dosti tendenčně, neboť soud odmítl získat posudky od zahraničních znalců, apod. K tomu se ještě podrobněji vracím v analytické části.

Ivana Königsmarková se následně proti rozsudku soudu odvolala a Ústavní soud v srpnu 2013 zrušil platnost tohoto rozsudku a vrátil ho zpět k soudu obvodnímu. Důvodem byly přespřílišné požadavky na rozpoznání komplikace, která nastala. Soudkyně Ivana Janů k tomu říká:

„Na stěžovatelku Ivanu Königsmarkovou byly kladeny poměrně značné nároky, pokud měla z nejasných příznaků odhadovat možnosti vzniku i poměrně vzácného poškození plodu, jakým je hypoxie (nedostatek kyslíku v těle, pozn. red.), ke kterému dochází i ve vybavených porodnických zařízeních.“ (Spor o smrt dítěte končí, 2014)

V dubnu 2014 došlo k definitivnímu zproštění viny i Pražský městským soudem – spor se tedy táhnul přes čtyři roky, které Ivaně již nikdo nevrátí. (tamtéž)

10 Používané analytické koncepty

V této kapitole se zabývám třemi hlavními analytickými koncepty, které jsem využívala ve své diplomové práci a které tvořily klíčovou roli při analýze vybraných článků - moc, gender a diskurz. Dále uvádím autory, kteří s těmito pojmy nějak pracují, a vysvětlují, co pro ně znamenají.

10.1 Moc jako autoritativní vědění

Jak jsem se již zmiňovala, ve vztahu mezi lékaři a rodičkami existuje hierarchický mocenský vztah, ve kterém je lékař stavěn nad rodičku. Současně jsem ale zmiňovala, že s privatizací porodnic a narůstající konkurencí porodnic došlo k rozšíření možností rodiček. Dalo by se tedy očekávat, že pokud se rozšiřují vyjednávací možnosti matek a rodiček, čímž získávají větší moc a kontrolu nad svými porody, bude logicky ubývat moc porodníků. Zdánlivě to tak vypadá, ovšem ne vždy k tomu v praxi musí docházet. Moc zdravotníků/ic totiž je a vždy byla založena na autoritě medicíny a na svých expertních znalostech, kterými na rozdíl od rodiček disponují. (Hrešanová, 2010)

Současně je moc distribuována i mezi rodičkami v závislosti na jejich socio-ekonomickém statusu, přičemž čím je vyšší, tím vyšší znalost a porodní vědění nejspíše žena má a podle toho disponuje i mocí. Socio-ekonomický status je nevyhnutelně spjat se třídou, do které rodičky náleží, což ovlivňuje například to, jakého se jim dostalo vzdělání a také jaké mají finanční možnosti, neboť mnoho nestandardních metod je v porodnici dnes možných, ale za příplatek. (Hrešanová, Marhánková, 2008)

Pokud ženy mnoha znalostmi nedisponují, tak stále důvěřují a spoléhají se na porodníky. Především prvorodičky mají tendenci se nechat přesvědčit a přijmout argumentovanou konstrukci dostupných odborníků/ic. Stále mají svobodu volby, ale ta se často limituje pouze na výběr porodnice, ne třeba již konkrétních osob či postupů. (Hašková, 2001) Dá se tedy říci, že jde o určitý začarovaný kruh. K tomu, aby člověk vůbec mohl vyjednávat, musí nejprve mít informace, jinak jen přijímá to, co mu řeknou doktoři v dobré víře, že oni vědí nejlépe, co mají dělat. Je to otázka určité pohodlnosti si něco zjišťovat nebo vůbec pochybovat o tom, že některé praktiky nemusí být úplně nejlepší, protože v takovém případě se rodičky vlastně nevědomě vzdávají skutečné svobodné volby, která podle mého názoru musí být volbou informovanou. Zde se v praxi potvrzuje to, že mít informace znamená i mít moc.

Podle Michaela Foucaulta se v takovýchto institucích uplatňuje i moc disciplinární. Poukazuje na to, že s výkonem této profese se pojí nutnost dokumentace skoro všech aktivit. Tato dokumentace je podle něj výrazem moderní lékařské disciplíny, která vyžaduje porovnatelnost výsledků léčby v zájmu vědeckého zkoumání. (Foucault, 2000) Disciplinární moc se podle něj organizuje jako „moc mnohonásobná, automatická a anonymní...není držena jako věc, nepřenáší se jako vlastnictví, funguje jako mašinerie. A ačkoliv je pravda, že její pyramidální organizace jí dodává „velitele“, je to aparát jako celek...kontroluje i ty, kteří jsou pověřeni kontrolovat. Disciplína uvádí „do chodu“ relační moc, jež se udržuje sama vlastními mechanismy.“ (Foucault, 2000, s. 253)

Vidíme tedy, že se ve zdravotnictví objevují dva systémy vědění či diskurzy, které jsou v rozporu. Jak se ale jeden z nich stal legitimnější, než ten druhý? Ema Hrešanová na základě jiných autorů podotýká, že jedno vědění je obvykle vyzdvihnuto nad druhé proto, že buď lépe vysvětluje stav světa, nebo je spojeno se silnější mocenskou základnou. (Hrešanová, 2012) Aby se tato základna vybuodovala, je nutné nejprve naše vědění legitimizovat jako to jediné správné a znehodnotit a umlčet všechny rozdílné názory, jak lze vidět právě na sporu porodní asistentky vs. porodníci. Autoritativní vědění se vyznačuje tím, že jakmile je ustaveno, tváří se pro všechny zúčastněné zcela přirozeně a logicky, a nejen že je takto nekriticky přijímáno, ale navíc se obyčejní lidé často aktivně a nevědomě podílejí na jeho upevňování a reprodukování. (tamtéž)

10.2 Diskurz a moc

V této podkapitole představují dva základní autory – Michaela Foucaulta a Pierra Bourdieho, kteří se zabývají pojmy diskurz a moc, např. diskurzivní moc u Foucaulta a symbolické násilí u Bourdieho. Oba autoři byli pro tuto diplomovou práci velkou inspirací.

10.2.1 Michael Foucault

Jedním z nejvýznamnějších autorů, kteří přispěli k současnému pojetí moci a diskurzu, je nepochybně Michael Foucault. Foucault se zabýval hlavně tím, jak se stáváme subjekty, protože vycházel z předpokladu, že jde o postupný proces. Podle něj se jimi stáváme skrze mody objektivace a různé typy vztahů. Konkrétně jde o vztahy produkce neboli fyzického působení, signifikace či komunikace, a vztahy mocenské. Je tedy patrné, že moc má v životě člověka určující místo, protože ovlivňuje, jak si vykládá svět kolem sebe i jak pojímá sebe samého. (Foucault, 1996)

Mocenský vztah je podle Foucaulta vztahem mezi jednotlivci. V takovém vztahu se vyskytuje určitý způsob jednání, kterým jeden působí na druhého tak, aby jednal určitým způsobem. Z toho důvodu podle něj moc existuje pouze aktuálně a v závislosti na těch, kdo ji vykonávají, protože oni jsou fakticky vykonavateli moci. Moc tedy funguje na principu komplicity – ty, na nichž je uplatňována, musí mít alespoň určitou možnost výběru. Je tedy patrné, že Foucault nevnímá moc jako násilí, ale spíše jako agonismus - vztah, který je vzájemným podněcováním i zápasem současně. (tamtéž)

Pokud má subjekt alespoň nějakou svobodu, tak je vždy nutno počítat s odporem. Ten, kdo má moc, se snaží si ji udržet a tento odpor eliminovat. Podle Foucaulta tak neustále probíhají boje o moc, protože neexistuje společnost bez mocenských vztahů. Moc je v moderní společnosti zakotvena v institucích, které se stávají jejími vykonavateli na každodenní úrovni. Instituce jako rodina jsou něčím, co nás formuje už od narození, když vše ještě přijímáme nekriticky. Z toho je zřejmé, že moc ovlivňuje náš život už od samého začátku na těch nejosobnějších úrovních, což jí dává poměrně velkou sílu a činí velice obtížným se jí nějak vzepřít, zvláště když subjekt ani nemusí vědět, že je na něm uplatňována. (tamtéž)

Foucault si uvědomuje, že informace a znalosti znamenají moc. Myslí se tím to, že ten, kdo má určitou vědomost, disponuje i z ní plynoucí mocí. Na druhou stranu i samo vědění je mocensky strukturováno, protože nám sděluje, kdo je v čem autoritou a tato autorita má potom monopol vytvářet další vědění. (tamtéž)

Ústředním pojmem u Foucaulta je diskurz. Rozumí tím způsob, jakým popisujeme a vysvětlujeme stav věcí. Diskurz tvoří určitou skrytou mřížku, skrze kterou je nám umožněno nahlížet na svět. Tato mřížka je tvořena kulturou a jazykem. Co je mimo mřížku, je pro nás nemyslitelné a to, co je v ní, vnímáme samozřejmě, takže nás to často ani nenapadne zpochybňovat. V tom spočívá moc diskurzu – limituje naše myšlení tak, abychom si nemohli myslet nic jiného, ale přesto měli zdání svobody. (tamtéž) V této diplomové práci používám termín diskurz právě ve Foucaultovském pojetí.

Podobný Foucaultovu konceptu moci je Bourdieho koncept symbolického násilí, který rozeberu v následující podkapitole.

10.2.2 Pierre Bourdieu

Moc se podle Bourdieho uplatňuje skrze struktury. Tyto struktury nás formují, proto je důležité o jejich existenci vědět a chápat, jak přesně fungují. Bourdieu mluví o

genderovém řádu, který je androcentrický a představuje mocenský vztah nadvlády. V tomto řádu je vše maskulinní nadhodnocováno a stavěno do opozice k podřadnému femininnímu principu. Svět začíná být dělen podle genderu, čímž se distinktivně vytvořené rysy mezi pohlavími jeví jako přirozeně existující a jako legitimní základ takového dělení. Neustálým nazíráním na svět na základě genderových opozic dochází k naturalizaci tohoto systému, čímž je zakryta mocenská podstata vztahu. Bourdieu ukazuje složitost mocenských mechanismů kolem genderu, protože vlastně došlo k převrácení příčiny za následek, kdy se příčina rozlišování podle genderu začala spatřovat v biologických „přirozených“ odlišnostech mezi ženami a muži. (Bourdieu, 2000)

Podle Bourdieho je genderový řád ztělesněn v habitu, který tvoří schémata našeho vnímání, myšlení a jednání. Habitus je také ovlivněn sociálním prostředím, do kterého se rodíme a na jeho základě si osvojujeme určitý kulturní kapitál. Mít kulturní kapitál znamená disponovat vzdělaností, znalostmi a zkušenostmi, které můžeme uplatnit a zhodnotit, přičemž více kapitálu je samozřejmě lépe. (Bourdieu, 1984) Zde to můžeme propojit s porody, kdy vzdělanější informovanější rodičky z vyšších tříd mají větší kulturní kapitál, a tím i větší moc vyjednávat své preference v rámci instituce jako je porodnice.

Mezi gendery existuje nerovný vztah plynoucí z patriarchátu, který se postupem času zvnitřní, čímž dojde k trvalé a hluboké transformaci mozků a těl. Bourdieu tento proces nazývá somatizací nadvlády, přičemž vykonavateli neustálé somatizace a její zpětné naturalizace jsou stejně jako u Foucaulta instituce. (Bourdieu, 2000).

Na základě tohoto nerovného vztahu je mužské stereotypně spojováno s vysokým uměním, vkusem a racionalitou, ženské spíše s pasivitou, iracionalitou a důrazem na emoce, které byly také degradovány. O něčem podobném mluví Bourdieu, když zmiňuje pojem distinkce. Myslí tím to, že skupiny lidí se navzájem liší svými principy a hodnotami, mají „odlišné koherentní sady preferencí,“ (Bourdieu, 1984, s. 257) přičemž jedna skupina je dominantní a ustavuje to, co má být normou. Tato distinkce je patrná i na diskuzi o domácích porodech, neboť lékařský a přirozený přístup k porodu vycházejí z odlišných sad preferencí.

Důležitý je také Bourdieho koncept symbolické násilí, podle kterého musí ovládaný vždy nadvládu uznávat, protože disponuje pouze takovými nástroji poznání, které mu umožňuje tento vztah nadvlády. Z toho vyplývá, že nemůže myslet jinak, než jak mu bylo skrze struktury vštípeno. Zde jde vidět korelace s Foucaultovým pojetím diskurzivní moci, kdy subjekt také nemá na výběr, ale je nucený myslet určitým způsobem, který mu dovoluje mocenský diskurz. (Bourdieu, 2000)

Ženy mají podle Bourdieho stejnou spoluvinu na neustálé reprodukci genderového řádu jako muži. Je tomu tak proto, že na sebe mohou nahlížet pouze androcentrickým úhlem pohledu, který je konstruuje jako slabé, bezmocné a méně hodnotné, takže se tak začnou samy vnímat. Podobně podle něj fungují i genderové stereotypy, kdy se jedná o určité sebenaplnující proroctví. Například pokud budeme od někoho očekávat, že bude dobrý řidič, mnohem spíše se jím stane než někdo, kdo bude od řízení od dětství zrazován s tím, že to pro něj není vhodné a nepůjde mu to. Ženy jsou odrazovány od typicky mužských činností, což v důsledku vede k tomu, že jsou v nich skutečně horší. Tento koncept Bourdieu označuje jako naučenou bezmocnost. (tamtéž)

10.3 Gender

Gender je v této práci pojímán jako sociální konstrukt, který se „utváří v kontextu určité společenské a ekonomické struktury a přenáší a reprodukuje se procesem sociálního učení.“ (Renzetti, Curran, 2003, s. 29) Na základě genderu, který je nám přidělen dle našeho biologického pohlaví, k nám společnost přistupuje a promítá na nás svá očekávání a představy o tom, jak bychom se měli v rámci našeho genderu chovat. Tyto normativy se historicky i kulturně odlišují, nicméně v rámci kultury jsou zakotveny v institucích, které zajišťují jejich naplnění. Takovou institucí je například rodina, škola, náboženství, apod. A právě tím, že se tyto vzorce genderové diferenciaci zabudují do institucí, vzniká pohlavně-genderový systém. (tamtéž, s. 21) Jedním z nejrozšířenějších pohlavně-genderových systému je patriarchát, ve kterém jsou muži nadřazováni ženám a současně vlastnosti a atributy přiřazované mužskému genderu mají vyšší hodnotu, než ty spojované s ženským. Nicméně i v rámci patriarchátu existují hierarchie mezi muži a ženami, protože ne všechny ženy jsou znevýhodněny stejně silně a stejně tak ne všichni muži ze systému rovnocenně profitují. (tamtéž, s. 22)

Gender je jedním ze základních organizujících principů sociálního světa, proto je v této práci používán jako analytická kategorie, jejímž prostřednictvím je možné zkoumat mocenské uspořádání ve společnosti, fungování stereotypů, symbolické pozice genderu a z nich plynoucí reálné pozice žen a mužů ve společnosti.

Analytická část

11 Metodologie

V této práci je použita kvalitativní metodologie, přičemž konkrétní metodou je diskurzivní analýza a s ní spojená hloubková textová analýza diskurzu. Nicméně aby měla tato práce širší vypovídající hodnotu a plně využila potenciál výzkumného materiálu, tak jsem sbírala také konkrétní data z článků, která jsem potom zpracovala do grafů a analyzovala výsledky, které z těchto dat vyplývají. Při své analýze využívám jako analytický nástroj gender spolu s doplňujícími analytickými kategoriemi jako jsou moc, rasa, třída, apod. Můj přístup k metodám je feministický a pohybuji se v rámci kritické teorie.

11.1 Metodologická východiska

11.1.1 Kritická teorie

Pokud mám svou práci zasadit do nějakého paradigmatu, pak se zcela jistě jedná o kritickou teorii neboli také historický realismus. Toto paradigma vychází z předpokladu, že realita kolem nás je poznatelná skrze struktury, které nás obklopují a působí na nás. Tyto struktury se sice v průběhu dějin proměňují, ale v určité době se nám mohou zdát přirozené a neměnné, ačkoliv jsou kulturně a často i mocensky vytvořeny. Teprve skrze dekonstrukci těchto struktur tím, že ukážeme jejich historicitu, je možné nahlédnout jakousi virtuální realitu za nimi. (Guba, Lincoln, 1994)

Ontologie kritické teorie předpokládá, že realita byla kdysi poznatelná, ale později se vytvořily již zmiňované struktury, které nám znemožňují nahlédnout skutečnou realitu a zprostředkovávají pouze tu virtuální.

Epistemologickou úroveň u kritické teorie je obtížné oddělit od té ontologické, protože poznání věcí je nutně spjato se způsobem jejich zkoumání. Výzkumník/ce i zkoumaný/á se vzájemně ovlivňují, a to především na hodnotové úrovni. Poznání vzniká v interakci mezi těmito dvěma aktéry a je pouze subjektivní a spjaté s konkrétními lidmi.

Metodologie je především dialogická a jejím cílem je porozumění. Výzkumník/ce se často snaží pochopit, jak lidé vnímají určitá témata, aby se mohl poučit z historie a lépe pochopil fungování struktur. (Guba, Lincoln, 1994)

Cílem výzkumu v rámci kritické teorie je obvykle kritika a transformace sociálních, politických kulturních, ekonomických, etnických a genderových struktur, které znevýhodňují určité skupiny obyvatel. Důležité je se těchto utlačovaných zastat a propagovat aktivismus. Předpokládá se, že výzkumník/ce apriorně ví, jaké změny jsou potřebné, nicméně skutečná změna struktur je velice obtížná. (Guba, Lincoln, 1994)

Podobně v mé práci půjde o porozumění a kritické zhodnocení stávajících mocenských struktur, které se vytvořily v dialogu ohledně domácích porodů. Mým implicitním cílem při kritice těchto struktur je, že skrze jejich poznání dojde k jejich postupné změně směrem ke svobodnější a spravedlivější společnosti.

11.1.2 Feministický výzkum

Můj výzkum bych označila jako feministický, což popisuje určitou perspektivu, se kterou přistupuji ke zkoumaným materiálům. To se projevuje například tím, že jsou zhodnocovány ženské životy, zkušenost a témata s nimi související. Je ale nutné zdůraznit, že neexistuje jedna definice feministických výzkumů, protože není ani žádný jednotný feminismus. Tato perspektiva může být transdisciplinární, protože jsou v ní reflektovány souvislosti mezi jednotlivými sociálními jevy a neberou se izolovaně. (Reinharz, 1992)

Konkrétně na mé práci je do popředí situováno téma porodů, které se významně dotýká ženského těla, sexuality, reprodukčních schopností a s nimi souvisejících práv a povinností, atd.

Podle Reinharz feministický výzkum často využívá celou škálu metod, které mohou být i kvantitativní, ale převažují ty kvalitativního charakteru. Dále vychází z feministické teorie, a proto se také kriticky vymezuje vůči nefeministickým vědeckým přístupům. Feministický výzkum je ze své podstaty charakteristický tím, že usiluje o sociální změnu. Tento atribut je obsažen v akčních výzkumech, takže všechny feministické výzkumy mohou být částečně označeny za akční. (Reinharz, 1992)

Feministický výzkum se snaží nabourat pozitivistické schéma, ve kterém stojí výzkumník/ce nad zkoumaným/ou a má jím zůstat neovlivněn. Poukazuje naopak na provázanost a dialogickou povahu tohoto vztahu, kdy dochází k ovlivnění na obou stranách. Dialog a vyrovnaný nehierarchický vztah mezi výzkumníkem/icí a zkoumaným/ou je podle nich více žádoucí, neboť vzbuzuje důvěru a umožňuje tak hlubší pochopení a vhled do zkušenosti zkoumaného. Stejně tak výzkumník/ce musí reflektovat

svou pozicionalitu, se kterou do výzkumu vstupuje, protože jeho/její názory a postoje budou nutně ovlivňovat interpretaci dat. (Reinharz, 1992)

Feministický výzkum se také snaží dávat důraz na individuální zkušenosti obyčejných lidí a zdůrazňovat diverzitu mezi jednotlivými lidmi spíše než podobnost. Snaží se negeneralizovat a nehomogenizovat skupiny na základě společných rysů jako je gender, etnicita, sociální kontext, sexuální orientace, věk, atd. Důraz je kladen na interaktivitu jak se zkoumanými, tak se čtenáři/kami výzkumu. (Reinharz, 1992)

Podle Ramazanoglu a Holland s sebou feministická metodologie přináší konceptualizaci moci, nerovnosti (bezpráví), politiky pro ženy, etických postupů vyhýbajících se nerovnému vykonávání moci a teorie konceptualizující genderovanou moc uvnitř tohoto normativního rámce. Feministický výzkum zohledňuje etická úskalí a morální odpovědnost, kterou má badatel/ka vůči komunitě žen a společnosti jako celku, přičemž se vždy musí snažit domýšlet možné dopady, které může svým zkoumáním určitého jevu způsobit. Výzkum dělá feministickým to, že se snaží o náhled do genderované sociální skutečnosti, identifikovatelné pomocí teorií genderu a moci a jejich normativních rámců. (Ramazanoglu, Holland, 2004)

11.1.3 Kritická diskurzivní analýza

V této práci používám metodu kritické diskurzivní analýzy (KDA), která je specifická tím, že „klade důraz na konstituování subjektu v rámci normativních sociálních praktik a diskurzů, a v důsledku toho na radikální podmíněnost a ideologickou saturaci aktérství.“ (Zábrodská, 2009, s. 69) Dá se tedy říct, že na rozdíl od konverzační analýzy a diskurzivní psychologie KDA nezkoumá jednotlivé aktéry a jejich promluvy, ale vychází spíše z pojetí diskurzu jakožto něčeho, co ovlivňuje životy jednotlivců a utváří i jejich samotné promluvy, aniž si toho musí být vědomi. Zároveň si všímám toho, jak jsou udržovány nerovné mocenské vztahy mezi jednotlivci nebo skupinami.

Na rozdíl od jiných metod nestojí kritická diskurzivní analýza na formulování výzkumné otázky, ale spíše začíná od naléhavých společenských problémů, k jejichž řešení má tato analýza směřovat (Zábrodská, 2009). Proto se KDA věnuje spíše psaným a institucionálně zakotveným textům, než aby řešila verbální interakce.

Jazyk je také mocensky a ideologicky zatížen a toto zatížení zpětně vypovídá o stavu reality, se kterou je jazyk velice úzce propojen. KDA se nezajímá pouze o jazyk samotný,

ale především o veškeré vztahy, do kterých vůči společnosti vstupuje, neboť „každý jednotlivý moment užití jazyka reprodukuje nebo transformuje společnost a kulturu včetně mocenských vztahů“ (Titscher et al., 2005, s. 146 In Kynčlová, 2006). KDA se tedy soustředí na nějaký společenský problém, který kriticky reflektuje a snaží se ho skrze tuto metodu lépe pochopit. KDA je politicky angažovanou metodou, která se snaží přivodit změnu. Obvykle se zaměřuje na mocenské elity, které udržují, legitimitizují, ustanovují či opomíjejí sociální nespravedlnost a nerovnosti. (Van Dijk, 1993, s. 252)

Ve své práci se snažím zkoumat, jakou roli hraje jazyk při vytváření a udržování vztahů moci a dominance. Výchozím předpokladem této analýzy je to, že se skryté strukturální vazby dominance, diskriminace, moci a kontroly manifestují v jazyku. Proto je ústředním bodem KDA a mé práce demystifikace ideologie a zjištění, jaké struktury, strategie nebo jiné vlastnosti textu, řeči či komunikační události hrají roli v reprodukci různých forem dominance. Přičemž dominancí se myslí vykonávání moci společenskými elitami nebo institucemi, které ústí v nějakou sociální nerovnost. (Zábrodská, 2009)

Norman Fairclough rozlišuje tři významové roviny diskurzu – diskurz jako text, jako diskurzivní praktiky a jako sociální praktiky. Analýzu textu označuje jako „popis“ a analýzu diskurzivních a sociálních praktik jako „interpretaci“. (Fairclough, 1992, s. 73)

Dále mluví o třech prvcích diskurzivní analýzy. Je to podle něj text, interakce a sociální kontext. V souvislosti s tím vymezuje tři stádia KDA, jimiž jsou popis textu, interpretace vztahu mezi textem a interakcí a vysvětlení vztahu mezi interakcí a sociálním kontextem. Fairclough se tedy domnívá, že existuje důležitá souvislost mezi vlastnostmi textu, tím, jak je interpretován, a uspořádáním společnosti. (Fairclough, 1989). A právě tyto souvislosti mě zajímají v mé diplomové práci.

V rámci diskurzivní analýzy je můj přístup spíše objektivistický a kritický. To znamená, že mě k diskurzu přistupuji jako k něčemu, co každého z nás obklopuje a formuje, takže je velmi těžké uvažovat o něčem mimo něj a jím neovlivněném. Proto zkoumám právě média, která dávají dojem kolektivního autorství a odkazují na přímý vztah k realitě, kterou odrážejí, ale i jsou jí formovány. Jde tedy o to, jak se v médiích o domácích porodech mluví s tím, že se snažím zachytit co nejširší diverzitu těchto výpovědí.

Právě proto, že je těžké myslet mimo diskurz, reflektuji i vlastní pozicionalitu a názory k tomuto tématu, které nepochybně ovlivňují vše, co zkoumám nebo píši. Pokouším se si od práce zachovat určitý odstup a nepředpokládat, že mohu nahlédnout nějakou objektivní „pravdu“, protože nic není mimo diskurz, který je proměnlivý.

12 Úvod do analýzy

V této práci je mým záměrem odhalit mocenský diskurz ohledně domácích porodů. Proto potřebuji rozkrýt ideologii, která se za texty skrývá. Analyzuji populární média, která se podílejí na mocenském procesu utváření veřejného mínění. Podle Stuarda Halla jsou média relativně autonomní, ale nepochybně „společensky uznávané hodnoty“ a naopak je reprodukuje, protože sami operují uvnitř hegemonní ideologie. (McRobbie, 2005)

Jde mi o to zde zachytit diskurzivní moc ve Foucaultově pojetí, tj. kdo je ta autorita, která formuluje vědění a která vytváří představy lidí ohledně toho, co je nebo není správný porod. To úzce souvisí s reprezentací a politikami označování, o kterých mluví Hall. (Hall, 2003) Jen někteří jedinci mají totiž možnost vyjádřit svůj názor skrze média, přičemž expertní znalost mužů lékařů a porodníků je hodnocena výše než žen rodiček či porodních asistentek. Je ale vhodné podotknout, že v dnešní době jsou již média více nezávislá, a tak neprezentují stanovisko pouze jedné nebo druhé strany, ovšem zase je nutno počítat s tím, že autor/ka článku je nezdárcem v tematice emocionálně zainteresován(a).

Ten, kdo je považován za autoritu v tomto oboru, má moc proto, že může strukturovat a směřovat celou diskuzi ohledně domácích porodů kýženým směrem. Autorita je člověk, kterému důvěřujeme, protože má určité kompetence, které se zdají být v dané oblasti relevantní. Autorita je závislá právě na hierarchii vědění, například v tomto případě vysokoškolské znalosti poskytují zdravotníkům/icím vyšší kompetence a věrohodnost, když říkají, že jsou domácí porody nesmyslným hazardem než středoškolsky vzdělaným porodním asistentkám (ačkoliv dnes již mají bakaláře).

To se dá jednoduše propojit i se symbolickým násilím, protože pokud zde existuje patriarchát, stojící na androcentrických hodnotách, logicky toto uvažování přechází i do zdravotnictví, které zhodnocuje na maskulinních hodnotách postavený technický přístup k porodu. Ten vnímá jako něco inherentně patogenního, protože jde o neznámý koncept, který si muži ze své podstaty nemohou prožít, a proto je může trochu děsit. Nicméně tato stránka žité zkušenosti zdůrazňovaná vůbec není, a tak jsou největšími „experty“ přes porody v České republice muži porodníci – proto mají také největší pravomoci, ale i zodpovědnost.

12.1 Moje pozicionalita

Jak jsem již popisovala v podkapitole Výběr tématu, můj názor na domácí porody prošel určitým vývojem a pro účely této práce je nutné ho zmínit, neboť zcela jistě ovlivňuje i mojí interpretaci a vnímání jednotlivých článků, které analyzuji.

Můj současný přístup je takový, že se samozřejmě víc přikláním na stranu domácích porodů a jsem pro to, aby byly umožněny a aby lidé měli tuto volbu jako jedno ze svých základních práv. V mnoha zemích EU jsou totiž domácí porody běžně využívanou alternativou a není prokázáno, že by to mělo dopad na vyšší úmrtnost dítěte či matky při porodu. Také si myslím, že by se lékaři/ky měli spíše zamyslet nad tím, co vlastně ženy motivuje k této volbě, protože často z výpovědí matek vyplývá, že je to špatná zkušenost s porodem v nemocnici a přístupem tamního personálu. Takže možná jednou z možností kompromisu, jak umožnit ženám cítit se dobře a zároveň mít dostupné i všechno technologické vybavení, by bylo zlepšit prostředí nemocnic a proškolit zaměstnance/kyně v méně autoritativním přístupu k ženě jako klientce, ne pacientce. To jí dodá mnohem větší práva rozhodovat o sobě v průběhu porodu a nebude si připadat tak bezmocná.

Nebo jako druhou možnost, která by nemusela být tak problematická, i když v českém kontextu zatím je, vidím otevření porodních domů či center ve správě porodních asistentek, což by představovalo určité propojení obou přístupů a bylo by vhodné pro nízkorizikovou kategorii rodiček, které ale chtějí mít u porodu svou porodní asistentku a určité technické zázemí.

Na druhou stranu i u nás existují porodnice, kde jsou nabízeny alternativní porody, např. do vody a porody přirozené, kde má matka plnou kontrolu nad tím, co se s ní bude dělat. Nicméně někdy může být obtížné se do takové porodnice dostat včas, protože jich není mnoho. To je samozřejmě problém, který se dá řešit již nastíněnými dvěma možnostmi. Současně mi přijde dobré procházet předporodním procesem s osobní porodní asistentkou, se kterou má rodička možnost se poznat, a ta poté asistuje u samotného porodu, čímž se sníží stresující element cizích lidí u porodu.

Myslím, že diskuze ohledně domácích porodů vyžaduje především jasné stanovení hranice, kam až může sahát moc státu, a kde začíná osobní sféra a svobodné pole působnosti jednotlivce. A je zjevné, že podle mého názoru spadá oblast porodů právě do této osobní sféry a možnost rozhodovat o sobě, svém těle a přivedení na svět svého potomka by mělo být něčím, co podléhá pouze individuálním představám a přáním konkrétních rodiček.

12.2 Výběr metody a cíl práce

Jak jsem již předestřela v úvodu, cílem této diplomové práce je zmapovat mocenský a genderový rozměr těch diskuzí o domácích porodech v českém prostředí, které bezprostředně souvisejí a reagují na kauzu s Ivanou Königsmarkovou. Konkrétně mi šlo o to zjistit, jaká stanoviska jsou vůči domácím porodům nejčastěji v médiích zaujímana, jaká témata se spolu s nimi objevují, jaký jazyk a argumenty autoři/ky používají, jaké je pohlaví těchto autorů/rek a vztah mezi pohlavím a převládajícím sdělením článku. Zajímá mě také, jací lidé dostávají v článcích největší prostor a z jakých pozic vystupují, zda je nějaké propojení mezi číslem stránky, na které byl článek publikován, a jeho přístupem k porodům. Také se zabývám tím, jak se k domácím porodům staví konkrétní média a která jsou ta nejčastější. Snažím se rozkrýt ideologii, která se skrývá za tím „objektivním“ sdělením, předávaným v médiích, abych kriticky poukázala na problém a otevřela tak prostor pro jeho transformaci.

Jak jsem již vysvětlila v úvodu práce, práce má aktivistický charakter a je motivována snahou o zviditelnění genderových a mocenských aspektů v současném českém porodnictví, aby bylo možné otevřít podrobnější diskuzi o tom, jak ho změnit, aby již žádné rodičky neodcházely z porodnice traumatizované, aby již nikdo nevolil porod doma z důvodu, že neexistuje lepší varianta a aby samotné porody doma byly uznány jako legitimní a pro nízkorizikovou skupinu rodiček minimálně stejně bezpečné místo porodu.

Ačkoliv u této metody není nutné si stanovovat a konceptualizovat nějakou výzkumnou otázku nebo hypotézy, přesto mi přijde vhodné si stanovit určité tematické okruhy, na které se ve svém výzkumu zaměřuji. Tyto okruhy jsem již zmiňovala při definici cíle práce, ale pokud je mám zformulovat do konkrétních otázek, půjde o tyto následující:

1. Lze na kauze s Ivanou Königsmarkovou vysledovat rozdílné přístupy k domácím porodům, a pokud ano, jaké to jsou?
2. Jaký je a jak se projevuje genderový rozměr těchto přístupů?
3. Jak se na této kauze manifestuje aspekt moci?

Když jsem měla jasno v tématu a tom, co chci zkoumat, tj. jak je nahlíženo na domácí porody v médiích, zvažovala jsem, jaká metoda je na to nejvhodnější. Bylo zřejmé, že kvantitativní metody jako obsahová nebo textová analýza mohou maximálně podchytit výskyt určitých vzorců v článcích, ale už ne to ideologické pozadí za nimi, které vypovídá

o určitém diskurzu. Z toho důvodu se kvalitativní kritická diskurzivní analýza jevila jako jednoznačná volba, protože je jejím cílem rozkrýt často obtížně viditelné vztahy mezi jazykem, sociálními procesy a mocí.

12.3 Výběr a popis vzorku

Vzorek jsem získala tak, že jsem přes knihovnu Gender Studies o.p.s. využila vyhledávací databázi Anopress. Přes tuto databázi jsem pomocí spojení klíčových slov „Königsmarková“ a „domácí porod“ vyhledala články ve všech médiích kromě televize a rozhlasu. Tím mi vznikl soubor přibližně 100 článků od července 2009 do prosince 2012. Jedná se tedy o období více než tří let, přičemž původně jsem si stanovila zabývat se alespoň tříletým úsekem, protože následně se již začala témata článků podobat a došlo k saturaci, kdy byl vzorek dostatečně velký, aby se na něm daly ukázat obecné tendence, ale zároveň ne až příliš rozsáhlý, aby se dal analyzovat.

Tyto články jsem poté procházela a ještě z nich vytřídila ty, které se danou kauzou zabývaly jen okrajově nebo byly skoro totožné s jiným článkem. Často jsem totiž našla duplikát, kdy byl stejný článek s nepatrnou obměnou otištěn v jiném periodiku. Ve výsledku mi zbylo 76 článků, které jsem analyzovala z hlediska toho, jak se staví k tématu domácích porodů.²

12.4 Kategorie analýzy

Těchto 76 článků, které mi zůstaly, jsem analyzovala na základě několika kritérií. Jelikož mě zajímalo hlavně to, zda článek vyznívá spíše pro nebo proti domácím porodům, stanovila jsem si škálu 1 – 5, kdy 1 představovala postoj výrazně proti domácím porodům a 5 naopak zcela jasně pro domácí porody.

Pro to, abych je mohla ohodnotit, jsem si definovala kategorie, na které jsem se v článcích zaměřila a článek hodnotila podle toho, jak s nimi autoři/ky pracují. Současně je nutné zmínit, že primárně mě zajímal genderový rozměr článků, tj. jak pracují s maskulinitou a femininitou.

² Seznam všech 76 analyzovaných článků je umístěn na konci práce jako Příloha č. 3

Stanovila jsem si tyto kategorie:

1.) jejich pojetí porodu, jak ho charakterizují - jaká přídavná jména používají pro jeho popis (př. krvavý, nebezpečný, rizikový, atp.), s jakými stereotypy ohledně porodu pracují, zda ho vnímají jako něco inherentně rizikového, nebo ne, apod.

"Rozhodnutí rodit doma je **vysoce rizikové** pro ženu i dítě," vysvětluje primář motolské gynekologie Roman Chmel, proč souhlasí s tím, že se stát snaží *porodům* doma zabránit. (Petrášová, 2011)

*„Ale ono narození dítěte a porod není totéž. Narození bychom kazit neměli, ale porod je **bolestivá, extrémně nebezpečná, krvavá, brutální, hnusná záležitost.**“* (Matějů, Havlíková, 2010)

*„Porod je **poměrně extrémně nebezpečná věc.** Je celá řada **nenadálých komplikací.** Hladký porod ženy se z minuty na minutu může změnit v **boj o holý život.**“* (tamtéž)

2.) přístup k rodičce, jak jí pojmají a jaká má práva - zda je podle nich silná a kompetentní sama o sobě rozhodovat nebo by měla být spíše pasivní a nechat lékaře, aby porod vedl, příp. se objevuje kritika rodiček za nezodpovědnost, pokud preferuje domácí prostředí

"Naše porodnice, které jsou na špičkové úrovni, jsou často líčeny jako prostředí nepřátelské, k němuž je třeba najít alternativu v domácích porodech. Nikdy ale nelze vyloučit komplikace, které jde řešit jen s potřebným vybavením," zlobí se na zastávce domácích porodů šéf České lékařské společnosti Milan Kubek. Podle něj jde o nápad fanatiků, a **ani matka by neměla mít právo rozhodovat o životě svého dítěte.** (Koubová, 2012)

3.) role medicínského prostředí - zda je vyzdvižováno technické zázemí porodnice jako to nejlepší možné prostředí, jak moc jsou zmiňovány i rizika plynoucí z pobytu v nemocnici vs. u porodu doma, jak je pohlíženo na medikalizaci, zásahy do porodu, atp.

PORODY DOMA jsou **rizikovější** než *porody* v nemocnicích, kde má rodička **přístroje a lékaře** ve stejné místnosti, kde rodí. Ukazují to statistiky. Přesto mají tyto *porody* mnoho militantních stoupenců a teď jim nahrál i soud. PROČ? (Doležal, 2012)

4.) kdo má hlas a prostor v článku - zda se článek snaží nechat zaznít pohledy z obou stran, nebo je čistě tendenční a skládá se ze zástupců propagující pouze jeden ze dvou modelů

5.) jestli napadá stávající hodnoty a status quo - zda je kritický, poukazuje na problémy uvnitř zdravotnictví, na jedné či druhé straně, vidí i mocenský rozměr diskuze kolem

domácích porodů či si toho nevšímá a nekriticky přijímá stanoviska lékařů na základě jejich autority, zda si je vědom genderového rozložení sil sporu, zda reflektuje dvě odlišné morálky (ucelené systémy hodnot), např.

Po exemplárním rozsudku nad porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou jde o další znepokojivý příklad toho, kdy muži a ženy v talárech **nevymáhají spravedlnost, nýbrž své pojetí morálky**. S dosud živou vzpomínkou na komunistickou justici dodejme, že to je to poslední, co bychom od nich chtěli. (Třešňák, 2012)

6.) zřejmost názoru autora/ky článku - zda se osobní postoj autora/ky článku jasně projevuje v článku, tj. je často psán velice emotivně, osobně, tendenčně a jednostranně, nebo zda se autor/ka snaží spíše popsat současný problém pokud možno co nejnezaujatěji, to názorně ukazují na diskurzivních analýzách dvou článků.

Když říkám, že článek vyznívá to pro domácí porody, neznamená to, že propaguje domácí porody za každou cenu a vyplývá z něj, že by takto měli rodit všichni. Od tohoto postoje se obvykle porodní asistentky distancují a zdůrazňují, že by mělo jít vždy o individuální volbu na základě psychických a fyzických možností. Články pro domácí porody ale musí zcela jasně obhajovat právo na svobodnou volbu místa porodu.

Pokud jsem článek hodnotila krajním hodnocením, tj. 1 nebo 5, bylo to pouze v případech, že bylo očividné stanovisko autora/ky článku k tématu domácích porodů. Článek byl proto výrazně hodnotově zatížen, mohl být sugestivní či manipulativní, schválně prezentoval fakta jen z jedné strany nebo je dokonce zkresloval, atd. Jedná se tedy výhradně o články, kde je explicitně vyjádřen nějaký postoj k tématu. Číslem 3 jsem hodnotila články neutrální, které nezaujímaly k tématu žádné hodnotící stanovisko a pouze předkládaly skutečnosti z obou stran. Hodnocení 2 nebo 4 jsou články, kde buď stanovisko autora/ky není jasné, ale vyplývá z výběru určitých jazykových prostředků, prostoru, který je dán jednotlivým mluvčím, nadpisu, atp. nebo jde o články, kdy sám autor/ka nemá k tématu výrazně negativní či pozitivní postoj, ale nějaký postoj má a ten právě vyplývá z toho, jak je článek komponován.

Celkově jsem se tedy soustředila na to, kdo v článku mluví – jaká je jeho funkce/titul, jméno, abych byla schopná vyhodnotit, kdo se k tématu vyjadřuje nejvíce, jak se vyjadřuje, kolik má prostoru strana pro/proti, na jaké straně periodika se článek nalézá, jaký je název článku, kdo ho napsal (jméno, pohlaví) a kdy byl vydán, abych mohla případně vysledovat určitou tendenci v hodnocení v průběhu času.

12.5 Dvě úrovně analýzy

Jak jsem již předestřela v úvodu práce, moje analýza probíhala na dvou úrovních. Na té první jsem si články podle kategorií a jejich postoji k nim ohodnotila na škále od 1 do 5. K tomu jsem používala metodu hloubkové textové analýzy diskurzu, na jejímž základě mi vyvstala základní témata, která se v článcích objevují, a která rozeberu v další kapitole. Následně jsem si zvolila dva články z opačných pólů ve vztahu k domácím porodům, které podrobně analyzuji pomocí kritické diskurzivní analýzy.

Zvolila jsem kombinaci těchto dvou kvalitativních metod z důvodu, že kritická diskurzivní analýza se musí zabývat konkrétními texty, ovšem pro popsání mediálního diskurzu je potřeba větší vzorek, aby byl reprezentativní a dalo se z něj něco usuzovat. Proto jsem chtěla analyzovat jak všechny články na obecnější úrovni, kde se dá dobře vysledovat jejich charakteristika, genderový rozměr, jak je definován porod a rodička, apod., tak dva konkrétní články, na kterých se dají zase podrobně ukázat používané jazykové prostředky, sugestivní formulace, hodnotové zatížení či zaujatost autora/ky.

12.6 Diskuze zvolené metody

Metoda diskurzivní analýzy, kterou jsem použila, je velice subjektivní metoda, na což je třeba poukázat. Je tedy pravděpodobné, že kdyby někdo obdržel stejná data, pracoval by s nimi jinak, stanovil si jiné kategorie, které by ho zajímaly, a tím pádem z nich i vyvodil jiné závěry. Jedna věc je analyzovat „tvrdá“ data, jakými jsou třeba měsíce vydání článků či pohlaví autorů, kde se dá dojít ke stejným výsledkům, jako to je u kvantitativních výzkumů obvyklé, druhá věc jsou ale výzkumy kvalitativní, kde výsledek výzkumu zcela závisí na výzkumníkovi, který ho provádí. Tento výzkum a diplomová práce si tedy nenárokují obsáhnout a jednoznačně říci, jak se média stavějí k domácím porodům, nicméně předestírá a popisuje situaci, která vznikla bezprostředně po soudním procesu s Ivanou Königsmarkovou a mapuje její vývoj po několik let.

Tato práce stojí jak na sběru konkrétních dat z článků, tak na jejich následné interpretaci pomocí hloubkové analýzy diskurzu, kde se nejvíce ukazuje právě subjektivita úhlu pohledu. Snaží se přiblížit mocenský diskurz, který vyvolala kauza s Ivanou Königsmarkovou a poukázat na genderové aspekty mediální diskuze kolem domácích porodů. Média nám posloužila jako prostředník k odkrytí diskurzu, který je skrze ně

upevňován a konstruován, neboť významně přispívají k utváření veřejného mínění. Diskurz samozřejmě není jeden, proto jsem se pokusila předestřít ty dva hlavní, které oba vycházejí ze zcela odlišných východisek, předpokladů a definic.

Také bych chtěla zmínit, že jazykové prostředky, které používám, zohledňují genderový aspekt, např. se vyhýbám generickému maskulinu, které je v článcích běžně používáno. Pokud někde používám tvar „lékaři“ či „zdravotníci“, je to proto, že buď myslím výhradně muže, nebo přebírám terminologii autora/ky textu, protože není možné určit, zda to bylo myšleno v generickém maskulinu nebo ne, nebo chci zdůraznit genderový aspekt, který je ve sporu lékaři/porodní asistentky velice očividný. V českém mediálním diskurzu se totiž potvrzuje, že tento spor je u nás výrazně genderově polarizovaný, a že tedy „lékaři“ jsou skutečně nejčastěji muži.

13 Hlubková analýza diskurzu

V této kapitole rozeberu témata, která byla v článcích často zmiňována, a pomocí hlubkové analýzy diskurzu analyzuji, jak je na ně pohlíženo. Všechny články se samozřejmě nějak staví k případu s Ivanou Königsmarkovou, který je v každém z nich zmiňován. Jak jsem již objasnila, tento případ ozřejmil mocenskou dimenzi sporů v českém porodnictví, neboť neprobíhal zcela spravedlivě a byl prezentován jako exemplární příklad toho, jak dopadá nezodpovědnost a hazard se životem nenarozených dětí ze strany porodní asistentky i rodičky.

Odsouzení největší zastánkyně svobodné volby místa porodu a zkušené porodní asistentky způsobilo obnovení a přiostrnění tohoto sporu a názorně ukázalo, z jakých pozic a jakých různých diskurzů je vystupováno. Mým cílem ovšem není ani tak detailně popsat průběh tohoto případu, neboť ten jsem již zmapovala v teoretické části, ale především představit diskuzi, kterou tato kauza vyvolala a pojednat o tom, jaká témata se v ní nejčastěji objevují a z jakých úhlu jsou zachycena.

13.1 Mocenský boj v českém zdravotnictví

V analyzovaných článcích je výrazně akcentována a zevrubně rozebírána otázka rizikovosti domácích porodů, neboť případ s Ivanou Königsmarkovou se zabývá úmrtím novorozence. Postoje ke kauze se různí a nejsou vždy negativní, nicméně ta publicita podle mého názoru také mnohé napovídá. Můžeme totiž vypořovat, že při úmrtí novorozence

v nemocnici nikdy k takové publicitě či pranýřování údajných viníků nedochází. Naopak to vypadá, že tam je to zcela v pořádku, protože nemocnice je nejlepší místo, kde i v případě komplikací si matka myslí, že udělala dobře, neboť u porodu doma by to muselo dopadnout ještě hůř. Bohužel jen ti informovaní jedinci nebo ti, co již tu zkušenost měli, si uvědomují i odvrácenou stránku a rizika přímo spojená s porodem v nemocnici.

K tomu se pro iDNES.cz konkrétně vyjadřuje Ondřej Dostál, specialista na zdravotnické právo, který říká:

*„Pokud lékaři postupovali lege artis (v souladu se **současnými dostupnými poznatky medicínské vědy**, pozn. red.), tak byt' by třeba dítě zemřelo, odpovědnosti se obávat nemusejí, neboť zde **chybí jakékoliv protiprávní jednání**.“ (Pje, 2009a)*

Zde vidím jádro problému. Vypadá to totiž, že lékaři/ky jsou kryti svou expertízou a rutinními postupy, jak jsem již zmiňovala dříve, což je zbavuje zodpovědnosti, a také při sobě drží jako komunita vůči veřejnosti. Jejich postupy jsou letité, osvědčené a tím pádem nezpochybňované. I v případě vyšetřování se jen málokdy prokáže skutečné pochybení lékaře/ky, protože celá situace je značně neprůhledná. Oproti tomu porodní asistentky jsou v případě neštěstí tvrdě stíhané a každý jejich krok je podrobně zkoumán. Porodní asistentka u porodu doma nemá tolik svědků a důkazů, takže je pro ni obtížnější prokázat, jak přesně postupovala a zda šlo vzhledem k dané situaci o správný postup.

V tomto nestejném přístupu ke dvěma hlavním poskytovatelům porodní péče – porodním asistentkám a porodníkům – v případě úmrtí vidím ideologické zatížení a nastavení českého zdravotnického systému, které se v čele s Ministerstvem zdravotnictví staví k domácím porodům přinejmenším skepticky. Je to vidět i např. na posudcích k případu Ivany Königsmarkové, které byly vypracovány letitými konkurenty a nepřáteli Ivany K., což rozhodně není názor nestranného experta, který by měl být použit u soudu při zkoumání její viny či nevinny. Současně to ukazuje, že Ministerstvo zdravotnictví mělo absolutní moc si vybrat, komu znalecké posudky zadá, a vybralo si velice jednostranně, což odráží jeho zamítavý přístup k domácím porodům. Stejně tak soud si vybral velice selektivně pouze tyto negativně vyznívající posudky a odmítl jiné experty/ky a názory, což svědčí o předsudcích a zaujatém procesu.

Většina posudků a důkazu vznesená proti paní Königsmarkové je z **dílny lékařů**, kteří již dlouho pořádají "**hon na čarodejnice/porodní báby**", které se **odvážily zpřístupnit ženám i jinou alternativu než**

klasickou porodnici. Dá se tedy říci, že tyto posudky atd. jsou všechno, jen ne nepředpojaté. Zároveň obsahují mnohé polopravdy, zkreslení a také nepravdy, což bylo dokázáno právními zástupci paní Königsmarkové. (Formánková, 2011)

Tento výrok poukazuje na mocenskou dimenzi sporu mezi porodníky a porodními asistentkami, která se kauzou s Ivanou Königsmarkovou pouze zviditelnila, neboť se jedná o dlouholetou přetrvávající rivalitu. Lékaři již delší dobu nesouhlasili s Ivaninými názory a postupy a toto neštěstí jim jen poskytlo záminku ještě ostřeji kritizovat domácí porody a legitimizovat tak svou preferenci nemocničního lékařsky vedeného porodu jako tu jedinou správnou a bezpečnou variantu.

*„Pokud si nerozumí asistentka s lékařem, bývá to **spor genderový**, svou roli hrají **peníze** a trochu i **ješitnost a moc**, kterou mají lékaři **neomezenou**. **Najednou jim ji bereme, protože ženy si chtějí porod prožít po svém.**“ (Matějů, Havlíková, 2010)*

Oproti časté domněnce není cílem medicínskoprůmyslového komplexu zisk, ale **primárně moc**, byť vyjádřením moci peníze často jsou. I v církevních dějinách se mnohdy zdálo, že cílem je jenom vybírání desátků – jako jakési povinné transcendentální pojištění – ale nikdy tomu tak nebylo zcela. **Holá moc a společenská výlučnost** jsou vysoko nad plným měšcem. (Komárek, 2011)

Tyto výroky akcentují mocenskou a ekonomickou dimenzi sporu, kdy je patrné, že lékaři/ky si chtějí prosadit svůj pohled na věc a jejich autoritativní vědění, a získání dominantního postavení v porodnictví je pro ně na prvním místě. Současně jsou motivováni financemi, neboť, jak jsem zmiňovala, v nemocnicích se za mnoho služeb kolem porodů připlácí a porodnicím s málo porody hrozí uzavření.

Lékař je obvykle autorita, která se nezpochybňuje. Pokud jsme nemocní, jdeme k doktoru a dostaneme prášky spolu s postupem, jak často je užívat. V takovém případě je autorita lékaře absolutní. První výrok také říká, že lékařům se moc bere, když si ženy chtějí prožít porod po svém. Zde se zase ukazuje, že medicínský diskurz řadí porod mezi nemoci, neboť očekává stejně pasivní přístup u rodičky jako u pacientky. Přitom jde o zcela odlišné procesy, z čehož plyne i odlišná role a kompetence lékaře. V případě nemoci či úrazu je náprava nutná a pouze v jeho režii, zatímco u porodu, jakožto přirozeného procesu, má pouze asistovat, resp. zasáhnout pouze v případě potřeby. Tendence neustále zasahovat je pro medicínský model příznačná a je na ní právě vidět, že vycházejí z jednotné ideologie aktivních zásahů, a tak nevnímají rozdíl mezi operací či nemocí a porodem, který, pokud probíhá v pořádku, by měl být v režii rodiček.

13.1.1 Kolegialita lékařů/ek

U lékařů/ek je také patrná velká kolegialita, jak bylo vidět i u případu Königsmarkové, kdy žádný/á lékař/ka nechtěl napsat posudky v rozporu s těmi již vyhotovenými.

„Obhajoba se původně pokoušela najít mezi lékaři znalce, který by udělal oponentní posudek. Nepodařilo se, lékaři mezi čtyřma očima přiznávali, že do konfliktu s lídry svého oboru nepůjdou. Žádný znalec z oboru porodní asistentka u nás není, pražský městský soud před časem odmítl takového znalce registrovat s odůvodněním, že znalců zdravotníků máme dost. Obhájci proto žádali soudkyni, aby pozvala aspoň jejich svědka, lékaře, který bude vypovídat – i když v obavě před reakcí kolegů v utajení. Soudkyně to odmítla, zdůvodnila to tím, že už toho ví dost.“
(Čápová, 2011)

Tento výrok poukazuje na zaujatost soudního procesu s Ivanou Königsmarkovou, kdy soudkyně odmítla dát dostatečný prostor straně obhajoby. Současně je z něj patrné, že existuje určitý nepsaný a unifikovaný názor a postoj zdravotníků/ic k domácím porodům, a pokud ho někdo má jiný, raději se nevyslovuje. Vidíme tedy, že i v rámci zdravotnického personálu jsou tací, kteří se s dominantním diskurzem neztotožňují, nicméně je v něm přítomná mocenská stratifikace a represe, která se projevuje jako netolerance a zneviditelnění odlišných přístupů, které by mohly podkopat jejich víru z vnitřku.

Tato „kolegialita“ tedy nestojí pouze na pozitivní solidaritě, přátelství a loajalitě, ale i na strachu z odlišnosti, ze sociálního vyloučení, strachu o svou pozici, o reputaci a svou kariéru, která by mohla utrpět, pokud by se vyslovili proti dominantnímu přesvědčení lékařské komunity a zpochybnili tak jeho absolutní platnost.

Na druhou stranu přináší i výhody, protože pokud dojde k nějakému neštěstí, lékaři/ky drží při sobě a kryjí si navzájem záda, jak se již mnohokrát potvrdilo. Ostatně v nemocnici také umírají děti a mnohem častěji, než doma, a nikdy ještě nebyl jeden člověk takto pranýřován a mediálně očerňován, jako tomu bylo v případě Ivany Königsmarkové. To jen dosvědčuje následující úryvek:

Placení pojišťovně je přitom okolnost, se kterou se chybující lékaři profesionálové moc často nesetkávají. Potvrzuje to advokát a odborník na medicínské právo Ondřej Dostál: *"Je běžné, že pojišťovny peníze vymáhají po rváčích a řidičích, kteří někomu ublíží. Je ale hrozně málo běžné, aby je vymáhaly po chybujících lékařích."* Důvod je prostý, lékaři jsou podle Dostála často **kolegiální, viníka neoznámí**, a pojišťovna proto o ničem neví. Königsmarkovou ovšem lékaři

profesionálové nesnášejí, a do některých porodnic má dokonce výslovně zakázaný vstup. (Drchal, 2011)

Zde vidíme, že úhrada dluhu zdravotní pojišťovně, která byla Ivaně K. uložena, není praktika, se kterou by se lékaři/ky často setkávali. Důvodem je zase jejich kolegalita a tím, jak drží pospolu, sdílejí zodpovědnost za případné problémy. Současně jim tato lékařská komunita poskytuje určitou anonymitu, neboť na sebe vzájemně nedonáší, když některý/á nějak pochybí. V tomto případě se dá říci, že kolegalita lékařské obce stojí na podobných principech, jako psychologie davu, tj. zbavení se zodpovědnosti, anonymita, většina definuje, co je správné a přijatelné chování, a pokud ho tato většina společně vykonává, zůstane nepotrestána. (Le Bon, 1997)

13.1.2 Lékaři proti rodičkám

Barták: „*Studiem ani kurzem nezjistíte, o čem porod je. Musíte ho prožít. Nedoporučoval bych žádné písemné plány. Ať to raději řeknou. Když paní přijde, tváří se zarytě a předloží mi z obou stran hustě popsanou A4, kde stojí, co by rozhodně chtěla a co ne, všechno se třemi až pěti vykřičníky a já z toho vidím, že paní netuší, co je to porod, to mě spíš rozladí...*

Königsmarková: ... a koukáte na ni spatra

Barták : *Ano. Jde ale o to, abych jí to nedal najevo.*“ (Matějů, Havlíková, 2010)

Na tomto výroku porodníka Alexandra Bartáka lze vidět mocenskou i genderovou dimenzi sporu mezi lékaři a rodičkami, kdy sebe a svou představu o porodu nadřazuje nad tu ženinu. Dokonce i tuto svou nadřazenost, kdy na ženu pohlíží pohrdavě, přiznává, jako by to bylo logické a v pořádku, pokud se podle toho nebude chovat. Obávám se však, že to není tak lehce zatajitelné a ženy to mohou vycítit, což přispívá k jejich celkovému pocitu nepohodlí a nekompetence.

Současně jeho prohlášení demonstruje, jak odlišné a subjektivní může pojetí porodu být. Podle něj rodičky přijdou s určitými očekáváními k porodu, aniž by věděly, co porod je proto, že ho nikdy nezažily, a on snad ano? Jeho pohled na porod je pouze čistě vnější, tj. bez toho, aby měl vnitřní osobní zkušenost a věděl, co při něm ženy prožívají. Tím pádem ho vnímá nutně jednostranně jako něco, co nevypadá zrovna esteticky. Nicméně jeho představa o porodu je nesporně pouze částečná a bylo by vhodné, aby tyto své limity reflektovat a nenadřazoval se nad rodičku. Můžeme usuzovat, že tak činí proto, že má kromě praxe s asistencí u porodu na rozdíl od ní i zdravotnické vzdělání a teoretickou

znalost o tom, co je porod, resp. jak medicína porod definuje. Zde bychom se mohli dostat ještě dál a postulovat hypotézu, že lékařské fakulty udržují a reprodukují jednolitou ideologii a pohled na lidské tělo, které vnímají především po jeho fyzické stránce a opomíjejí význam psychologické složky osobnosti.

Ovšem paradoxní na tom je, že on – muž, jehož znalosti o porodu pocházejí primárně právě ze „studia“ – argumentuje tím, že „studium ani kurzem nezjistíte, o čem porod je. Musíte ho prožít.“ Tím si vlastně protiřečí, když vyčítá rodičkám nedostatek zkušeností s porodem, který on sám nikdy nezažil a maximálně zvenku pozoroval, jak vypadá. A také tím říká, že jeho autorita nemá žádný legitimní základ, když on sám porod nikdy neprožil a neprožije - tím pádem neví, o čem je. Ovšem on se ospravedlňovat nemusí - to je důsledek autoritativního vědění, které se těm, co ho udržují, i těm, kteří ho přijímají, jeví naprosto logicky a přirozeně a nemusí se tedy obhajovat a vysvětlovat, proč je při porodu určitým způsobem postupováno nebo o něm nějak smýšleno.

13.2 (Ne)bezpečnost domácích porodů

V této podkapitole přiblížím názory lékařů/ek a Ivany Königsmarkové, zastupující porodní asistentky, ohledně bezpečnosti či nebezpečnosti domácích porodů. Základní pro tyto dva modely je odlišné pojetí rizik, což je zde podrobněji zkoumáno.

13.2.1 Pohled lékařského establishmentu

Samotná Česká gynekologická a porodnická společnost se staví k domácímu porodu negativně a dá se říci, že podle ní je porod doma non lege artis. To, že ženy chtějí родit mimo nemocnici, není přijímáno jako jejich svobodná volba, která by měla být podpořena, neboť je garantována i Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod, ale jako nezodpovědné rozhodnutí, což dokládá několik následujících příkladů:

Názor vědecké rady České lékařské komory:

*"Domácí porody ohrožují bezpečnost rodičů a dětí. Plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení je **postupem v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tedy postupem non lege artis**. Nelze totiž vyloučit komplikace, které lze vyřešit pouze ve zdravotnickém zařízení."* - prezident ČLK MUDr. Milan Kubek. (Klusáková, 2012)

Reakce členky Jany Tomasové z této komory:

*"Stanovisko ČLK je zcela v rozporu se závěry všech mně známých zahraničních vědeckých studií týkajících se srovnání porodů mimo zdravotnické zařízení a porodů ve zdravotnickém zařízení. Je v rozporu i s doporučením Světové zdravotnické organizace vypracovaným v souladu se závěry výše zmíněných zahraničních studií a žádné české studie týkající se této problematiky nejsou dostupné. Ráda bych tedy věděla, na základě jakých **současně dostupných vědeckých poznatků lékařské vědy** Vědecká rada ČLK toto stanovisko vydala."* (tamtéž)

Odborné stanovisko České gynekologické a porodnické společnosti:

*"Mnohaleté snahy o propagaci vedení porodů v domácnosti vedené některými soukromými porodními asistentkami a laickými společnostmi jsou negativním jevem, který by mohl vést ke zvýšení komplikací, k nárůstu mateřské i novorozenecké nemocnosti i úmrtnosti. Argumentace zahraničními zkušenostmi je lichá – všechny země tolerující domácí porody vykazují horší výsledky perinatální péče než Česká republika, navzdory tomu, že doma probíhají pouze porody, kde je očekáván fyziologický průběh. Porody v domácnosti přinášejí zbytečná rizika jak pro matku, tak pro plod a nemohou vyvážit pochybné výhody domácího prostředí. ČGPS označila plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení za **postup v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy**, to jest non lege artis."* (Doležal, 2010)

Na těchto třech výrocích si můžeme ukázat mnoho z toho, co jsem již předestřela. Zaprvé je to fakt, že Česká lékařská komora i Česká gynekologická a porodnická společnost jednoznačně vycházejí z medicínského diskurzu a stavějí se tedy zcela negativně k porodům v domácím prostředí. Zde je také rozdíl, neboť zastánci modelu přirozeného porodu nikomu nic nevnucují, pouze nabízejí alternativu, zatímco medicínský diskurz umožňuje a povoluje pouze jeden způsob porodu - ten v nemocnici, zatímco všechny ostatní jsou podle něj špatné. A co je špatné, to je podle nich „v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tj. non lege artis.“

Dále je zajímavé se pozastavit nad tím, jakou lékařskou vědu nebo její poznatky tedy myslí, protože jak správně poukázala paní Tomasová, ty „zahraniční studie“, na které se všichni odvolávají spolu s WHO, o žádné větší rizikovosti domácích porodů nesvědčí. Oproti tomu Doležal i ČLK a ČGPS argumentují určitými poznatky. Ale jaké poznatky se tím myslí? To již nikdo nespecifikuje. Spíše to působí jako takový termín, za který se mohou schovat a odvolat se na nějakou vyšší autoritu, čímž se zbaví zodpovědnosti za to, co si myslí nebo říkají. Nemusí se pak obhajovat, jsou tu nějaké přesahující poznatky, které oni pouze přebírají a respektují na základě jejich autority. Zde jde o typický příklad autoritativního vědění, o kterém jsem již hovořila v teoretické části.

Co se genderové analýzy tohoto aspektu týče, tak je evidentní, že „poznatky lékařské vědy“ se v českém medicínském diskurzu týkají pouze klasické západní medicíny, tj. opět velmi maskulinně pojatému úzkému významu termínu „lékařská věda“. Vědění porodních asistentek, v zahraničí uznávané jako partnerská a stejně legitimní součást porodního diskurzu, je u nás brána jako amatérský, pochybný přívažek „opravdové“ vědy. Z toho je tedy patrné, že český porodnický diskurz je androcentrický a selektivě se odvolává pouze na to, co sedí do jeho již vytvořené ideologie a odmítá vše, co do ní nezapadá.

Autoritativní vědění lze vidět i na argumentaci zahraničními studii, na které se všichni odvolávají a každý myslí zřejmě nějaké jiné. Jde opět o určitou magickou formuli, která se používá pro zaštitění se přesahující autoritou, a toho si můžeme v rámci medicínského diskurzu povšimnout často. Není konkrétní, často tito lidé neuvádějí konkrétní argumenty a nedávají jasné odpovědi, ale namísto toho se ohánějí výroky, jaké jsem právě uvedla, s odkazem na něco vyššího. Protože pokud se dostaneme na konkrétní úroveň, najdeme sice několik výzkumů, které údajně prokazují vyšší rizikovitost domácích porodů, nicméně, jak budu ještě rozebírat v podkapitole Výzkumy a poté na konkrétní analýze Doležalova článku, tyto výzkumy jsou často zpochybnitelné, zavádějící či špatně provedené, zatímco většina legitimních výzkumů provedených organizacemi, jako je WHO, se s jejich závěry zásadně rozcházejí. I zde lze vidět důkaz toho, že některé výzkumy nejsou prováděny za účelem zjištění skutečnosti, ale pouze jako potvrzení toho, co chceme, aby se potvrdilo.

Kromě toho lze vidět, že ani Česká lékařská komora není jednotná, neboť její vlastní členka nesouhlasí s názorem této vědecké rady. To jen ukazuje, že ne všichni tento diskurz udržují nebo ho nekriticky přijímají, ale jsou naopak schopni ho i rozkrýt, číst ho kriticky a vidět jeho nedostatky. Nedá se tedy generalizovat, že všechny takovéto organizace mají jednotný přístup, nicméně je tam nepochybná převládající tendence a dominantní ideologie, která stojí často na názoru většiny členů nebo na tom, kdo si jak moc dokáže prosadit a obhájit ten svůj postoj.

Vědecká rada ČLK se dokonce obává, že pokud by se k porodům v domácím prostředí přistoupilo, *"jejich rozšíření by s největší pravděpodobností způsobilo zhoršení výsledků perinatální péče v ČR na úroveň méně rozvinutých zemí. Česká republika by tak ztratila kredit státu s vynikajícími výsledky v perinatologii, které jsou plně srovnatelné s nejvyspělejšími zeměmi světa,"* uzavřel předseda VR ČLK MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph. D. (Klusáková, 2012)

Argumenty, které jsou v tomto i předchozích výrocích předestřeny, jsou v první řadě rizikovitost, tj. nebezpečnost domácích porodů. Čeští lékaři/ky jsou a vždy byli hrdí na naši

nízkou perinatální úmrtnost a jsou přesvědčeni, že za ní vděčí právě přesunu všech porodů do porodnic, ačkoliv ty faktory mohly být zcela jiné a nic jasně nedokazuje příčinnou souvislost mezi nemocničními porody a nízkou perinatální úmrtností. Na základě toho se konzervativně drží názoru, že nemocnice je nejbezpečnější prostředí a neslyší připomínky ani ze strany svých zahraničních kolegů, kteří jsou schopní se dále rozvíjet a adaptovat se na novější zjištění.

Současně zde opět vidíme argumentaci skrze míru civilizovanosti, kdy schválně používají odstrašující případ méně rozvinutých zemí, na jejichž úroveň se samozřejmě dostat nechceme, zatímco nyní jsme stát srovnatelný s těmi nejvyspělejšími zeměmi světa. Ovšem tato „vyspělost“ je v tomto kontextu používána jen jako rétorická strategie a argumentační nástroj, skrze který dochází k upevňování pozice a legitimacy lékařského diskurzu.

Také mi přijde pozoruhodné, že vlastně argumentují pokrokem a tím, že jsme prošli určitým historickým vývojem k lepšímu, ve prospěch udržení statusu quo a konzervativismu, tj. již nic neměnit, protože vše je nejlepší možné, jak to může být. To logicky nedává smysl, neboť pokud se poznatky vyvíjely dříve, tak se vyvíjejí i nadále a „pokrok“ tedy spočívá v neustále schopnosti se přizpůsobit a měnit zvyky a postupy právě v souladu s těmito společenskými změnami.

Lékaři/ky negativně přistupují k domácím porodům i proto, že mají někdy pocit, že oni jsou ve výsledku tím, kdo na nezodpovědnost matek doplácí. Protože kdykoliv dojde ke komplikaci, je volána záchranná služba a oni jsou pak ti, kterým umře dítě, a jsou potenciálně vystaveni riziku žaloby ze strany rodiny. Samozřejmě, že se tito lékaři/ky setkávají pouze s problematickými domácími porody, což může také ovlivnit jejich náhled na ně a to, jak vnímají jejich rizikovost. Domnívám se ale, že tento aspekt „uklizení nepořádku“ někoho jiného, ať už rodičky či porodní asistentky, je významným důvodem vyhrocených emocí mezi těmito dvěma tábory. Dá se tedy říci, že zdravotníci se obávají možných postihů a třeba i zhoršení jejich výsledků důsledkem toho, že se k nim dítě či matka dostane při nějaké komplikaci pozdě a na ně je pak pohlíženo jako na ty, kdo jim nedokázali pomoci. To jim nepřijde spravedlivé. Kritika porodních asistentek právě za toto předávání zodpovědnost v situacích, kdy již nejsou schopné porod zvládnout, se objevuje v následujícím výroku:

„Mezi pražskou záchrankou a porodními asistentkami působícími v Praze už došlo k několika konfliktům. "Máme zkušenost, kdy asistentka svalovala vinu na našeho lékaře a obhajovala se tím, že přece přivolala lékaře. Ten pak nese za průběh porodu zodpovědnost,"

říká Zdeněk Schwarz, ředitel pražské záchranné služby.“ (Hamplová, 2009)

Celkově se dá říci, že lékaři v člancích vždy argumentují výskytem možných rizik, která se podle nich nedají ani při všech předporodních vyšetřeních stoprocentně předvídat, a z toho důvodu je pro všechny ženy bezpečnější, aby pro jistotu rodily v porodnici, kde je dostupné nejlepší technické vybavení.

13.2.2 Pojetí rizik dle Ivany Königsmarkové

Oproti tomu Ivana Königsmarková argumentuje tím, že výskyt nečekané komplikace doma nehrozí, když říká:

*„Pokud jste zdravá a neužíváte žádné léky, **akutní situace během porodu v žádném případě nenastane**. Do zdravého zubu také nedostanete zánět z ničeho nic. Ano, zdravé **tělo může vyslat signál**, že se z normálního stavu vychyluje, ale pak je vždy čas **zavelet k odjezdu do porodnice**.“ (Hamplová, 2009)*

Zde je vidět akcentace intuice, důvěry ve vlastní tělo a schopnosti matky, což je asi pro lékaře pochopitelně obtížné chápat, neboť jde ve většině případů o muže, kteří sami zkušenost s porodem mít nemohou a celý jejich přístup stojí na aktivních zásadách spíše než vyčkávání, až se věci udějí sami přirozenou cestou.

Na druhou stranu sama Königsmarková přiznává, že nečekaná komplikace někdy nastat může.

*„Zapomněli jsme počítat s **přírodou**, která **není dokonalá**. Někdy se může stát něco, co **nelze předvídat**,“* odmítá vinu a chce se dovolat k Nejvyššímu soudu. (Dom, 2011)

V tomto výroku si protirečí a prakticky souhlasí s názory lékařů/ek, že domácí porody jsou rizikové právě proto, že u nich může dojít k nečekaným komplikacím, které se v domácím prostředí nedají tak jednoduše zvládnout. Nejspíše tím myslí, že by ke komplikacím došlo i v nemocnici a ani tam by na ně nebyli připravení, nicméně přesto je asi zjevné, že pokud připustíme, že u porodu může dojít k nepředvídatelným komplikacím, raději zvolíme nemocniční porod. Znamená to tedy vůči jejímu předchozímu výroku, že někdo přehlédl ty signály, které tělo vysílalo, a proto nepoznal, že se věci zkomplikují nebo spíše to, že jsou i výjimky z této kategorie předvídatelných komplikací, které se opravdu vytušit ani poznat ze symptomů nedají? A jaká je pravděpodobnost jejich výskytu? To již bohužel neříká.

„Většina takzvaných akutních příhod u porodu nastává až poté, co porodník do porodu zasáhne. Když ho urychlí, žena cítí nepřirozeně silnou bolest, kterou musí tlumit, když bolest ztlumí, může s ní potlačit i stahy. Kontrakce tedy zase posílí, přijde znovu bolest a nastává začarovaný kruh. Přitom celé těhotenství ženu nabádáme, aby nebrala žádné léky a najednou, když rodí, cpeme do ní léky horem dolem. Porod je přirozený proces a není jen o matce. I dítě aktivně pracuje, a když ho chceme léky napasovat do porodních cest, může zkolabovat a matka skončí na operačním sále. Medikace ovlivňuje i poporodní odloučení placenty, stahování dělohy a krvácení.“ (Matějů, Havlíková, 2010)

Ivana Königsmarková v tomto výroku dobře poukazuje na faktor, který může být také důvodem, proč lékaři/ky vnímají porody jako tak rizikové. A sice jde o to, že jeden zásah do porodu a jeho přirozeného průběhu ústí v další zásahy, což ve výsledku působí jako nekontrolovatelný sled komplikací. Ovšem je opomíjeno to, že mezi zásahem a další komplikací je kauzální vztah, kdy první vyvolává to druhé.

Porod je přirozený proces, ve kterém vše, co se v lidském těle odehrává a co rodička prožívá má svůj smysl. Například bolest souvisí s kontrakcemi, jejichž smyslem je vytlačit dítě z těla ven. Pokud jedno potlačíme, druhé se zkomplikuje. Domnívám se, že toto si lékař/ky dostatečně neuvědomují, neboť jsou přesvědčeni, že ženě pomáhají zvládnout tento těžký úděl, místo aby zvážili rizika, plynoucí z vlastních zákroků.

Na druhou stranu i v nemocnicích dochází k úmrtím rodiček i novorozenců, z čehož plyne, že jsou a vždy byly případy, kdy ani přítomnost odborníků/ic, jejich připravenost, moderní technické zázemí a sebelepší péče nic nezmůže a životy jim nezachrání. Na základě tohoto faktu je logické, že někdy k takovým případům dojde i v domácím prostředí, což ovšem neznamená, že v porodnici by porod skončil jinak. Zajímavý je také fakt, že ani strana pro přirozený porod na tyto případy, kdy došlo k úmrtí matky či dítěte v nemocnici, nepoukazuje a nepoužívá je ve své argumentaci stejným způsobem, jako strana zdravotníků/ic příhodně využila případ Ivany Königsmarkové. Nejspíše je to proto, že si na rozdíl od lékařů/ek více uvědomují, že „příroda není dokonalá“ a v takových případech z toho nelze nikoho obviňovat.

13.2.3 Odlišné pojetí rizik - shrnutí

Z článků vyplynulo, že se v českém kontextu nyní vyskytují dva typy přístupu k porodům, přičemž odlišný na nich je především pohled na rizikovost porodu a také to, jak porod definují. Tyto dva přístupy k porodům jsou konkurenční a v českém mediálním

diskurzu lze vidět, jak spolu soupeří o moc a o to, čí autoritativní znalost bude ta dominantní a legitimní, která již nebude zpochybňována, protože se bude zdát zcela logická a přirozená. Obvykle je ve společnosti jedna převládající dominantní ideologie, která má moc definovat, co je správné a normální, a co je odchylka od této normy a jak by měla být potrestána. Současně také tato ideologie definuje, jak porod vnímáme, jaké stereotypy se s ním pojí, jaká je jeho genderová logika, co od něj očekáváme, jakou roli hraje v našem životě a v neposlední řadě za jak rizikový ho považujeme a jak vůbec rizika definujeme.

Na začátku asi stojí to, co vůbec považujeme za zdravé dítě. Pokud má v pořádku váhu a tep, nebo pokud je ve vnitřní pohodě, např. není úzkostné, plačtivé, apod? Nemělo by to být oboje? Problém vidím v tom, že ty druhé psychologické následky problematických porodů se již jen velmi těžko dohledávají a nejsou nějak systematicky zachycovány a zkoumány, ani tam není dáována příčinná souvislost mezi např. plačtivostí dítěte a obtížným porodem nebo navazováním vztahu mezi dítětem a matkou.³ V této oblasti je jistě ještě mnoho co zlepšovat.

Představitelé ministerstva zdravotnictví a odborné společnosti poukazují na **rizika**. *"Pokud někdo tvrdí, že je umí dopředu poznat, pak klame. Nebezpečí domácích porodů tkví právě v tom, že se **nedá odhadnout výsledek a porod se může kdykoliv zvrtnout,**"* argumentuje předseda České gynekologické a porodnické společnosti Vladimír Dvořák. (Karásková,2011)

Jak vidíme na jednom z výroků - podle lékařů/ek u každého porodu hrozí nečekané komplikace, které se nedají předvídat – v tomto bodě se liší od modelu přirozeného porodu, podle kterého se žádná komplikace nepřihodí sama od sebe, ale vždy ji předchází náznaky, které má odborník/ice poznat. Je tedy otázka, zda lékaři/ky svým přístupem některé komplikace sami nezpůsobují, nebo neselhávají v rozpoznání těchto prvotních příznaků komplikací, což ústí v nutný zásah, kterým si zpětně legitimizují nutnost родit v nemocnici. Nicméně ve stávajícím diskurzu dochází k idealizaci porodnic a jejich vykreslení jako toho nejbezpečnějšího místa pro porod, takže i pokud tam k nějakému úmrtí dojde, rozhodně to není tak detailně zkoumáno, jako u domácího porodu, protože se předpokládá, že s nejnovější technikou bylo uděláno vše, co šlo, a že tedy takový výsledek byl nevyhnutelný. Paradoxně se tím i komplikace v nemocnicích, často právě způsobené nadbytečnými zásahy lékařů/ek, stávají argumenty pro zastánce nemocničních porodů,

³ Tento fenomén popisoval můj známý, jak jsem již říkala v úvodu, ale narazila jsem na něj i v mnoha článcích, např. tento <http://psychologie.cz/proc-miminka-placou/>

kteří právě skrze tyto komplikace v nemocnicích nahlíží na porod jako na vysoce rizikovou záležitost.

13.3 Přijímání axiomu protistrany

Další problém vidím v tom, že i příznivci přirozených či domácích porodů někdy vycházejí ze stejného axiomu jako lékaři/ky. Jejich argumentace se tak pohybuje v rámci, kdy připouštějí, že domácí porody jsou rizikovější než ty nemocniční, ale zato nabízejí jiné výhody.

*„Namísto prodlužování **nesmyslné zákopové války**, kterou čeští porodníci vyhlásili asistentkám a jejich klientkám, by stálo za to položit si jednu nelehkou otázku: **Není náhodou úkolem zdravotníka asistovat klientovi v jeho (poučeném) rozhodnutí, a ne mu tvrdě vnucovat své vlastní? Domácí porody se lékařům nemusejí líbit, ale volit riskantnější variantu kvůli jiným nezpochybnitelným benefitům, které přinášejí, je přirozeným právem člověka“** (Třešňák, 2011)*

Třešňákův výrok dělá přesně toto. Sice obhajuje právo na svobodnou volbu, ale zároveň přijímá předpoklad, že porody doma představují rizikovější možnost. Podle něj i tak má člověk má „přirozené právo“ si informovaně zvolit i třeba to větší riziko - obhajuje tedy svobodu, nicméně nepolemizuje už s tím, že domácí porody nemusejí být rizikovější. Je vidět, že i obhájce možnosti domácích porodů a jeden z nejpozitivněji vyznívajících článků s velkým kritickým potenciálem se stále pohybuje v rámci dominantního diskurzu a svým způsobem přijímá východiska medicínského modelu, ačkoliv se liší v závěrech, které z nich vyvozuje.

Na druhou stranu se mi líbí, že i přes přijímání axiomu protistrany obhajuje právo na svobodnou volbu a klade si podle mého názoru zásadní otázku - zda by lékaři/ky neměli spíše asistovat klientovi v jakémkoliv jeho rozhodnutí, než mu vnucovat to své vlastní. Ano, to by zcela jistě měli, nicméně možná to nedělají proto, že člověka stále nevnímají jako klienta/ku, ale jako pacienta/ku.

*"Stejně je to všechno jen **mocenský boj**. Studie, co platí Unie porodních asistentek, jsou pro domácí porod, studie, co platí Unie gynekologů, zase pro nemocniční. Já ale nejsem zastánkyně domácích porodů. Já jsem zastánkyně přirozeného porodu. Mám za to, že **medicína přeceňuje tělo a naprosto zanedbává psychologické potřeby matky a dítěte**. Žena, která má konkrétní představu nejen o fyzickém, ale i o budoucím duševním zdraví svého dítěte, je pak vlastně **dotlačená rodič doma**. Domácí porody jsou minoritní záležitost, výzkumy kolem nich jsou*

*sporné a můžeme se o ně hádat až do konce života. **Není to totiž debata na základě argumentů, ale emocí.** Problém je to, že lékaři asi nevědomě nebo z arogance moci a převahy vědeckého materialismu škodí dětem. Ty říkáš, že **dítě se při domácím porodu může udusit, a asi máš pravdu.** Ale já říkám, že během industriálního porodu v nemocnici může dítě zažít takové **trauma, že ho to bude ovlivňovat celý život.**" (Doležal, 2010)*

Tento druhý výrok Doležalovy známé správně poukazuje na emotivní a mocenskou dimenzi sporů kolem domácích porodů a zaujatost některých výzkumů „na objednávku.“ To budu více rozebírat v další podkapitole. Dělá rozdíl mezi domácími porody a porodem přirozeným, tj. s co nejmenšími zásahy. Zdůrazňuje psychologickou dimenzi porodu a schopnost matky porodit sama a domácí porodí, vidí jako variantu, ke které jsou dotlačené matky, které se nechtějí podřít dominantnímu medicínskému modelu, kde nemohou kontrolovat, co se s jejich tělem stane. Opět se tedy jedná o názor vycházející především z modelu přirozeného porodu.

Ovšem přesto, že zdůrazňuje výhody domácích porodů, tak stále staví na modelu „něco za něco“. Což v tomto případě znamená, že když akceptujeme nějaká rizika, tak získáme jiné - třeba i větší - výhody. Zde konkrétně se podle ní dítě sice může při porodu doma udusit, ale pokud přežije, tak bude nejspíš méně traumatizované, než by bylo při porodu v nemocnici. To zní poněkud zvláště.

Přijde mi, že autorka výroku má sice kritické myšlení, nicméně bohužel nesahá až na ty samotné kořeny diskurzu, tj. k tomu zjištění, že pro nízkorizikovou skupinu domácí porody nejsou rizikovější, než rodit v nemocnici. Autorka má nejspíše určité informace, ovšem chce přiznat jistý díl pravdy i Doležalovi, aby ho mohla převážit svým silnějším argumentem o problematičnosti nemocničních porodů. Zde je vidět další důkaz toho, jak dominantní diskurz formuje myšlení lidí a jak to, co je mimo něj, je někdy nemyslitelné a neuchopitelné a člověka to navíc ani nenapadne zpochybňovat, když to tolikrát slyšel v médiích jako logický nezvratný fakt.

Mně osobně přijde chybné a neoprávněné přijímat tento argument protistrany jako pravdivý a dále na něm stavět, místo toho by se k němu mělo postavit kriticky, neboť zastánci fyziologických porodů zkrátka vycházejí z jiné definice bolesti a rizik. Pokud chceme mluvit o porodu, tak ten je obecně rizikovou záležitostí. Jak uvádí Sally Inch, jde o kalkulovaný risk. Porod, ale stejně jako jít si zlzt horu nebo i jen jet autem, obsahuje určité procentuální riziko, že se něco přihodí. A pokud chceme mít dítě, tak s tím musíme počítat a akceptovat zodpovědnost za toto rozhodnutí. (Inch, 1984)

Takže ano, porod je „rizikovou“ záležitostí stejně jako mnoho aktivit v lidském životě. Přesto je ale děláme, mnohdy právě pro to riziko a adrenalin, který se tím uvolňuje. A je nám umožněno je dělat, můžeme se rozhodnout pro vysokohorskou turistiku nebo skok padákem a od pokrytí rizik máme pojišťovny, které nám ochotně poskytnou životní pojistku nebo cestovní pojištění. Proč by tomu tedy v případě porodů doma mělo být jinak? Protože se rozhoduje i o životě nenarozeného dítěte? A kdo má právo o tom dítěti rozhodnout – stát nebo matka? Není logické usuzovat, že matka chce to nejlepší jak pro sebe, tak především pro dítě, které je jejím?

Domnívám se, že zcela jasně ano. Kromě toho psychický stav matky při porodu a celý jeho průběh významně ovlivňuje i novorozence, takže to, že se matky chtějí v tak důležitý okamžik cítit dobře, je v zájmu nejen jejich, ale i dítěte – není to tedy sobecké rozhodnutí. Podle mého názoru by tedy ženy měly mít právo jakékoliv volby a veškeré výdaje spojené s touto volbou by měly být hrazeny pojišťovnami, stejně jako u péče nemocniční. Taková praxe je v Holandsku naprosto samozřejmá.

13.4 Výzkumy

Ráda bych zde zdůraznila, že ačkoliv jsou samozřejmě výzkumy z obou stran, těch v neprospěch domácích porodů je méně a často jsou pochybné, jako např. ten Doležalův, který podrobně rozebírám v rámci KDA. Tato pochybnost může spočívat např. v nevhodně zvoleném vzorku a jiných metodologických nedokonalostech. Výzkumy na toto téma jsou nezhřídka prováděny z ideologických důvodů na podporu stávajícího paradigmatu (jako tomu bylo u závěrů výborů v UK i Holandsku), stejně jako mohou i ty pro porody doma opomíjet některé v jejich neprospěch svědčící faktory. Domnívám se, že tomu je tak proto, že jde o téma natolik emocionální, že je těžké zůstat nestranný a někde uprostřed bez vlastního názoru.

To lze vidět i na článcích, které jsou často psány s velkými emocemi, což vede k tendenci a dojmu, že nám autor nutí svůj názor. Současně se články často odvolávají na nějaké studie a záměrně ignorují jiné výzkumy, které jsou s nimi v rozporu. Příznačné je také to, že konkrétními výzkumy skoro vždy argumentuje strana lékařů/ek vycházející z medicínského diskurzu, ačkoliv ty prestižní výzkumy se s jimi prezentovanými závěry rozcházejí. Z toho je vidět, že pro medicínský diskurz je příznačné se odvolávat na nějakou přesahující vyšší autoritu, kdy vždy najdou nějaký jeden výzkum, kterým mohou

argumentovat ve prospěch své věci a laická veřejnost má tendenci na to slyšet a nezkoumá, jak a z jaké motivace byl výzkum prováděn.

A nejde jen o naše předpovědi, na rizika domácích porodů ukazují i výzkumy. Vědecký časopis Lancet publikoval **výsledky výzkumu 500 000 porodů z řady vyspělých zemí** – USA, Kanady, Švýcarska, Austrálie a Nizozemska. Při plánovaných domácích porodech je riziko úmrtí dítěte výrazně vyšší oproti porodu v nemocnici. Doma je **riziko 0,2 %** oproti **0,09 %** v porodnicích. Jiná studie dochází k velmi podobným výsledkům, publikoval ji americký Journal of Obstetrics and Gynecology a porovnával výsledky 342 056 domácích porodů a 207 551 nemocničních porodů v Evropě i USA. (Doležal, 2012)

Podle britského výzkumu jsou domácí porody nejnebezpečnější pro prvorodičky (Výskyt komplikací u prvorodiček) domácí porod **9,3 promile** porod v nemocnici **5,3 promile** porod v porodních domech **4,5 promile**. (Vlčková, 2012)

Na těchto ukázkách z článků vidíme příklad toho, co jsem již psala. Doležalův výzkum rozebírám v KDA na konci analytické části, nyní jen zmíním, že zahrnuje i vysokorozikové rodičky, které rodily doma, a tím pádem u nich častěji docházelo ke komplikacím. Současně oba články citují odlišné výzkumy, s odlišnými čísly. Je tedy patrné, že výzkumů je mnoho a z obou stran a pokud je chce autor/ka článku použít na podporu svého tvrzení, tendenčně si z tohoto penza výzkumů vybírá ty, které jí/mu zapadají do toho, co chce svým článkem říci.

Pokud tedy odhlédneme od teorie a podíváme např. na holandskou dlouholetou praxi, kde, jak jsem již uváděla, rodí doma stále kolem třetiny žen, zjistíme, že plánované domácí porody jsou méně rizikové než ty nemocniční, ale u těch neplánovaných je neonatální úmrtnost až dvacetkrát větší než u těch plánovaných a desetkrát větší než u nemocničních porodů. (Abraham-Van der Mark, 1996)

Problematičnost výzkumu ohledně domácích porodů a jejich bezpečnosti stojí právě na takovýchto faktorech, které jsou někdy opomíjeny. Pokud budeme dělat výzkum a nebudeme zohledňovat, zda žena skutečně porodit doma plánovala nebo ji tam zastihl předčasný porod, nebo nebudeme zkoumat, na jakém stupni rizikivosti se rodička nacházela, dostaneme nutně zkreslená data nejen pro porody doma, ale i v nemocnici, kde tyto ženy s komplikovanými domácí porody končí. Takže jde nejen o plánované a zamýšlené místo porodu, ale i to, kde se porod reálně odehraje, což je nutné podchytit ve výzkumu a kategorizovat. Stejně tak musí být zohledňovány odlišné definice jednotlivých

států ohledně toho, co je perinatální a neonatální mortalita, což si ne každý uvědomuje. (tamtéž)

Jak je vidět, není lehké provést skutečně metodologicky korektní výzkum ohledně bezpečnosti porodů doma nebo v nemocnici. V ideálním případě by byly dvě stejně početné skupiny žen rozděleny náhodným výběrem a jedna by rodila v nemocnici, druhá doma, a zkoumaly by se výsledky. V případě porodů by ale byl takový výzkum špatně nastavený a zcela nefunkční, takže tak postupovat nelze, neboť se jedná o velice psychicky podmíněnou záležitost, a pokud bychom nutili rodit doma ženy, které se cítí bezpečně pouze v nemocnici, nebo naopak nutili zastánkyně přirozeného porodu se podřítit nemocniční rutině, nedostali bychom odpovídající výsledky, které můžeme získat pouze v případě svobodné volby a psychické pohody rodičky.

13.5 Výhody domácích porodů a nevýhody nemocnic pro rodičky

Tímto tématem, tj. zdůrazňováním pozitivních aspektů domácích porodů na úkor těch nemocničních, se zabývají v článcích především porodní asistentky nebo matky, které již doma rodily a mohou to srovnat s porodnicí. Jak již bylo mnohokrát řečeno, ideologie stojící za porody doma je zkrátka signifikantně odlišná od té podporující nemocniční prostředí.

Ženy si však přesto nedají říct. Často se odvolávají na předchozí negativní zkušenost z porodnice. Nelíbí se jim, když lékaři nabízejí epidurální analgesii na tlášení bolesti a když **málo věří v jejich schopnost porodit dítě bez lékařského zásahu**. *"První dítě jsem rodila v porodnici. Nemám nějaké trauma, ale zároveň mě **doktoři nepřesvědčili, že by mi při fyziologickém porodu byli něco platní, spíš naopak**. V našich podmínkách se považuje za normální rodit se a umírat v nemocničním prostředí, což mě osobně přijde úchylný,"* je přesvědčená Hanka. Přítomnost bílých plášťů berou tyto ženy jako **zbytečný stres**, a tak se jim vyhýbají, jak mužou. Některé odmítají i běžné prohlídky v těhotenství a ultrazvukové vyšetření z obavy, že by mohlo ublížit dítěti. Zaklínadlem jsou **"zbytečné" zásahy ze strany zdravotnického personálu**. Za "zbytečné" považují **holení rodidel, podání klystýru a zejména nastřížení hráze, oblasti mezi pochvou a konečníkem**. Ženy, které rodí doma, je dokonce přirovnávají k ženské obřizce. (Hamplová, 2009)

Tento výrok sice popisuje problematické nemocniční praktiky z pohledu rodiček, nicméně z jeho tónu můžeme vycítit, že s nimi nesouhlasí. Například hned první věta implikuje, že jsou nerozumné a neslyší na ty správné argumenty lékařů. Následně

používání uvozovek pro „zbytečné“ nebo slovo „zaklínadlem“ opět vnáší asociace jako je iracionalita a subjektivní definice, od kterých se autorka distancuje.

Obsahově tento úryvek dosvědčuje, že ani nemocnice není bezchybným prostředím pro porod. Dochází zde totiž k praktikám, podrobněji rozebraným v teoretické části, které jsou v očích matek i organizací jako WHO zbytečné, až škodlivé. Patří mezi ně výše uváděné jako klystýr, nastříhování hráze, holení, epidurál, atp.

Důležitým faktorem, který ženy od porodnice odrazuje, je i stres - ten je spjat s tím, že mohou mít určitou představu o porodu či porodní plán a obávají se, zda bude možné jeho skutečné naplnění. To často nevědí dopředu, protože personál se mění a každý může mít jiný přístup. Nebo jim může být jeho plnění dopředu přislíbeno a poté se vše odehrávat zcela jinak, jako v případě mého známého. A v okamžiku porodu je pro ženu již velmi obtížné si vymáhat důsledné dodržení porodního plánu. Stres tedy plyne z toho, že je žena v neznámém prostředí, obklopená neznámými lidmi, které se ji dotýkají i na těch nejméně intimnějších partiích, jak popisuje následující výrok.

"Žena projde v těhotenství rukama 60 a více lidí. Personál v nemocnici se neustále střídá ve službě. Běžně kdokoli přijde, tak má pocit, že tu ženu může vyšetřit. Mnohdy se ani nepředstaví! To je prosím velmi intimní místo, já běžně neukazuju každému svůj rozkrok, aby si mohl kamkoli sáhnout, a u toho porodu to berou jako samozřejmost. Střídají se tam, pak zavolají ještě dětského doktora, dětskou sestřičku, všichni si tam stoupnou dokola a koukají se tý ženský mezi nohy a ona je tam jako ... na pranýři," líčí Königsmarková a dodává, že nechce vracet porody domů, chce však docílit toho, aby žena měla jednu asistentku, která ji provází těhotenstvím i porodem. (Sodomková, 2011)

Na tomto úryvku je patrné, že v nemocnici dochází k narušení intimní zóny, kdy se bere zcela samozřejmě, že se každý může podívat a sáhnout ženě mezi nohy, což pro ni může být velice nepříjemné. Zapomíná se, že jde o lidskou bytost a žena si tak může přijít spíše jako problematický stroj, který řídí někdo jiný. Přičemž ten, kdo má kontrolu nad procesem porodu, je většinou porodník – muž. Na tom je vidět určitá objektifikace ženského těla, které se v porodnici stává pouze určitou nádobou, na kterou si může každý sáhnout. Současně se tu promítají i genderové stereotypy, kdy muž-porodník je ten aktivní, kdo kontroluje ženskou reprodukci a žena-rodilka je v pasivní roli té, na které je něco prováděno. Opět zde z genderového hlediska vidíme, jak se manifestuje mužské vědění o ženských rodících tělech. (Tinková, 2010)

Oproti tomu u porodu doma je udržena intimní atmosféra, což přispívá k jednoduššímu rozvinutí vazby mezi všemi členy rodiny a novorozencem.

"Oba porody doma byly úžasný zážitek. První trval zhruba dvanáct hodin, druhý tři. Neměla jsem bolesti, jen jsem cítila, že tělo pracuje. Nepotřebovala jsem, aby mi někdo říkal, co mám dělat. Řídila jsem se intuicí. Šest hodin po porodu jsem už stála se synem v šátku na břicho u sporáku a pekla kuře, bylo mi nádherně. Od začátku jsem cítila k dětem neskutečně silný vztah. Obě jsou velmi klidné," vypráví. (Mandausová, 2009)

Jak dosvědčuje i tato matka, porod doma přináší velkou výhodu v tom, že se odehrává zcela v režii rodičky a její nejbližší rodiny. Z genderového hlediska se tedy proměňuje dynamika vztahů, kdy najednou žena je ta, kdo je aktivní a kdo má nad situací kontrolu. Současně s tím, že odpadne stres z nepředvídatelných zásahů personálu, které rodička nemůže kontrolovat, se často celý porod odehrávají mnohem rychleji a bez větších bolestí. To je dáno tím, že stres uzavírá porodní cesty a tlumí kontrakce, tím pádem je pro ženu obtížnější dítě vytlačit ven a celý proces je bolestivější a někdy vyžaduje i lékařské intervence.

Zastánci/kyně přirozených porodů také akcentují význam intuice, neboť porod je přirozený proces, pro který je žena vnitřně vybavena určitými instinkty, které jí v dané situaci řeknou, co má dělat. Ženy, které rodily doma, často zmiňují, že děti z těchto porodů jsou mnohem klidnější a spokojenější, než ty narozené v porodnici, a také je pro ně jednodušší s nimi bezprostředně po porodu navázat silný vztah, neboť do toho nevstupují žádné další neznámé osoby, které by s dítětem manipulovali či ho odnášeli od matky pryč.

"Ministerstvo se snaží limitovat porody doma, ale na druhé straně nedělá nic pro to, aby se zlepšila situace v nemocnicích. Tam nestačí vymalovat pokoj, musíte ponechat ženě svobodnou vůli, odstranit arogantní chování personálu – a v tom jsou u nás stále rezervy," dodává Štromerová. (Syslová,2010)

Myslím, že tento výrok Zuzany Štromerové shrnuje, co je tím základním problémem nemocnic. Jak tu již bylo řečeno mnohokrát, lékaři jsou přesvědčeni, že ví, jak nejlépe vést porod, a pokud rodička přijde s nějakou svou představou, nezřídka na ni koukají spatra, že vůbec netuší, co porod je. Nicméně by si měli uvědomit, že porod je pro každého něco jiného, neboť jde o velice subjektivní záležitost, a protože jde o důležitý okamžik života rodiny, je zásadní, aby žena měla právo rozhodovat o průběhu svého porodu.

Nestačí tedy pouze vylepšit prostředí nemocnice do takové míry, aby vypadalo jako domácí, ale v první řadě změnit přístup lékařů/ek k porodu, nebo předat nízkorizikové porody do správy porodních asistentek, které jsou častěji otevřenější individuálním přáním a potřebám rodiček.

13.6 Argument právy dítěte

Pokud se bavíme o porodu a volbě jeho místa, není rozhodně možné opomenout ani legislativní aspekt, který se v článcích také často vyskytoval.

Porod doma z určitého úhlu pohledu může být považován **za porušení práv dítěte**. Podle článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně lze jakýkoli **zákrok v oblasti péče o zdraví**, tedy i předem plánovaný porod doma, provést jen za podmínky, že k němu **dotčená osoba dala svůj svobodný a informovaný souhlas**. Získat předem informovaný souhlas dítěte o tom, že chce být rozeno doma, je samozřejmě nemožné. O jeho bytí a případné demenci z poškození mozku nedostatkem kyslíku podle sebe rozhoduje matka. (Doležal, 2010)

Jak vidíme i na tomto výroku, právní aspekt je něco, co nelze v souvislosti s domácími porody opomenout. Doležal zmiňuje pravomoci a především akcentuje práva nenarozeného dítěte, které s domácími porody nemůže dát svůj souhlas – proto je rozhodováno za něj. Matkám se vyčítá, že rozhodují za někoho, kdo nemůže mluvit. To je podle mě chybná rétorika. Jak jsem již uvedla, je i v zájmu dítěte, aby matka byla v psychické pohodě před, během i po porodu, a pokud chce tedy někdo hájit práva nenarozených dětí, měl by zohlednit i tento fakt. Nicméně tato stránka věci se většinou opomíjí na úkor akcentace fyzických rizik pro novorozence plynoucí z menší vybavenosti domácností.

Doležal navíc porod apriorně považuje za „zákrok v oblasti péče a zdraví,“ což je definice, pod kterou by různí lidé zařadili různé věci, ovšem „zákrok“ jasně odkazuje k medicínskému diskurzu a jeho pojetí porodu. Ovšem právně jsou za dítě až do jeho plnoletosti zodpovědní jeho zákonní zástupci/rodiče, kteří mají právo jeho jménem rozhodovat. Podle této logiky bychom tedy mohli rodičům vyčítat, že dítě nutí si čistit zuby bez toho, aby jim poskytlo svůj „svobodný a informovaný souhlas.“

"Matka nemůže být právně postížena za žádné své jednání, byť úmyslné, kterým by poškodila nebo ohrozila plod," řekl iDNES.cz Ondřej Dostál, který se specializuje na zdravotnické právo. Podle práva totiž **nový člověk vzniká až úplným oddělením od matky. Do té doby lze mluvit pouze o matce, neboť nenarozené dítě je součástí jejího těla.** Pro jaký porod se matka nakonec rozhodne, je pouze na ní, měla by však být seznámena s výhodami i možnými riziky. *"Každý právně způsobilý člověk má právo svobodně rozhodovat o sobě samém. Pokud by tomu tak nebylo, těhotné ženy by mohly být například trestány i za užívání drog, pití alkoholu, kouření, provozování nevhodných sportů či vystavování se stresu,"* vysvětlil Dostál. Naprosto odlišná situace však

vzniká okamžikem narození. Jakmile totiž dítě přijde na svět, matka se stává jeho zákonným zástupcem a je povinna rozhodovat výhradně v jeho nejlepším zájmu. (Pje, 2009b)

Jak potvrzuje tento výrok, matka je oprávněna zcela rozhodovat o svém těle až do okamžiku porodu, neboť do té doby je dítě právně součástí jejího těla. To znamená, že až do chvíle, kdy dítě vyjde na svět, je oprávněna rozhodovat za a jménem svého nenarozeného dítěte a nikdo jiný nemá právo ji do toho mluvit. Proč se tedy jeví tak problematické, když se rozhodne, že chce, aby se její porod odehrával v domácím prostředí, kde se cítí lépe - dokonce se vedou debaty o tom, jak to postavit mimo zákon a předat kontrolu nad ještě nenarozeným dítětem do rukou státu nebo snad lékařů/ek? Zcela určitě problém neleží v právu, spíše v genderované rétorice kolem porodů, kdy ženy jsou stereotypně ty nezodpovědné hysterky a muži-lékaři musí zasáhnout a vyjmout jim ono nevinné dítě z těla ven, než ho ve svém šílenství usmrtí. Muži se tak staví do role zachránců nového života, jako kdyby snad dítě bylo veřejným majetkem, a ne vlastní potomkem dané ženy, která k němu má zcela jistě bližší vazbu než společnost jako celek.

Ovšem pokud by skutečně vznikla taková právní úprava, která by limitovala ženiny možnosti a práva během těhotenství v zájmu dítěte, musela by se vztahovat, jak správně poznamenává Dostál, na mnohem širší okruh potenciálně zdraví ohrožujících praktik a aktivit. Dítě totiž není ohroženo pouze v okamžiku porodu, ale i v průběhu devítiměsíčního těhotenství, kdy bychom mohli sledovat, co matka každý den jí, zda dostatečně sportuje, dodržuje pitný režim, zda nekouří, nepije alkohol, ani se nepohybuje v prašném či zakouřeném prostředí, je v dobré psychické pohodě, nestresuje se, je dostatečně v teple, bere dost vitamínů, apod. V takové situaci by bylo zcela jistě velice obtížné stanovit si nějakou hranici, kam až může tato vnější regulace do ženina života zasahovat, neboť se dotýká té nejosobnější úrovně. Současné uplatňování a vymáhání takové kontroly by bylo reálně prakticky neproveditelné a nikdo ani nenaznačuje, že by se mělo zajít až tak daleko, neboť to zní absurdně. Je ale zvláštní, že zásah do volby místa porodu se jako absurdní nejeví, naopak se v dominantním lékařském diskurzu jeví jako zcela legitimní, dokonce až morální požadavek.

13.6.1 Analogie s potraty

Pokud se bavíme o zásahu do matčina těla a ohrožování zdraví nenarozeného dítěte, není možné si nepovšimnout podobnosti v debatě o potratech. V České republice bylo v otázce potratů dáno ženám právo ukončit své těhotenství v roce 1957, tj. před více než 50 lety. (Dudová, 2012) A to se jedná o reálné ukončení života, usmrcení plodu. V případě domácích porodů jde pouze o výběr místa, které (byť v očích některých rizikovější) má vést k lepšímu průběhu porodu a zdraví jak rodičky, tak dítěte. Rozhodně se to nedá srovnávat s plánovaným usmrcením plodu.

Tato debata se mi zdá poměrně nekonzistentní, protože pokud chceme dávat práva plodu, kde načrtneme tu pomyslnou čáru, kdy je to již dítě a kdy plod? A proč by jedno mělo být méně než druhé, když z plodu za několik týdnů vznikne dítě? Oboje je potenciální život, ale pokud jsme již souhlasili, že by žena měla být zodpovědná za svou reprodukci a těhotenství a dali jsme jí plnou kontrolu nad tímto procesem, proč by pouhá volba místa porodu představovala takový problém? Na základě teorie a analyzovaných článků se domnívám, že tato argumentace právy dítěte je spíše záminkou, která zdánlivě opomíjí tuto inkonzistenci, nicméně že ve skutečnosti jde spíše o mocenský boj, kdy lékaři/ky pouze propagují svůj přístup, který je udrží na vrcholu hierarchie jako experty/ky a také ty, kdo na nemocničních porodech nejvíce vydělávají.

13.7 Názvy článků

Název článku je něco, co je obzvláště v novinách velice důležité, neboť má získat čtenářovu pozornost. Z toho důvodu jsou názvy často velice dramatické, emotivní a stručně shrnují, o čem článek bude. V otázce domácích porodů navíc často vystihují, jak se k nim článek staví. Než se dostanu ke konkrétním příkladům, chtěla bych zmínit, že tyto názvy nemusí být nutně dílem autora/ky článků, ale mohou pocházet z redakce daného periodika.

Některé názvy nejsou emotivní, ale spíše popisné, kdy obsahují obě možná pojetí a je z nich patrné, že se budou snažit představit obě strany sporu. Je to například název: „Porody doma? Lékaři jsou proti, asistentky pro,“ „Rodit ambulantně či doma – těhotné se jistí, kdyby lékaři opravdu odešli,“ „Riziko, nebo dobrá cesta?“ a „Rodit, či nerodit doma?“ Tyto články potom skutečně obsahově i formálně odrážely nadpis a byly většinou

hodnoceny neutrálně (3). Takové nadpisy se nejčastěji objevují v seriózních denících, které si spíše kladou otázku, co je tou správnou variantou – tedy nejsou apriorně zaujatí.

Jiné názvy naopak jasně vypovídají o tom, že článek se staví ke kauze s Ivanou Königsmarkovou negativně a zavrhuje domácí porody, např. „Kolik dětí se ještě udusí?“, „Chybně vedla porod, zaplatí 2,7 milionu,“ „Rodila doma: Jedna málem vykrvácela, druhá přišla o dítě,“ „Dokud někdo neumře,“ „Prima porod s rizikem smrti“, „Miminko bez dechu polila vodou!“, „Nepovedený porod zaplatí“, „Smrt dítěte? To se někdy stává!“, „Hazard matek“, „Lékaři: Porody doma jsou jen ideou fanatiků“ či „Neroďte doma!“

Na nich lze názorně vidět rétoriku strašení lidí pomocí toho, že zmiňují „smrt“ a s ní spojená slovní spojení jako „udusí“ či „vykrvácela.“ Současně s tím akcentují i rizika, čímž jen přispívají k upevňování atmosféry strachu nejen kolem domácích porodů, ale porodů celkově. Dále na nich vidíme určitý sarkasmus či ironii, kdy schválně nadsazeně poukazují na „absurditu“ celé věci, např. „prima porod s rizikem smrti“ nebo tím, že rovnou uvedou, že rodit doma mohou chtít pouze „fanatici.“ Tím se domácím porodům vysmívají a apriorně dávají najevo, že je považují za něco šíleného.

A v neposlední řadě jsou i názvy, ze kterých je patrné, že se soudním procesem Ivany Königsmarkové není něco v pořádku a že domácí porody jsou legitimní variantou, např. „Ivana: Rozsudek cítím jako velkou nespravedlnost,“ „Když soudí lékaři,“ „Soud: Ženy, máte právo rodit doma,“ „Žádáme spravedlivý proces!“, „Hon na porodní báby,“ „Jak u nás přicházíme na svět?“, „Právo zůstat doma,“ či „Porodní asistentky: Naše péče se pojišťovněm vyplatí.“ V článcích s takovými názvy jsou většinou akcentována práva žen, spravedlnost, mocenský rozměr sporu a také je v nich dáván větší prostor přístupu porodních asistentek.

14 Obecné tendence článků v datech

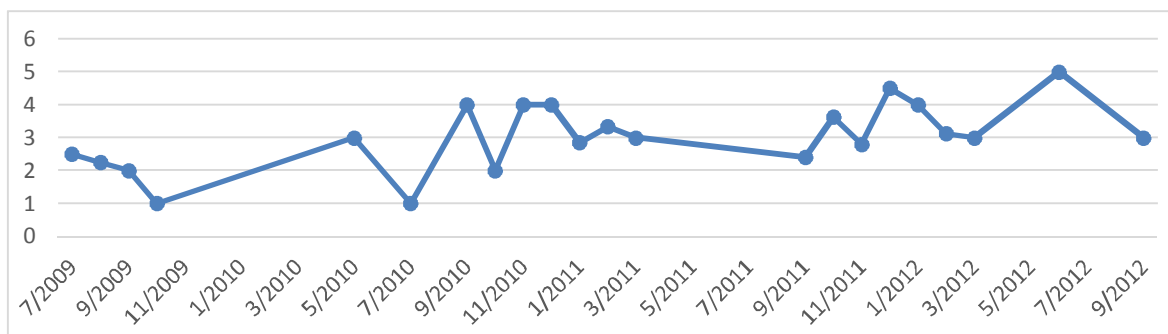
V této části představuji výsledky, které mi z obecné analýzy všech 76 článků vplynuly. Pro větší názornost jsem je graficky znázornila v grafech.

14.1 Vývoj názorů na domácí porody v českých médiích

Jelikož jsem chtěla podchytit, jaké jsou názorové trendy a tendence, a tedy jak se vyvíjel přístup k případu s Ivanou Königsmarkovou v médiích, analyzovala jsem měsíc

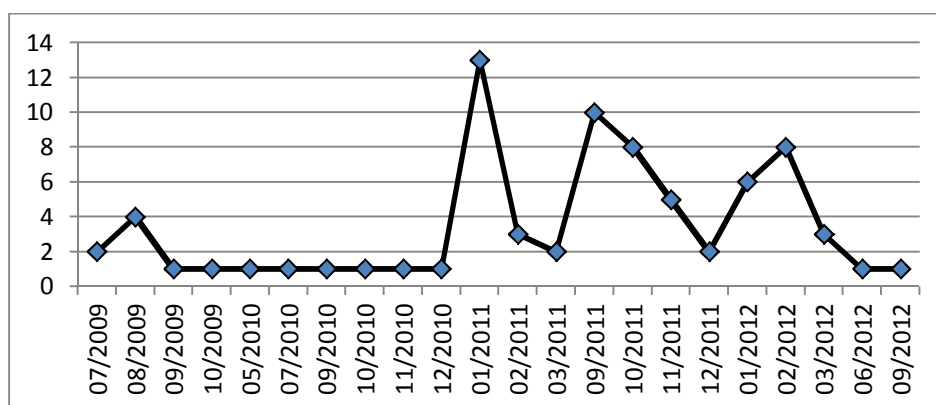
vydání článku, který jsem spolu s hodnocením, které článek získal, zobrazila na časové ose.

Graf č. 1a Vývoj průměrného hodnocení článků v čase



Vyšel mi z toho graf 1a, z něhož vyplývá, že dochází k celkově postupné vzrůstající tendenci, nicméně zároveň je v konkrétních měsících velice nestabilní a skáče nahoru a dolů. Tyto poklesy korelují s články, prezentující nějaká nová fakta nebo verdikt soudu, které byly často pro Ivanu negativní. Již jsem nemonitorovala situaci po roce 2012, takže bohužel nezachycuji, jaké reakce byly v médiích otištěny po jejím zproštění viny. Nicméně si myslím, že tento vzorek zachycující průběh tří let je dostatečný k učinění představy, jak se média ke kauze vyjadřovala a že to víceméně koresponduje s rozhodnutími soudu. Když zrovna žádná nebyla, psaly se články spíše o domácích porodech obecně, nicméně i v nich pochopitelně byla tato kauza zmiňována, ať už jako odstrašující případ nebo příklad systémové nespravedlnosti a mocenského útlaku.

Graf č. 1b Počet článků dle měsíců



Na základě těchto dvou grafů vidíme, že počet článků koreluje s průběhem případu. Na začátku několik článků pojednalo o tom, že došlo k domácímu porodu, při kterém téměř zemřel novorozenec, k dalšímu nárůstu došlo na začátku roku 2011, když byla na

Ivanu podána žaloba a celý případ šel k soudu. Následně v září 2011 došlo k rozsudku, při kterém Ivana dostala podmínku, zákaz činnosti a pokutu, čímž se zase zvýšil počet článků na toto téma. Poté dochází k postupnému úpadku zájmu až do prosince 2011, kdy začínají zaznívat i opačné hlasy, poukazující na zmanipulovanost procesu a zaujaté znalecké posudky. Současně se odehrál soudní případ s paní Martinou, která požádala nemocnici Motol o poskytnutí porodní asistentky ke svému domácímu porodu, a ta jí odmítla pomoci. Soudkyně dospěla k rozhodnutí, že ženy mají nárok na asistovanou lékařskou pomoc u domácího porodu, a že jí nemocnice měla vyhovět. (Petrášová, 2012) Poté počet článků znovu klesá.

14.2 Souvislost čísel stránek s hodnocením článku

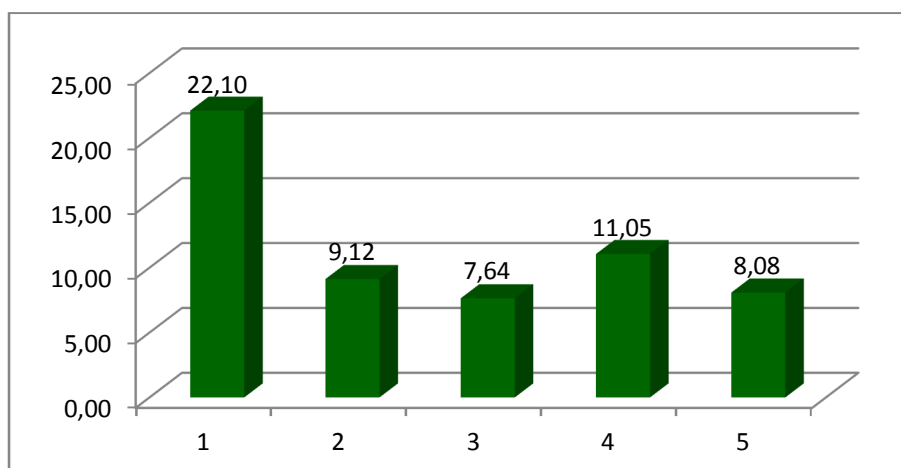
Ačkoliv jsem si stanovila zkoumat číslo stránky, na které byl článek v daném periodiku otištěn, nakonec se to neukázalo jako velice přínosné, a to z mnoha důvodů.

Původně jsem předpokládala, že různá čísla stránek znamenají různou důležitost, což může vypovídat o tom, jak primární jsou takovéto informace pro dané periodikum. Myslela jsem si, že čím nižší je číslo stránky, tím více významný a viditelný článek bude. V souvislosti s tím mě zajímala korelace mezi číslem stránky a hodnocením článku, neboť jsem chtěla zjistit, zda má tuto tendenci zviditelňovat kauzu s Ivanou Königsmarkovou a otázku domácích porodů spíše strana na jejich podporu, či ta, která se je snaží vykreslit negativně.

Ovšem při této úvaze jsem nevezala v úvahu mnoho faktorů, které do tohoto kauzálního vztahu vstupují a prakticky znemožňují, aby číslo stránky skutečně vypovídalo o důležitosti článku. V první řadě je to fakt, že články kritizující domácí porody mohly být otištěny v mnohem známějším a kupovanějším periodiku, jako jsou třeba Lidové noviny, Respekt či Reflex, zatímco články na podporu přirozeného modelu mohly být spíše nízkonákladové magazíny typu Zdravotní noviny, čtené obvykle úzkou zdravotnickou komunitou.

Dále to také nezohledňuje, kolik stránek bylo poskytnuto článkům proti domácím porodům vzhledem k těm pro, což je velice důležité pro posouzení toho, kdo je více slyšet, nicméně to by šlo zkoumat jen obtížně, neboť mnoho článků je pouze v elektronické podobě, a tak nemají čísla stránek. I toto může být faktor, proč vyšlo výrazně nižší číslo stránky pro články pozitivně se stavějící k domácím porodům, jak vidíme na grafu č. 2.

Graf č. 2 Průměrné číslo stránky pro jednotlivá hodnocení článků



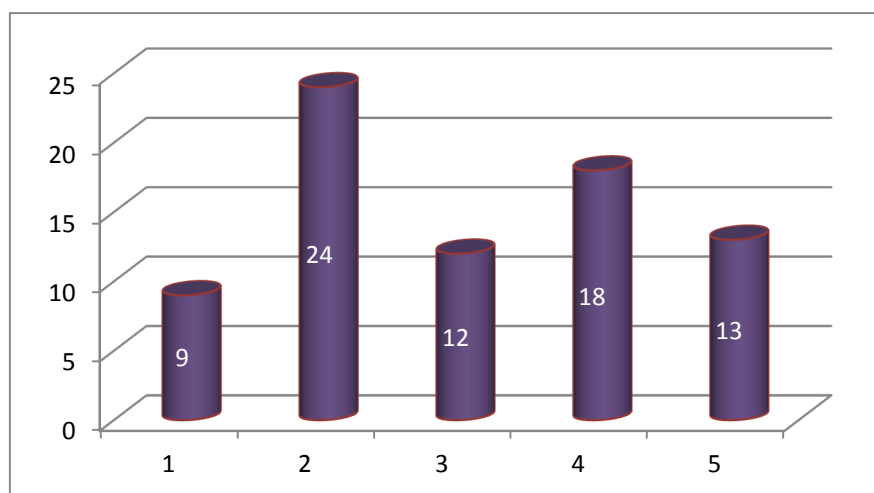
Současně má vliv i to, že noviny jsou, co se týče počtu stránek, mnohem kratší, než třeba magazíny typu Reflex, ve kterých mohly být spíše zveřejňovány články proti domácím porodům, a proto získaly vyšší skóre. To se potvrdilo i v následné analýze průměrných hodnocení článků dle zdrojů, kde právě Reflex získal nejnižší skóre, tedy vystupoval nejvíce proti domácím porodům. Číslo stránky také nereflektuje počet článků, které se na jedné či druhé straně objevily a je nepochybně rozdíl mezi deseti články proti domácím porodům, byť na vyšší straně, a jedním obhajujícím domácí porody, byť na straně titulní.

Celkově je tedy dobré tento graf brát spíše orientačně, neboť číslo stránky u časopisů nepředstavuje tak zásadní faktor, jako u novin, a jelikož se ve své analýze zabývám obojím, nemohu z daných výsledků vyvozovat žádné obecné závěry.

14.3 Dominantní ideologie analyzovaných médií

Tato práce se mimo jiné zabývá mocenským rozměrem sporu mezi porodními asistentkami a porodníky a tím, jak ho reflektují média. Když jsem tedy články podle již zmiňovaných kategorií ohodnotila na škále 1-5, získala jsem graf č. 3, který ukazuje, kolik článků vyznívá nejvíce proti domácím porodům (1), kolik spíše proti (2), kolik jich je neutrálních (3), kolik převážně pro domácí porody a svobodnou volbu (4) a kolik jednoznačně pro (5).

Graf č. 3 Jaké postoje k domácím porodům se v médiích objevují nejčastěji



Výsledek není nikterak překvapující, neboť se ukázalo, že nejvíce článků, tj. 24, odpovídá hodnocení 2, tedy vyznívá spíše proti domácím porodům a nechává zaznít hlasy lékařů, které se k nim staví kriticky a poukazují na jejich rizikovost. Nicméně pokud se podíváme na rozložení sloupců, vidíme, že celkově má strana proti domácím porodům (tj. hodnocení 1-2) na svém kontě 33 článků, a strana pro domácí porody (tj. hodnocení 4-5) 31 článků, což je poměrně vyrovnané. Lze tedy říci, že co se týče kvantity článků a médií jako takových, v souvislosti s kauzou Ivany Königsmarkové a domácích porodů můžeme v mediálním diskurzu najít přibližně stejný počet článků z obou stran sporu.

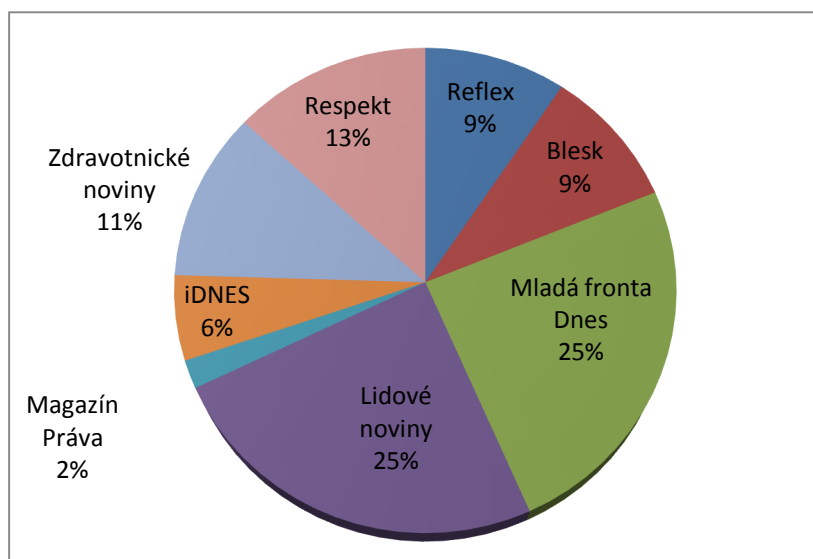
Ovšem je nutné přihlédnout k tomu, že ne všechna periodika jsou stejně čtená a kupovaná, a ne všechny články stejně dlouhé, a tak některý může mít mnohem větší vliv a dopad na veřejné mínění, než jiný. Také je důležité připomenout, že jsem analyzovala pouze psané materiály a nezabývala jsem se např. reportážemi ve zprávách, veřejnými diskuzemi, televizními debatami, radiovým vysíláním, apod., a také že některé články byly otištěny vícekrát v menších lokálních denících, z čehož jsem si pro analýzu vybrala jen tu hlavní verzi článku, takže se nejedná o úplně celý mediální diskurz, nýbrž jeho určitý výsek.

V další podkapitole si navíc ukážeme, že některá média se ke sporu vyjadřují častěji než jiná a současně určitá periodika mají tendenci pohlížet na tuto záležitost dosti jednostranně.

14.4 Postoj a častost výskytu jednotlivých médií

V mé analýze mě také zajímalo, která média se ke kauze s Ivanou Königsmarkovou a tematice domácích porodů vyjadřují nejčastěji. Pro tento účel jsem si zjistila počet článků, vydaných v jednotlivých médiích a dostala jsem graf č. 4. Jak je na něm vidět, dvěma hlavními zdroji informací se ukazují být Lidové noviny a Mladá fronta Dnes, následované Respektem, Zdravotnickými novinami, Reflexem a Bleskem.

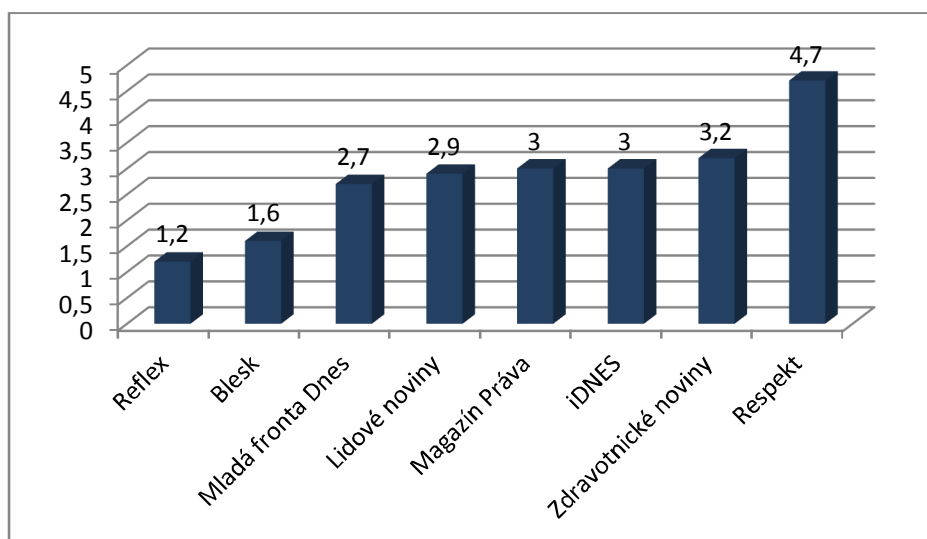
Graf č.4 Která média se objevují nejčastěji



Když jsem nyní zjistila, která média se nejvíce podílejí na utváření dominantního mediálního diskurzu, zkoumala jsem, jak se staví k dané problematice. To jsem provedla tak, že jsem si pro jednotlivá média vypočítala průměrná hodnocení jejich článků.

Výsledky jsou velice zajímavé, neboť ukazují tendenčnost a zaujatost jednotlivých médií, která nezřídka prezentují pouze jeden úhel pohledu na věc. Nutno ale podotknout, že serióznější zpravodajské deníky jako jsou Lidové noviny, Mladá fronta Dnes, Magazín Práva nebo iDNES, většinou zaujímají neutrální postoj a snaží se předejít argumenty z obou stran, nezaujímat ke kauze osobní postoj a nepublikovat manipulativní sugestivní články. Proto je také můžeme nalézt na grafu č. 5 uprostřed spektra.

Graf č. 5 Průměrné hodnocení článků z nejcitovanějších zdrojů



Takový výsledek lze očekávat, neboť tyto deníky serióznějšího charakteru si většinou zakládají na své „objektivitě“ a ačkoliv mohou někdy zaujímat spíše jedno či druhé stanovisko, není jejich motivací poštvat čtenáře proti lékařům/kám, porodním asistentkám, či domorodičkám, ale spíše veřejnost informovat.

Nejprve se mi zdálo překvapivé, že spolu se zpravodajskými deníky mají téměř neutrální hodnocení i Zdravotnické noviny, spojené s Ministerstvem zdravotnictví. Články, které jsou v nich otištěny, totiž buď vcelku neutrálně informovaly o kauze s Ivanou K., nebo nechávaly zaznít hlasy porodních asistentek. Byly psány spíše věcně, neemotivně a informativně. To se zcela jistě zdá být v rozporu s tím, že Ministerstvo zdravotnictví domácí porody vysloveně odmítá. Nicméně poté jsem zjistila, že Zdravotnické noviny již delší dobu vydává vydavatelství Mladá fronta,⁴ takže MZ nemá žádný vliv na to, jaké články v nich budou otištěny. Mladá fronta je poměrně seriózní vydavatelství, které spolu s tímto periodikem vydává řadu odborných titulů v mnoha různých oblastech, což vysvětluje i to, že výsledek vyšel vzhledem k domácím porodům takto neutrálně. (Vydavatelství Mladá fronta vydává čtrnáctideník Zdravotnické noviny, 2011)

Na začátku spektra se nachází vysoce tendenční a jednostranná periodika Reflex a Blesk, která svým hodnocením jen nepatrně převyšují skóre 1, tj. zcela proti domácím porodům. To se také dalo očekávat, když se za Reflex nejčastěji vyjadřuje známý a zarytý odpůrce domácích porodů Jiří X. Doležal, jehož článek analyzuji v podrobné diskurzivní analýze, a Blesk je bulvární plátek, který nekritický přijímá dominantní společenské

⁴ Ačkoliv od roku 2014 se časopis přejmenoval na *Zdravotnictví a medicína*.

hodnoty a vše se snaží zdramatizovat a proměnit v senzaci, takže je logické, že přijal i rétoriku o neodpovědných matkách a neschopných porodních asistentkách.

Nejlépe v této analýze vyšel magazín Respekt, který se skóre 4,7 skutečně dostal svému jménu a jednoznačně dává najevo, že by ženy měly mít právo na svobodnou volbu místa porodu, ať už se jedná o rizikovější variantu, či nikoliv. Současně také poukazuje na mocenský rozměr celého sporu mezi porodníky, porodními asistentkami a rodičkami, tj. kriticky nahlíží na dominantní lékařský diskurz a uvědomuje si jeho konstruovanost a slabá místa.

15 Genderový rozměr článků

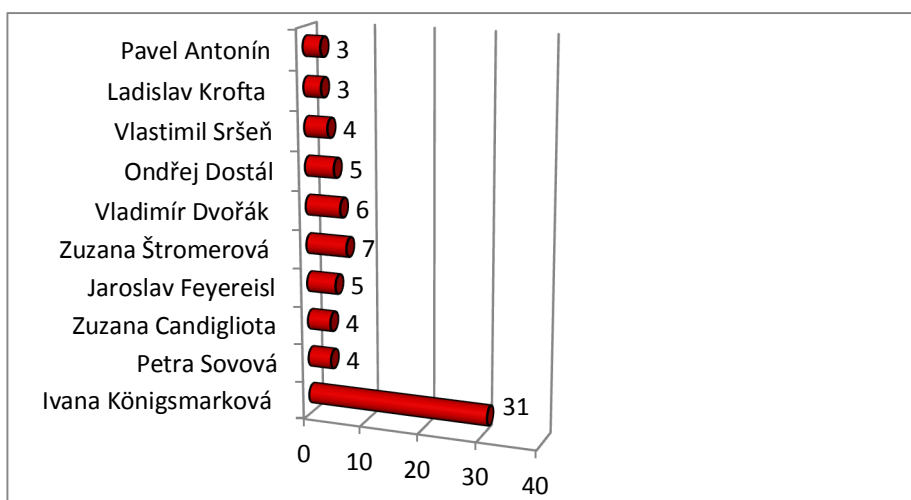
V rámci mé analýzy 76 článků, nalezených skrze databázi Anopress a pojednávajících o domácích porodech v souvislosti s případem Ivany Königsmarkové, je nepochybně nutné zmínit genderový rozměr diskuze kolem domácích porodů.

Zjednodušeně se totiž dá říci, že lékařský model porodu je spjat s mužskými atributy, kdy zdůrazňuje objektivitu, dualitu duše a těla, lékařské intervence, statistiky a na těhotenství nahlíží jako na fyziologické pouze z retrospektivy – z toho důvodu vyžaduje neustálý lékařský dohled a zásah při sebemenším náznaku patologie. Oproti tomu přirozený nebo také sociální model se dá přirovnat k ženskému, subjektivně orientovanému, holistickému a zaměřenému na ženu a její individuální přístup, přičemž zdravotník/ice má spíše pozorovat než zasahovat. Také kromě fyzického zdraví dítěte a matky usiluje o uspokojení psychologických individuálních potřeb matky a dítěte. (Van Teijlingen, 2005)

15.1 Kdo má v člancích hlas

Z tohoto rozdělení je patrná zjevná genderovanost diskurzu kolem domácích porodů, ačkoliv se zcela jistě jedná o zjednodušený model, který ale v českých poměrech poměrně odpovídá rozložení sil. Články obhajující domácí porody a důvody této volby jsou nejčastěji psané z pozice porodních asistentek nebo osob angažovaných v organizacích kolem nich.

Graf č. 6 Kdo se v článcích nejčastěji vyjadřuje



Jak vidíme na grafu č. 6, nejvíce prostoru v článcích má i díky zmiňované kauze ředitelka Unie porodních asistentek Ivana Königsmarková, která vyslovuje svůj názor ve 31 článcích. Takový výsledek souvisí i s tím, že její jméno bylo klíčovým slovem pro mé vyhledávání článku k analýze. Hned za ní na druhém místě je další porodní asistentka Zuzana Štromerová z té samé Unie se 7 komentáři a o třetí místo se dělí právnička Ligy lidských práv Zuzana Candigliota s předsedkyní Hnutí za aktivní mateřství Petrou Sovovou – obě mají 4 vstupy. Jedná se tedy o ženy osobně zainteresované v tematicce.

Zajímavé ale je, že pětkrát zaznívá i hlas Ondřeje Dostála, advokáta a odborníka na medicínské právo, který se ve svých výrocích vyjadřuje jednoznačně ve prospěch Ivany K. a práva na svobodnou volbu rodičky. Bohužel je ale spíše výjimkou, která potvrzuje pravidlo, a tak tato půda zůstává doménou porodních asistentek – žen.

Za stranu proti domácím porodům se prakticky výhradně vyjadřují gynekologové, porodníci či lékaři. Nejvíce prostoru má předseda České gynekologické a porodnické společnosti Vladimír Dvořák, který se vyjadřuje v článcích šestkrát. Hned za ním s pěti příspěvky je ředitel Ústavu péče o matku a dítě v pražském Podolí a místopředseda České gynekologické a porodnické společnosti Jaroslav Feyereisl. Zde mi přijde opravdu úsměvné a příznačné z mocenského hlediska, že i Ústav péče o matku a dítě vede muž. Třetím mužem v této trojici je mluvčí Ministerstva zdravotnictví Vlastimil Sršeň se čtyřmi komentáři.

Z toho je tedy patrné, že se v praxi skutečně potvrzuje, že muži/lékaři stojí při sobě a podporují svůj zdravotnický až technokratický přístup s důrazem na inherentní rizikovitost porodu, zatímco obhájkyně domácích porodů jsou v drtivé většině ženy/porodní asistentky.

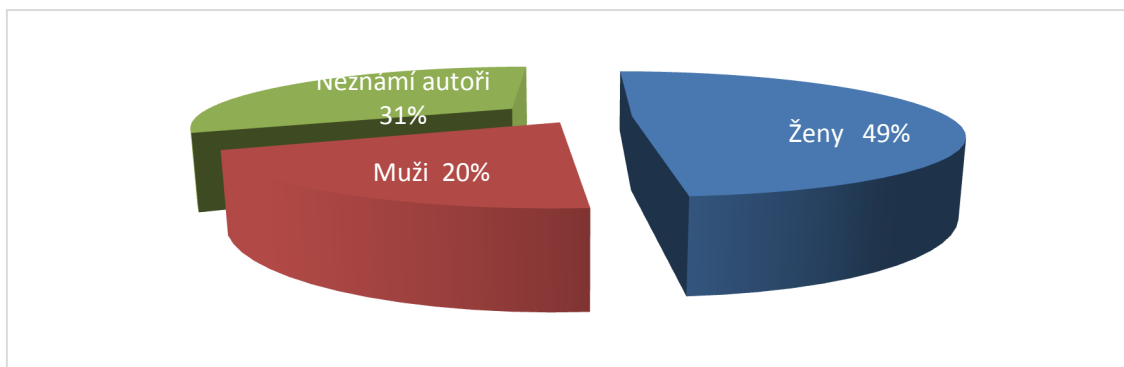
Na to může mít vliv i fakt, že novináři a novinářky, kteří na toto téma píšou, tyto konkrétní odborníky-muže či porodní asistentky oslovují, čímž jsou tyto rozdílné genderové pozice ještě více prohlubovány a zvýrazňovány.

Rozhodně ale netvrdím, že všechny porodní asistentky jsou zastánkyněmi domácích porodů, to totiž není pravda. Naopak většina jich pracuje v nemocnici ve spolupráci s lékařem a asistovat u domácího porodu by se neodvážila. Některé ho také považují za rizikovější. Nakloněné domácím porodům je spíše skupina samostatných porodních asistentek, která má nejvíce zkušeností s porodem doma, nicméně i tak těch aktivně se angažujících a v médiích vyskytujících není mnoho. Stejně tak mezi lékaři/kami jsou nepochybně tací, kteří s přirozenými, někdy i domácími porody nemají problémy a jsou schopni vidět nedostatky českého zdravotnictví a nabízejí flexibilnější, více na rodičku orientovaný přístup. Nicméně jejich hlasy v médiích moc nezaznívají, možná také z důvodu kolegiality nebo strachu z reakce ostatních zdravotníků/ic, jak jsem již zmiňovala.

15.2 Genderový rozměr autorství článků

Dále jsem se ve své analýze zaměřila na to, jak a zda vůbec pohlaví autora/ky koreluje s hodnocením článku, tj. s tím, jaký postoj zaujímá vůči domácím porodům. Zajímalo mě, jestli ženské autorky budou k tématu přistupovat spíše z pohledu porodních asistentek, jak by to bylo asi logičtější, a zda muži budou mít blíže k perspektivě zdravotníků. Předpokládala jsem to především proto, že genderová socializace vede k odlišnému způsobu přemýšlení mužů a žen, stojících na odlišných principech, např. akcentaci péče u žen vs. soutěživosti, agresivity u mužů. (Renzetti, Curran, 2003) Z tohoto důvodu je někdy problematické, aby obě strany navzájem skutečně pochopily argumenty té druhé strany, protože vychází ze zcela odlišných hodnot, principů a předpokladů, jak je patrné i na dvou přístupech k domácím porodům.

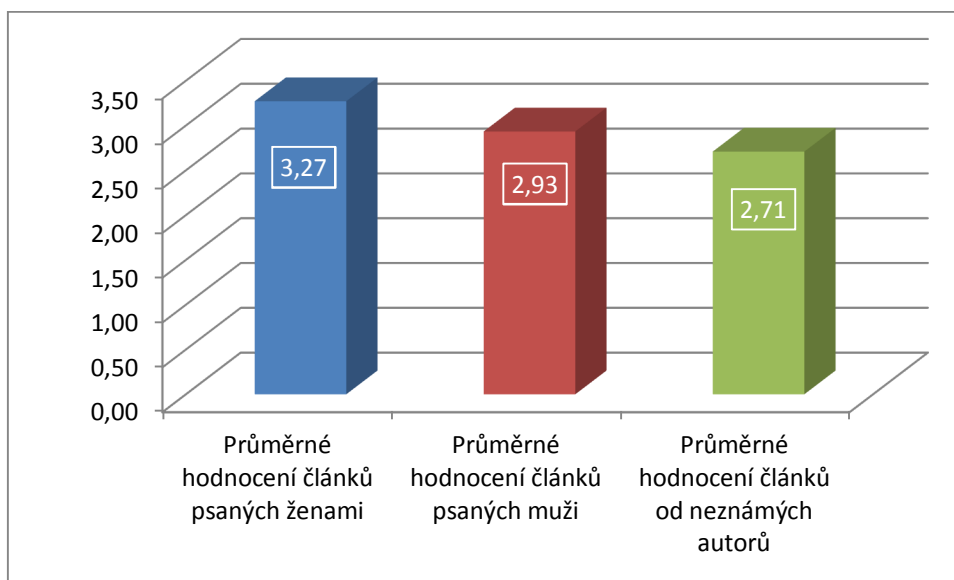
Graf č. 7 Autorství článků



Celkově ze 76 článků jich bylo ženskými autorkami napsaných 37, 15 jich napsali muži a 24 jich pochází od autora neznámého pohlaví, kde byla uvedena pouze přezdívka. Z toho můžeme usuzovat, že pokud nebyli neznámí autoři skoro všichni muži, tak je téma porodů atraktivnější pro ženy, kterých se přece jen týká o něco více.

Jak jsem již uváděla, všechny články jsem ohodnotila na stupnici od jedné do pěti, kdy číslo pět odpovídá jednoznačné podpoře svobodné volby místa porodu. Z tohoto hodnocení jsem pak v závislosti na pohlaví autora/ky vypočítala průměr článků psaných ženami, muži a neznámými autory.

Graf č. 8 Průměrné hodnocení článků dle pohlaví autora/ky



Jak je vidět na grafu č. 8, očekávatelně vyzněly nejpozitivněji články psané ženami. Průměrné hodnocení těchto článků je 3,27, oproti 2,93 u článků psaných muži. Nejnižší skóre – 2,71 získává skupina neznámých autorů, což věc trochu komplikuje, protože se

můžeme jen dohadovat, zda většinu z nich tvořili muži či ženy, a také jaký je asi důvod za tím, že neuvedli své jméno. Jejich názory jsou totiž nejbližší lékařskému modelu.

Na základě těchto průměrů můžeme říci, že pohlaví autora/ky přece jen hraje roli, protože kromě ženských autorek vyznívaly články od mužů a neznámých autorů spíše proti domácím porodům, neboť jejich průměr se pohybuje pod hodnotou 3, která označovala články neutrální. Takové články obvykle uváděly výhody obou modelů a objektivně podchycovaly diskuzi ohledně tohoto tématu. Jak je vidět, takových racionálnějších článků, které se snaží o nestrannost a poukázání faktů z obou stran by mělo být více. Většina jich bohužel zůstává tendenční a emocionálně zbarvená, což jen dokládá, jak moc kontroverzní a osobní je téma domácích porodů.

15.3 Svobodná volba – koho?

Před pár dny zemřelo při domácím porodu další dítě, a **nezodpovědné "domorodky"** se opět staly žhavým soustem, ke kterému měl potřebu vyjádřit se kdekdo. (Charousková, 2012)

Nad porody doma však stále visí mnoho otázek. Jsou **ženy, které se pro tuto variantu rozhodnou**, nezodpovědné hazardérky, nebo naopak jde o **ženy statečné**, které chtějí pro sebe a své dítě to nejlepší? (Jandová, 2011)

Jak potvrzují i tyto výroky, diskuze kolem domácích porodů je výrazně genderovaná. Konkrétně na nich vidíme skutečnost, že rozhodnutí ohledně volby místa porodu a jeho způsobu je skoro vždy prezentováno pouze jako matčina volba a matka je poté tím, kdo je kritizován za nezodpovědnost. To je zajímavé i proto, že jinak jsou články nejčastěji psané v generickém maskulinu, kdy mužský tvar implicitně zahrnuje i ten ženský. U tématu zodpovědnosti je to ale naopak – využívá se výhradně ženský tvar, který má zdůraznit, že jde pouze o ženskou záležitost.

Ne vždy jsou ale ženy prezentovány pouze negativně. V článcích na podporu domácích porodů jsou zase vyzdvihovány jako ty statečné, které se nebály jít proti systému, jsou vyzdvihována jejich práva, apod. Ať už je ale k ženám přistupováno jakkoliv, jde mi o to, že volba místa porodu je pojmána jako čistě ženino rozhodnutí. Při čteních takto jednostranných článků je jen otázka času, než člověka napadne základní otázka: Nemá dítě náhodou rodiče dva? A co role otce?

Z analýzy článků a čtení literatury jsem získala dojem, že reálně je rozhodnutí o místě porodu většinou rozhodnutím obou partnerů. Rodička může mít na závěr hlavní slovo, nicméně jejich partneři by měli s tímto rozhodnutím souhlasit, aby byli schopni rodičku náležitě podpořit. A bohužel to, zda šlo o rozhodnutí obou, nalezneme v takových článcích pouze málokdy, ačkoliv to podle mého názoru tak většinou je. Proč tedy nikdo nezkoumá, zda šlo o rozhodnutí obou a vše se svaluje na matku? Přeci jde o dítě dvou lidí, oba by měli mít zodpovědnost za jeho příchod na svět, výchovu, atp.

V zamlčování této informace vidím vliv genderových stereotypů, podle kterých je reprodukce a vše s ní spojené pojímáno jako ženská doména, a současně to odkazuje k mocenskému diskurzu kolem domácích porodů. Domnívám se, že pokud by byl otec proti, tyto tendenční články by to neopomněly zmínit, ale pokud jde o rozhodnutí obou partnerů/manželů, podává se to jako matčino rozhodnutí. Je nepochybně jednodušší svádět vše na ženskou iracionalitu, než ještě muset polemizovat se stereotypní mužskou racionalitou, tam by pak bylo každopádně obtížnější oba zdiskreditovat.

Navíc se nedá předpokládat, že muži-porodníci budou zpochybňovat úsudek jiných mužů, jak je vidět i na jejich vzájemné soudržnosti. V zájmu udržení dojmu, že oni jsou ti, co ví všechno nejlépe, se raději nepouštějí do debat s hrdými otci doma narozených dětí, ale raději se zaměřují na jednoho nepřítele – domorodičky a porodní asistentky - ženy, které mohou napadat stereotypními genderovanými atributy dle libosti a příhodně svalovat všechnu zodpovědnost na ně.

15.4 Genderový aspekt – shrnutí

Výsledky genderového rozložení nejsou výrazně překvapující. Ukázalo se, že proti domácím porodům se v článcích v naprosté většině vyjadřují porodníci – muži nebo jiné kapacity spadající pod gynekologické a porodnické organizace České republiky. Oproti nim z diskurzu přirozeného porodu vycházejí porodní asistentky a aktivistky z příslušných organizací a hnutí za práva matek, svobodnou volbu a reprodukční práva.

Také se ukázalo, že článků od ženských autorek bylo dvakrát více než od těch mužských, což naznačuje, že tematika porodů je pro ženskou část populace důležitější, než pro tu mužskou, protože ho také většinou osobně zažívají. Současně se potvrdilo, že články psané ženskými autorkami vyznívají ve vztahu k domácím porodům nejpozitivněji, zatímco ty od mužských autorů jsou již spíše negativní. Nejhuře dopadly články od

neznámých autorů, což asi vysvětluje, proč raději zvolili pseudonym, než aby odhalili svoji identitu.

Na druhou stranu rozdíl mezi hodnocením ženských a mužských autorek nebyl až tak radikální, což podle mě vypovídá o tom, že otázka domácích porodů neznamená spor mezi muži a ženami, ale spíše mezi porodníky a porodními asistentkami, tedy na té odborné úrovni v rámci zdravotnického personálu. Vypadá to totiž, že veřejnost nehledě na gender od nich dostává protichůdné informace a snaží se v tom najít nějakou logiku, příp. se přikloní k jednomu či druhému názoru. Zde se znovu ukazuje, že gender se nedá limitovat pouze na pohlaví člověka, ale plní i důležitou symbolickou funkci. Nicméně je logické, že v rámci zdravotnické komunity je tento rozpor mnohem emocionálnější, protože jde o profesionální rivalitu.

Genderová analýza odhalila, že z vnějšku pro laiky je toto téma sice genderované, kdy ženské autorky mají tendenci více vyzdvihovat výhody domácích/přirozených porodů a celkově se k tématu porodů častěji vyjadřovat než autoři-muži, ovšem uvnitř zdravotnické profese dochází k extrémní genderové diferenciaci, kdy muži z pozice porodníků či gynekologů ve velké většině vystupují proti domácím porodům, zatímco porodní asistentky pro. Současně se potvrdilo, že české zdravotnictví je skutečně velice polarizované a že jen výjimečně vidíme, aby se někteří zdravotníci/ce veřejně vyslovili pro právo výběru místa porodu, neboť by šli proti svým finančním zájmům, a také se často neodvážejí zpochybnit dominantní medicínský diskurz. Naopak za opačnou stranu zdravotnické komunity se vyjadřovaly výhradně ženy - soukromé porodní asistentky.

Jako další příklad genderovaného diskurzu kolem domácích porodů jsem uvedla skutečnost, že zodpovědnost za volbu místa porodu a následně i průběh tohoto porodu je prezentována jako matčina volba a to, jak se k rozhodnutí rodit doma stavil otec či partner této ženy, skoro zmiňováno není.

A tak se třetí dítě **rozhodla porodit doma. Manžel ji v tom podpořil.** Kromě vlastních zkušeností se Petra opřela i o ty, které nasbírala jako dula. (Jandová, 2011)

A pokud to výjimečně zmíněno je, jako v tomto článku, tak se jedná pouze o články, které se zcela jasně vyslovují ve prospěch domácích porodů a obvykle popisují zkušenosti žen s porody doma. V žádných kriticky orientovaných člancích vůči domácím porodům jsem nenalezla jediný výrok, kde by se kromě nezodpovědnosti matky zmiňovala také nezodpovědnost otce, nebo alespoň nezodpovědné rozhodnutí obou partnerů.

Tímto nechci říci, že matka není ta, kdo by měl primárně rozhodovat o svém těle a způsobu, jakým chce přivést na svět své dítě. Domnívám se, že to je naopak především její rozhodnutí, stejně jako v otázce potratů. Nicméně je dobré, aby její partner s jejím rozhodnutím minimálně souhlasil a podpořil ho, což se v praxi často děje – proto poukazuji na to, že tato skutečnost a zodpovědnost, kterou má i otec za své rozhodnutí a případné komplikace, které v jeho důsledku nastanou, je v médiích zcela opomíjena.

16 Diskurzivní analýza dvou zvolených článků

V návaznosti na hloubkovou analýzu celého souboru mediálních textů nyní analyzuji dva vybrané články pomocí KDA. Činím tak proto, abych mohla na konkrétních příkladech ukázat, jak se diskurz, ze kterého autoři vycházejí, promítá do jejich volby jazykových prostředků a argumentů, které používají. Z tohoto důvodu jsem si vybrala články z opačného spektra, tj. hodnocené číslem 1 – zcela proti domácím porodům a vycházející z lékařského modelu, a 5 – vyzdvihující práva na svobodnou volbu rodičky a vycházející z přirozeného modelu.

16.1 Článek proti domácím porodům - Doležal

Pro analýzu strany proti domácím porodům jsem si vybrala článek známého žurnalisty z Reflexu Jiřího X. Doležala, který se v médiích k tomuto tématu vyjadřoval velice často a dosti jednostranně. Tento článek vyšel v červenci 2010 v Reflexu a jeho název je NEROŇTE DOMA! s podtitulkem Americká vědecká studie: Domácí porody jsou pro novorozence rizikové.⁵ (Doležal, 2010)

Za pozornost a důležitý ukazatel autorova názoru stojí samozřejmě slovní zásoba a terminologie, kterou si autor volí. Již na názvu vidíme direktivní a odstrašující rétoriku, kdy autor pomocí volby velkých písmen jasně varuje, aby nikdo nerodil doma. Současně v podtitulku využívá okamžitou argumentaci skrze civilizační diskurz, kdy se odkazuje na jinou, vyšší autoritu – v tomto případě na určitou americkou „vědeckou“ studii, tedy něco, co zní velice seriózně. K této studii se ještě vrátím.

Už samotná první věta vypovídá o povaze článku a o tom, že se autor zcela určitě nesnaží zůstat nezaujatý a podat téma co možná nejvíc neosobně, ale naopak že se ho téma

⁵ Článek je umístěn na konci práce jako příloha č. 2

týká a jde především o článek manipulační, emočně zatížený a s cílem přesvědčit čtenáře, že jeho ideologie je ta jediná správná a možná.

Reprezentativní studie domácích porodů ukazuje, že rození doma je HRUBOU NEZODPOVĚDNOSTÍ, která **kvůli pohodlí matky zásadním způsobem zvyšuje rizika pro novorozené dítě.**

Velká písmena značí samozřejmě to podle autora důležité, zatímco slovo reprezentativní na začátku odkazuje na autoritativní vědění a jakousi expertní znalost, se kterou laici nemohou ani polemizovat. Říká tak prakticky, že on má ty nevyvratitelná fakta, která nejsou jím ovlivněná, nýbrž objevená nějakými nestrannými objektivními odborníky. Mimoto slovo reprezentativní znamená, že zastupuje i ostatní studie, tudíž je provedená správně a důstojně. To si později dovolím zpochybnit.

Dále také stereotypně viní matky z nezodpovědnosti a využívá argument riziky, který je, jak jsme si již ukázali, pro lékařský model příznačný.

Podle mého názoru je **nesmyslnost domácích porodů zjevná i pro laika.** Jakýkoliv proces, při kterém může dojít ke zdravotním komplikacím, přece **musí být bezpečnější,** pokud se odehraje v bezprostředním dosahu **všech lékařských přístrojů** určených k oživování a přístrojovému dýchání.

Podle tohoto výroku je domácí porod nesmysl, přičemž nesmyslnost tohoto rozhodnutí musí být jasná i laikovi. Říká tím prakticky to, že nesmyslnost je podle něj natolik očividná, že i ten nejobyčejnější a nejméně informovaný člověk musí určitým zdravým rozumem dojít k tomu, že to nedává smysl. Opět jde o zavádějící manipulační formulaci, kterou se odvolává na civilizační diskurz, kdy nejmodernější technologie znamenají pokrok a něco vyššího, k čemu jsme museli dospět, a odvrát od toho by znamenal návrat do minulosti, což je zjevně negativní.

Přesto v Česku existuje několik **nadšených propagátorek** plánovaných domácích porodů. Předvádějí se v ženských časopisech, v nichž **stavějí vzdušné zámky o bezproblémovosti domácího rození,** a **důsledně nevedou žádné statistiky doma plánovaných porodů** (které bohužel nevede ani příslušné ministerstvo), takže není snadné jim jejich **bludy** vyvracet. Tyto aktivistky a porodní asistentky, jež mnohdy pravděpodobně **trpí komplexem,** že nevystudovaly medicínu, vytvářejí takový veřejný tlak ve prospěch domácích porodů, že se z nich stává jakási **alternativní móda.**

Zde se analýza stává ještě zajímavější, protože zaprvé autor předpokládá, že všichni propagující domácí porody jsou ženy, což není pravda a za druhé z nich dělá lhářky a

intrikánky, které podle něj záměrně nevedou žádnou statistiku, aby nebylo vidět, jak moc nebezpečné je rodit doma, a navíc jsou ještě zakomplexované, že nevystudovaly medicínu jakožto asi nějaký velice vážený obor, na který se nedostane jen tak někdo. Lze se tedy domnívat, že podle něj na to tyto ženy nemají dostatečnou inteligenci, a tak jsou zahořklé a bojují proti něčemu, co je převyšuje. Zde lze nepochybně vypozerovat autorův šovinistický postoj a přesně podobná označení se objevují i v kritice feminismu především z neinformovaných misogynních pozic.

Pokud se zaměříme na jeho terminologii, lze na ní dobře vypozerovat emotivní volbu výrazů, která jasně ukazuje autorův postoj a jeho snahu vnutit čtenáři/ce ten samý názor. Například užití fráze „stavějí vzdušné zámky“ odkazuje k předstírání, neupřímnosti, nadsazování, fantazírování a záměrnému lhaní. Podobně jeho termín „alternativní móda“ označuje něco, co je populární, a právě proto to lidé dělají. Ovšem tak se mi koncept domácích porodů vůbec nejeví, neboť ho vědomě volí pouze nepatrný zlomek žen, a pokud už ho volí, tak jsou to ženy o porodu velice dobře informované, které mají pro své rozhodnutí konkrétní důvody.

Nikdo nemluví o módě nemocničních porodů, protože to je zkrátka zažitou praxí. A pokud se objeví někdo, kdo nesouhlasí s filozofií, ze které lékařský model porodu vychází, tak je zesměšněn tím, že se jen snaží jít s dobou a být stylový. Tato argumentační strategie je poměrně častá a objevuje se např. v debatě o vegetariánství. Je totiž jednodušší diskreditovat lidi dopředu za to, že někoho bezmyslenkovitě kopírují, aby získali lepší status, než se skutečně zamyslet nad důvody, které je vedou k odmítání zavedeného způsobu konání věcí, a zda tyto důvody nemají opodstatnění.

Asi největším „tvrdým faktem“, na kterém stojí legitimita textu a který má přesvědčit čtenáře o pravdivosti článku, je od začátku adresovaná studie. Dále se dozvídáme, že ji publikoval britský list The Guardian a podle něj ji původně otiskl American Journal of Obstetrics and Gynecology. Doležal uvádí, že studie prokazuje, že domácí porody jsou sice pohodlnější pro rodičky a dochází k méně zásahům, nicméně pro novorozence jsou výrazně rizikovější, což podle něj jen potvrzuje „všechno, co napadne duševně zdravého laika, když se nad domácím rozením zamyslí.“ Zde znovu odkazuje na začátek a apeluje na inteligenci a očividnost rizikovosti a nesmyslnosti domácích porodů. Pokud by se s tím snad někdo odvážil polemizovat, implicitně nemá zdravý rozum. V podstatě tím implicitně říká, že ženy si mohou dělat, co chtějí, ale děti jsou kolektivní odpovědností společnosti a on má právo a povinnost se k tomu vyjadřovat, protože stojí na té správné straně sporu.

Tuto studii jsem si v Guardianu dohledala a skutečně takový článek z července 2010 existuje.⁶ Uvádí, že u domácích porodů je až třikrát vyšší riziko neonatální úmrtnosti dítěte (tj. do 4 týdnů po porodu), oproti nemocničnímu porodu. Doležal zapomíná zmínit, že se jedná o tu neonatální úmrtnost a také příhodně zamlčuje další fakta z článku. Dále se tam totiž píše, že podle skotské studie je zjevné, že pokud z tohoto výzkumu vynecháme vysokoriziková těhotenství, dostaneme se na srovnatelné hodnoty rizik. Větší riziko úmrtnosti dítěte je tedy v této kalkulaci způsobeno zahrnutím žen, u nichž bylo riziko komplikací větší, a měly tím pádem rodit v nemocnici. Současně článek konstatuje, že pro ty nízkorizikové rodičky je porod doma stejně bezpečnou možností, jako nemocnice.

Z těchto faktů, které Doležal příhodně nezmiňuje, je patrná jeho zaujatost a selektivita, pokud jde o „fakta“, která prezentuje a která mají mít především přesvědčující, a ne informativní charakter. Kromě toho by se daly dohledat desítky studií, potvrzujících nejen srovnatelnou bezpečnost domácích porodů, ale i jejich větší bezpečnost právě u této nízko-rizikové kategorie rodiček. Doležal ale spoléhal na to, že si většina lidí jeho údajná fakta ověřovat nebude, a také použil něco, co alespoň zdánlivě existuje a co může tím pádem pro účely svého tvrzení zkreslit, jak se mu hodí.

V dalším odstavci cituje postoj České gynekologické a porodnické společnosti k domácím porodům, který jsem již uvedla a analyzovala v kapitole o bezpečnosti domácích porodů, a kde jde hlavně o to, že celý domácí porod je dle nich postupem non lege artis, tedy v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Odvolávání se na nějakou vyšší autoritu jsem tam již také analyzovala, a ta je příznačná pro celý tento článek.

A tak v Německu nakonec došlo k tomu, že mnohé těhotné dnes **vyžadují od samého začátku těhotenství plánovaně císařský řez.** Což je přesně **opačný pól spektra k domácím porodům.** **Nejzdravější novorozence** má dnes Itálie, částečně i proto, že tam představují **řezy asi čtyřicet procent příchodů dětí na svět.** Skandinávie a Nizozemsko pomalu odpadají, protože jsou tam domácí porody časté. **Riziko úmrtnosti ženy je při císařském řezu dvakrát až třikrát nižší než při vaginálním porodu.**

V tomto odstavci Doležal otevřeně prezentuje císařské řezy jako podle něj tu nejzdravější variantu porodu. Není sice zcela jasné, zda se jedná o názor jeho či citovaného doktora Aleše Novotného, nicméně, jak jsem již vysvětlila ve své podkapitole o císařských řezech, se jedná o složitou operaci, která se zcela jistě nedá srovnávat či dokonce vyzdvihovat jako méně riziková oproti normálnímu přirozenému porodu. Autor zde zcela

⁶ <http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2010/jul/01/home-birth-childbirth-babies-study>

opomíjí jakákoliv fakta na úkor idealizace svého extrémně technokratického přístupu. Je tedy patrné, že pokud se nejedná přímo o autorův názor, tak se s ním minimálně ztotožňuje, neboť si záměrně vybral odborníka, který je odpůrcem domácích porodů a zastává až extrémní názor, podle kterého by měl být porod pouze technologicky provedenou operací.

"Kdyby dnes na Západě na celém *porodu* nevisel ten obrovský ocas psychologizace a humanizace a šlo skutečně o čistou medicínu, měli bychom devadesát pět procent primárních řezů, ty nejlepší děti a ty nejzdravější matky. A k tomu pět procent neplánovaných domácích porodů, kdy si žena stačí tak akorát lehnout, dvakrát zakucká a je to. Asistuje a dítě osuší manžel, matka nebo sousedka, v nejhorsím případě udýchaný doktor nebo i sanitář ze záchranky, a pak jsou všichni **hrdinové."** Aleš Novotný

Doktor Novotný zcela zjevně opomíjí, že tento „ocas psychologizace“ je jedním z aspektů porodů, který není jen otázkou porození fyzicky zdravého jedince, ale také významnou událostí v životě celé rodiny, která předurčuje, jak se bude vyvíjet celý jejich vztah, a v neposlední řadě má průběh porodu vliv i na psychiku dítěte, jak jsem již rozebírala jinde. Bez humanizace bychom na ženu pohlíželi jako na stroj, což je nutně redukcionistické, neboť se jedná o lidskou bytost se svými určitými přáními a potřebami. Nevidím tedy důvod, proč porod ideálně brát jako pouhou operaci.

Stejně tak jeho termín „čistá medicína“ naznačuje něco ryziho, ideálního, oproštěného od přízemních lidských pocitů, které nás asi navracejí zpátky do přírody, a tím pádem i do minulosti, tedy jsou anti-pokrokové. Je patrné, že nepřikládá velký význam psychologické stránce osobnosti, resp. skutečnosti, že člověk není pouze tělo, ale i osobnost - spíše v tom vidí překážku pokroku. Takto se ale v článcích vyjadřuje více lékařů a lékařek a je vidět, jak moc jsou chyceni ve svém diskurzu, a proto nejsou často schopni pochopit rétoriku přirozených porodů.

Shodou okolností mám jednu známou, která se ve svých čtyřiceti letech, a proto, že je bezdětná, začala zajímat o domácí porody a propagovat je. Požádal jsem ji o komentář ke studii – co aktivistka řekne na tvrdá data?

V tomto úryvku dává Doležal do souvislosti věk, zájem o jiné způsoby porodu a bezdětnost, ačkoliv já tam žádný kauzální vztah nevidím. Nejspíše to ale ani nemá být logické, spíš jde o další ze způsobů, jak poukázat na to, že podpůrci/kyně domácích porodů tak musí činit z vlastních osobních důvodů, především nějaké frustrace a deprivace – to je

jediný způsob, jak on si to vykládá, protože není schopen nebo ochoten se zamyslet nad samotnými jejich argumenty. Kromě toho je zajímavé, že Doležal je také bezdětný a velice aktivisticky se angažuje v propagaci opačného postoje.

Současně svou známou konfrontuje s jeho „tvrdými daty“ ze studie, jak jsme si již řekli, daty neúplnými a zavádějícími, ovšem v jeho podání jde o něco vyššího, co se nedá zpochybnit, neboť čísla mají magickou schopnost takto působit.

Výrok jeho známé jsem již analyzovala v podkapitole o přijímání axiomu protistrany a poukazuje v reakci na studii na to, že jde hlavně o mocenský boj a údajná fakta se dají zmanipulovat z obou stran, jak jsme ostatně viděli i na selektivnosti Doležala při odkazování na článek v Guardianu. Tento jeho názor nejlépe shrnuje další výrok z článku:

*„Aktivismus ve prospěch domácích porodů lze prostě chápat jako jeden z **projevů hysterie**, podobný třeba **odmítání očkování u dětí** nebo **přesvědčení o existenci patogenních zón**. Proto ostatně svou známou nejmenuji — chápu její vyjádření **ne jako racionální postoj, ale jako iracionální projev nemoci, neurózy**.“*

Doležal již předtím srovnal zastánce/kyně přirozených porodů se šílenými, nyní je označuje za hysterické, iracionální a nemocné. Současně staví domácí porody na stejnou úroveň s odmítáním očkování a dokonce s patogenními zónami - opět zde nevidím jakoukoliv podobnost, hlavně s tím posledním. Odmítání očkování a domácí porody spojuje pouze to, že se jedná o neobvyklé přístupy, které poukazují na problémy v dominantním diskurzu a nastiňují jiné alternativy. Autor se ani trochu nezamýšlí nad důvody, které by tyto „aktivistky“ mohly mít, neboť jednodušší pro klid mysli a potvrzení si vlastních názorů je označit je za šílené a nemocné, čímž jejich argumenty ztratí svou sílu a není nutné se jimi zabývat. Na tom opět vidíme, že pracuje s esencialistickým pojetím genderu, kdy na základě biologického pohlaví předpokládá, že jsou všem ženám i mužům připsány určité vlastnosti. Termíny, které používá, staví na těchto binárních opozicích, kdy je vše mužské nadřazováno ženskému. (Renzetti, Curran, 2003) Na základě těchto vykonstruovaných opozic byla totiž ženskost spojována právě s iracionalitou oproti mužské racionalitě, s čímž souvisí i hysterie, šílenství, neurózy, apod. – tj. to „nezdravé“ se rovná ženskému principu.

Je tedy zcela očividné, jak emocionálně a osobně je tento článek psaný, a že se ani nesnaží vést diskuzi o věcných argumentech, které uvedla Doležalova známá, nýbrž pouze ad hominem uráží ty, co s ním nesouhlasí, tj. osobními útoky na jejich zdravý rozum, což podle mě nepatří ani do časopisu typu Reflex.

V závěru, aby své tvrzení ještě náležitě dramatizoval, uvádí, že Ministerstvo zdravotnictví plánuje trestně stíhat matky a příp. i další osoby asistující u porodu, pokud dojde k poškození dítěte. Tento výrok je již analyzován u práv dítěte. Podle Doležala totiž dítě nemůže dát souhlas s takovýmto jednáním, a tak za něj rozhoduje matka, která by měla nést i právní zodpovědnost za případnou „vraždu.“ Otázkou je, jestli by za tuto „vraždu“ byl stíhán i zdravotnický personál, když zemře dítě v porodnici.

16.1.1 Shrnutí KDA Doležalova článku

Doležalův článek celkově vyznívá jednoznačně proti domácím porodům, nicméně s jejich argumenty nepolemizuje na věcné faktografické úrovni, ale útočí a napadá „propagátorky domácích porodů“ (jen ženy) ad hominem. Podle něj jsou tyto ženy šílené, frustrované, něco zásadního jim v životě chybí, nezodpovědné, hysterické, apod. Porodní asistentky jsou zase zakomplexované, že jim chybí vysokoškolské vzdělání. Na tom vidíme, že autor přistupuje k ženám velice misogynně a z patriarchálních pozic, přičemž ve svém popisu ženských vlastností vychází z esencialistické představy, že biologické pohlaví člověka determinuje jeho gender, čímž ho vybavuje určitými sdílenými vlastnostmi příslušným jeho pohlaví.

Tento článek je typickým příkladem sugestivního manipulativního textu, který není schopný vést debatu na úrovni a reagovat na fakta a důvody, které strana pro domácí porod uvádí. Je velice emočně zatížen, což je patrné i ze slovní zásoby, kterou si autor volí, a jednoznačně vychází z lékařského modelu, podle kterého jsou porody v lékařském zařízení s co největším technologickým vybavením tím nejlepším řešením. Dokonce jde až tak daleko, že se přiklání k operativnímu vyjmutí dítěte z těla matky jakožto údajně nejbezpečnější metodě porodu.

Argumentuje pokrokem, čímž využívá rétoriku civilizačního diskurzu, a také autoritativním věděním skrze studii, kterou avizuje již v nadpisu. Ovšem výsledky této studie je možné zpochybnit na základě zahrnování vysokorizikových rodiček, protože tato skupina je pro domácí porody nejméně vhodná. Tento fakt Doležal opomíjí zmínit, ačkoliv je v něm citovaném článku uváděn, stejně jako to, že u nízkorizikových rodiček je riziko s nemocnicí zcela srovnatelné. Jde tedy o článek manipulativní, založený na selektivních faktech a s naprosto nedostatečnou argumentací, kdy autor akorát shazuje a vysmívá se všem těm, kdo jeho názor nesdílí.

16.2 Článek pro domácí porody - Třešňák

Jako protipříklad jsem si vybrala článek Petra Třešňáka, vydaný v lednu 2011 v Respektu s titulkem Právo zůstat doma: Co nám říká právě probíhající soudní spor o domácí porody.⁷ (Třešňák, 2011)

Hned v úvodu Třešňák zmiňuje kauzu s Königsmarkovou, která podle něj poukazuje na to, že porodníci a gynekologové již léta ignorují poptávku rodiček po změně zdravotnictví. Připouští, že domácí porod se může ve velmi málo případech zkomplikovat, ale že ženy volí tuto možnost - podle něj riskantnější - z důvodu neústupnosti lékařů. Dá se říci, že jeho výrok, již citovaný a analyzovaný v podkapitole Přijímání axiomu protistrany, ukazuje, že přijímá předpoklad o větší rizikovosti domácích porodů, nicméně je to podle něj lékaři a médií přehnaně akcentované.

O větší rizikovosti domácích porodů by se dalo polemizovat. Jak jsem již psala dříve, porod - stejně jako jakékoliv aktivity - s sebou přináší určitý kalkulovaný risk, který člověk musí přijmout. V praxi se však nepotvrdila skutečnost, že by pro nízkorizikovou kategorii šlo o nebezpečnější variantu oproti porodu v nemocnici. Myslím, že jeho názor ukazuje, že ačkoliv může být na straně přirozených porodů, často prezentované rádobou kvalitní výzkumy a fakta lékařů se podepsala i na jeho vnímání domácích porodů, a proto tuto základní premisu o jejich větší rizikovosti nezpochybnuje, což vidím jako velkou chybu. Pokud by byla totiž vyvrácena, není nutné se stavit do defenzivní pozice.

I s maximální zodpovědností a účastí zkušené asistentky prostě platí, že **pro velmi malou část nepředvídatelných porodních komplikací je rozhodně lepší mít v zádech vybavenou nemocnici než narychlo vytáčet sanitku. Průšvih se může stát – a rozhodnout se pro domácí porod by mělo znamenat toto riziko přijmout.** Lékařům se ovšem z tématu rizika a nebezpečí podařilo udělat ústřední, takřka jediné téma českého porodnictví.

Zde vidíme, že autorův názor o větší rizikovosti vychází z přijetí předpokladu, že se porod může kdykoliv nepředvídatelně zkomplikovat. To je stejná premisa, ze které vychází i lékařský model. Rozdíl je ale u něj v tom, že i přes tato rizika by podle něj člověk měl mít právo se rozhodnout, kde chce родit, ovšem musí toto riziko akceptovat. Již ale neuvádí, co by to v důsledku znamenalo. Je totiž rozdíl přijmout riziko psychicky a být za poškození

⁷ Článek je umístěn na konci práce jako Příloha č. 1

dítěte zodpovědný např. po právní stránce nebo muset platit pojišťovně odškodné, pokud bude potřeba hospitalizace.

Autor také zmiňuje pocit nadřazenosti českých lékařů kvůli naší nízké porodní úmrtnosti, která je podle něj příčinou neflexibility a neochoty připustit nějakou alternativu nebo se zařídit podle kritiky. Tím se podle něj vytvořila rizika nová, spojená právě s nemocniční péčí, a tato rizika dokáží z porodu udělat minimálně velice nepříjemnou zkušenost. Konkrétně uvádí:

Nerespektování rodičky, nedostatek intimity, stres a napětí, zbytečné a neopodstatněné řízení porodu umělými zásahy, všechny tyto typické nešvary českých porodnic dokážou z porodu dodnes udělat nejen **nepříjemný zážitek, ale i slušné trauma**.

Zde vidíme, že autor se s lékařským modelem kromě axiomu o větší rizikovosti rozchází a naopak ho kritizuje za praktiky, které v něm dochází a které již byly podrobně rozebrány dříve. Poukazuje na problémy, které z porodu v nemocnici vyplývají a také na fakt, že důsledky nemocničních porodů z hlediska psychiky matky a dítěte již nikdo nezkoumá, ačkoliv na tom také záleží.

To, že matky nakonec rodí doma, prezentuje převážně jako řešení plynoucího z nedostatku alternativ a zařízení, které by umožňovaly přirozený porod. To není také úplně pravdivé a bylo by dobré zmínit, že prostředí nemocnice nebude nikdy úplně stejné jako doma, a tak určitá malá skupina žen bude vždy preferovat porody v prostředí vlastního domova.

Porodnic nebo konkrétních lékařů, kteří by **respektovali přání po přirozeném porodu, u nás najdeme zoufale málo** a vzniku alternativních center lékaři z obav před konkurencí už léta úspěšně brání, takže není příliš z čeho vybírat. Nesmiřitelné odmítání domácích porodů, kterému aktuální neštěstí jistě dodá argumenty, je od lékařů **velmi krátkozrakým vztekáním podnikatele**, který nadává na konkurenci, místo aby se snažil zlepšit své služby a zákazníky si udržet.

Třešňák dále kritizuje české zdravotníky/ce za to, že místo toho, aby něco udělali pro zlepšení aktuálního zdravotnictví, tj. nabídli ženám alternativy a respektovali přirozené porody, raději kritizují konkurenci. Zde je vidět, že podle autora by bylo nejlepším řešením zlepšit české zdravotnictví tak, aby poskytovalo dostatečnou variabilitu služeb, aby byli spokojeni všichni, což je ale dost dlouhodobý proces a i pokud by k tomu došlo, bylo by to především motivováno financemi a udržením si klientek, ovšem reálně by se přístup lékařů nezměnil. Podobně se vyjadřuje i Ivana Königsmarková, která zdůrazňuje, že nechce

nikoho nutit rodit doma, nýbrž požaduje systémovou změnu českého porodnictví. (Matějů, Havlíková, 2010)

Autor používá ekonomické argumenty, kterými se sice snáze něčeho docílí, nicméně to stále nezmění to, že lékaři budou k ženám přistupovat neosobně a spíše jako ke zdroji příjmů, než k lidské bytosti se všemi jejími aspekty. Zde je vidět mocenský aspekt celého sporu, jak jsem již zmiňovala s ohledem na konzumerismus a komercializaci, neboť finanční aspekt této záležitosti nelze opomíjet. Ke změně je také potřeba, aby bylo těchto „alternativních“ rodiček více, aby se vytvořila větší poptávka.

Ale nejde jen o finance, jde o určitý monopol znalostí, prosazení vlastní expertízy jako normy, která se stane standardem pro všechny rodičky, která je ta správná. A protože jsou tyto dva přístupy – lékařský a fyziologický - tak rozdílné, je podle mě velice nereálné oba dva sloučit v rámci lékařského modelu pod nemocnicemi, nehledě na to, jak moc se lékaři přizpůsobí. Kompromis by se už dal vidět v porodních domech obsluhovaných primárně porodními asistentkami, jejichž vznik ale aktuálně u nás není reálně možný, neboť Ministerstvo zdravotnictví nestojí ani o takovouto alternativu, podle autora „z obav před konkurencí.“

V závěru Třešňák ještě více zdůrazňuje tento nesmyslný mocenský boj, když ho přirovnává k zákopové válce. Jak jsem již zmiňovala několikrát, ačkoliv jsou podle něj domácí porody riskantnější variantou, matky by přesto měly mít právo se svobodně rozhodnout a lékař by jim měl v tomto rozhodnutí asistovat, ne jim vnucovat své vlastní. Akcentuje lidská práva, mezi nimiž je i právo se svobodně rozhodovat a toto rozhodnutí by mělo být platné. Odvolává se na rozhodnutí soudu ze Štrasburku, které domácí porod nejen povoluje, ale s odkazem na základní lidská práva konstatuje, že by žena měla mít právo na asistenci při takovémto rozhodnutí. To bohužel aktuální české nastavení nepodporuje a umožňuje jen velmi obtížně, neboť jak jsem již zmiňovala, na samostatné porodní asistentky klade obrovské nároky ohledně vybavení, takže jich mnoho nedostane registrace. A není divu, že se některé z nich bojí u domácích porodů asistovat, když jsme teď měli možnost v médiích sledovat několik případů pranýřování porodních asistentek za úmrtí u domácího porodu, které jsou zobecňovány, náležitě dramatizovány a používány jako odstrašující příklad nezodpovědnosti a rizikovosti domácích porodů.

Z genderového hlediska je článek psaný výrazně méně stereotypně, než ten Doležalův. Dá se říci, že žádné genderové stereotypy ve své rétorice nevyužívá. Na druhou stranu používá generické maskulinum, tj. výrazy jako „klienti, lékaři, porodníci, gynekologové.“ V některém kontextu se o generické maskulinum nejedná, protože chce

zdůraznit konkrétní pohlaví, zatímco jinde je patrné, že ho využívá jakožto zevšeobecnující termín, zahrnující i ženy.

16.2.1 Shrnutí KDA Třešňákova článku

Tento článek obhajuje domácí porody přinejmenším jako možnou alternativu k nemocniční péči, která rozhodně není tak dokonalá, jak se prezentuje. Zmiňuje škodlivé praktiky, ke kterým v nemocnici rutinně dochází a které vedou k tomu, že matky raději volí porod doma, kde si mohou vše řídit samy. Svým zaměřením narušuje status quo a zpochybňuje stávající společenské hodnoty, podle kterých je nemocniční porod tím nejlepším, co může být.

Jazyk, který Třešňák volí, je diametrálně odlišný od Doležala, neboť nevyužívá tolik emocionálních termínů, neuráží, neutočí na konkrétní osoby, neargumentuje žádnými tendenčními výzkumy, atd. Je mnohem věcnější, informativnější a méně osobní, takže vyznívá legitimněji. Na tom je vidět, že strana pro svobodnou volbu se nemusí snižovat k podobným argumentačním faulům, neboť má dostatek věcných argumentů, které může využít – což je další důvod v její prospěch. Na druhou stranu je patrné, že strana, která těží z dominantní ideologie, tyto věcné argumenty tolik používat nemusí, protože staví na něčem, co se jeví jako přirozené a logické, takže její argumentace může být téměř nulová či založená pouze na stereotypech, a přesto bude mít na čtenáře/ku větší vliv.

Třešňák dále akcentuje právní zakotvení svobody volby, kterou by měla každá žena mít, byť je to podle něj třeba i o trochu rizikovější možnost. Ta zodpovědnost za takové rozhodnutí leží pouze na matce, nikom jiném. V neposlední řadě zdůrazňuje mocenský aspekt celé „zákopové války“ mezi porodními asistentkami a porodníky a nabádá lékaře, aby byli otevření kritice a zakomponovali změny a požadavky, se kterými rodičky přicházejí, do své nabídky, neboť je to i v jejich zájmu.

Dá se říci, že autor chápe argumenty vedoucí k přirozeným porodům, nicméně porody doma vnímá spíše jako nevyhnutelný důsledek aktuálního nedostatku alternativ, který je způsoben neflexibilitou zdravotníků. Ti jsou podle něj na základě reprezentativních výsledků perinatální úmrtnosti namyšlení, což jim brání v sebereflexi a přehodnocení stávajícího zdravotnického přístupu. Tím také odkazuje k civilizačnímu diskurzu, kdy skrze rétoriku pokroku dochází k zakonzervování stávajících pozic.

Ačkoliv tento článek nemusí vyznívat jako ten nejlepší příklad obhajoby domácích porodů, měla jsem pro jeho výběr k podrobné analýze několik důvodů. Zprv jde o fakt,

že je psán mužem, což opět ukazuje, že pohlaví autora nemusí být vypovídajícím prvkem pro jeho názory. Zadržte je psán někým, koho se tento spor v rámci českého zdravotnictví osobně nedotýká, což je poměrně výjimečné, protože většina článků pro domácí porody byla psána z pozice porodních asistentek a já chtěla nahlédnout dále za tento spor a vidět, jak ji vnímá někdo osobně nezainteresovaný. A za třetí chci ukázat, že není nutné, aby člověk měl všechny dostupné informace, načetl výzkumy a znal čísla ohledně rizikovosti domácích porodů proto, aby stál na jejich straně. I přes to, že Třešňák přijímá axiom o jejich větší rizikovosti, argumentuje lidskými právy - byť třeba právem na rizikovější variantu, jako něčím, co nám nemůže být zcizeno. A současně je z mediálního diskurzu schopen vysledovat, že v tomto sporu nepůjde asi tak úplně o nějakou „pravdu“, jako spíše o moc, odlišné autoritativní vědění, finanční otázky, apod. Je tedy vidět, že pokud má člověk kritické uvažování, nemusí být expert/ka, ale přesto pochopí, o co v tomto sporu skutečně jde a že nehledě na fakta nemůžeme ženám říkat, kde smí nebo nesmí родit.

17 Shrnutí analytické části

Moje analýza jak na té obecné, tak na konkrétní úrovni, přiblížila, jak se média vztahují a vyjadřují k domácím porodům během více než tříletého období od podání žaloby na porodní asistentku Ivanu Königsmarkovou. V rámci hloubkové textové analýzy diskurzu jsem se zabývala tématy, která v souvislosti s domácími porody vyvstávala nejčastěji. Přiblížila jsem otázku rizik, ke kterým lékaři/ky přistupují jako k něčemu inherentně spojenému s porody, zatímco porodní asistentky to vnímají spíše tak, že každá lidská činnost má určitou míru rizikovosti, nicméně není důvod se domnívat, že by tato míra byla pro domácí porody výrazně vyšší, než u těch nemocničních. Současně se také liší jejich názor na to, zda se tato rizika dají předpovídat, nebo ne. Poukázala jsem i na to, že v některých případech je axiom o větší rizikovosti domácích porodů sdílen u zastánců obou modelů, jak se ukázalo i na KDA Třešňákova článku, nicméně že ani to nemusí být důvodem jejich zavrnutí.

Zabývala jsem se výhodami domácích porodů, přičemž v rámci toho bylo nutné přiblížit problematické praktiky, ke kterým v nemocnici dochází a které jsou také důvodem, proč ženy nakonec rodí doma. Představila jsem právní dimenzi sporu a analyzovala, kdo má podle článků právo o nenarozeném dítěti rozhodovat - zda matka, oba rodiče či snad stát. Zmínila jsem výzkumy a vysvětlila, proč jsou někdy problematické.

V neposlední řadě jsem analyzovala názvy článků a přiblížila, jak se v českém zdravotnictví manifestuje moc a jak je tento mocenský boj patrný na kauze s Ivanou Königsmarkovou.

Ve druhé části jsem do grafů promítla obecné tendence všech analyzovaných článků. Ukázala jsem, že pohledy prezentované médiu nejsou jednoznačné, nicméně že nejčastěji se objevuje postoj spíše proti domácím porodům. Zjistila jsem, která periodika se ke kauze vyjadřují nejčastěji (Lidové noviny, Mladá Fronta Dnes) a zároveň jak se k ní vyjadřují. Z toho vyšlo, že nejpozitivnější přístup k domácím porodům zaujímal Respekt a nejnegativnější Reflex a Blesk. Nastínila jsem, jak se tato hodnocení vyvíjela v čase a zabývala se tím, zda je nějaká souvislost mezi číslem stránky a významem článku, což se nepotvrdilo.

Dále jsem zjistila, že za stranu proti domácím porodům se v člancích nejčastěji vyslovují muži - porodníci a naopak za stranu pro porodní asistentky, tedy že jde o souboj dvou profesních kompetencí. Potvrdilo se tedy, že alespoň v českých poměrech jde o konflikt výrazně genderovaný, ve kterém bohužel hlavní organizace jako je Česká gynekologická a porodnická společnost či Česká lékařská komora, stojí jednoznačně proti domácím porodům a představují svrchovanou autoritu.

Také se ukázalo, že téměř polovina článků byla psána ženskými autorkami a že u laické veřejnosti bylo autorství článků spjaté s pohlavím, neboť články od těchto autorek vyznívaly vůči domácím porodům nejpozitivněji. Na druhou stranu rozdíl mezi muži a ženami nebyl tak velký, jak by se dalo očekávat, což vypovídá o tom, že je důležité zohledňovat, zda je daný člověk v dané věci zainteresovaný osobně, anebo není, protože jak víme, je často jednodušší kriticky nahlédnout na nějaký problém zvenčí, než zevnitř, kde je člověk zaslepen svou subjektivitou a svými osobními zájmy a pozicí v rámci organizace.

Celá moje analýza byla prováděna genderově citlivě, takže se aspekt genderu promítal do všech jejích kroků a prakticky v každé její kapitole, nicméně konkrétně jsem gender zkoumala právě v otázce autorství, dále toho, kdo má v člancích největší hlas a také jsem se zabývala otázkou, jak média pohlížejí na volbu místa porodu, resp. kdo je podle nich za ní zodpovědný a co to nejspíše vypovídá.

Závěry analýzy nebyly nějak výrazně překvapující, naopak se potvrdilo, co jsem o českém mediálním diskurzu předpokládala. Jediné, co mě pozitivně překvapilo, byl fakt, že co se týče kvantity článků, byla strana pro i proti poměrně rovnoměrně zastoupena. To si vysvětlují tím, že kauza s Ivanou K. vyvolala výrazné reakce na obou stranách také proto,

že soudní spor neprobíhal zcela korektně. Ale ani kvantita článků nemusí o mnohém vypovídat, protože podle mé zkušenosti články o nezodpovědných matkách a hazardu se životem ubohých nenarozených dětí vždy vzbudí více pozornosti a jsou nakonec čtenější a známější, než ty poukazující na problémy českých porodnic. Možná je to také tím, že expertiza lékařů/ek a jejich údajná fakta jsou stále váženější, než ta porodních asistentek, jejichž hlasy nemusí být tolik slyšet, nebo mít takovou odezvu. Současně i podobný počet článků nezvrátí fakt, že přední české zdravotnické organizace přistupují k možnosti rodit doma stále velice odmítavě.

18 Závěr práce

Tato diplomová práce se zabývala domácími porody, což je téma, které je stále aktuální a v médiích často diskutované. Mediální zájem o domácí porody vzrostl po červenci 2009, kdy došlo k nešťastnému domácímu porodu, u kterého asistovala Ivana Königsmarková a v jehož důsledku novorozenec později zemřel. A jelikož Ivana svými přístupy k porodu a metodami pobuřovala mnohé české zdravotníky, využili této příležitosti k její žalobě a následnému zdlouhavému a jak jsem předvedla, zaujatému, soudnímu procesu, který se stal exemplárním příkladem toho, jaký „hazard“ představují domácí porody.

Média o tomto soudním procesu často referovala a zpracovávala ho z mnoha úhlů pohledu, čímž se odkryly dva odlišné diskurzy, ze kterých přístup porodních asistentek a porodníků vychází. Ty zde nazývám lékařským a přirozeným či alternativním modelem a v této práci jsem ukázala, že stojí na zcela odlišných premisách. A na základě těchto premis vedou i zcela odlišnou rétoriku, takže je pro ně téměř nemožné si vzájemně porozumět. Současně jsem skrze srovnání s jinými národy demonstrovala, jak funguje civilizační diskurz, který je v argumentaci kolem domácích porodů zakomponován, neboť lékařský model oslavuje technologický pokrok a domácí porody spojuje s „přírodou“ a regresí k minulým překonaným metodám, zatímco alternativní porodnictví z „přirozenosti“ vychází a naopak poukazuje na iatrogenní efekty, které vyvolává nadbytečná technizace porodu.

Dále jsem představila, jak se vyvíjel přístup k porodům a porodnictví jako takovému, abychom lépe pochopili, jak a z čeho vznikla profese porodníka a následně porodních asistentek, a proč je jedno hodnoceno výše než to druhé. Také jsem vysvětlila, že u nás je

přístup k domácím porodům poměrně striktní a že jsou země jako např. Holandsko, kde je tradice domácích porodů běžnější, což se pojí i se silnějším postavením porodních asistentek. Ukazuje se tedy, že zpravidla tam, kde mají porodní asistentky větší pravomoci, je příznivější prostředí pro domácí a přirozené porody, než tam, kde dominují nemocniční porody, ve kterých má hlavní zodpovědnost lékař/ka.

Ve své analytické části jsem analyzovala soubor novinových a časopisových článků, které se vztahovaly k výše zmiňované kauze a domácím porodům. Zajímalo mě, co se dá na základě těchto článků o českém mediálním diskurzu vypovědět, neboť jsem přesvědčena, že média hrají významnou roli v utváření názorů jednotlivců, ačkoliv tento vliv nelze přesně zkoumat a je pro každého různě velký, neboť každý sdělení interpretuje dle svých okolností a subjektivity. Cílem výzkumu tedy bylo objasnit, jaká je mocenská a genderová dimenze soudního sporu s Ivanou Königsmarkovou a tematiky domácích porodů celkově. Konkrétně jsem se svými výzkumnými otázkami ptala, zda lze u nás vůči domácím porodům vysledovat nějaké hlavní přístupy a jaké to jsou, jak se na nich manifestuje aspekt moci a jaký je genderový rozměr těchto přístupů.

Tento cíl se mi na základě vhodně zvolené metodologie a výzkumných otázek podařilo naplnit, neboť jsem i v člancích našla dva typy odlišné argumentace – porodních asistentek a porodníků – a představila jsem, z jakých rozdílných předpokladů, pojetí rizik a přístupů k porodům vycházejí. Na kauze s Ivanou Königsmarkovou jsem ukázala, že v českém kontextu se mocenský boj neodehrává pouze mezi lékaři a porodními asistentkami, ale i mezi lékaři a rodičkami, a mezi samotným zdravotnickým personálem, v rámci kterého dochází k systematické represi odlišných názorů, které by mohly zpochybnit výsadní postavení dominantní ideologie lékařského modelu.

Představila jsem také genderovou dimenzi tohoto sporu, která prostupovala celou mou práci. Skrze analýzu se totiž ukázalo, že v českém kontextu jde skutečně o velice genderovaný spor mezi muži-zdravotníky a ženami-porodními asistentkami, přičemž tento spor je částečně motivován profesními a ekonomickými faktory a jde o boj mocenský o to, čí autoritativní vědění je to správné a mělo by hrát dominantní roli v českém zdravotnictví. Současně se ukázalo, že i na úrovni laické veřejnosti hraje pohlaví autora/ky roli, neboť články od ženských autorek vyznívaly pozitivněji, než ty od autorů mužských, nicméně tento rozdíl není zdaleka srovnatelný s polaritou, k jaké dochází v rámci zdravotnické komunity, kde jde o spor dvou odlišných profesních diskurzů.

Ovšem tyto profesní diskurzy nejsou vyrovnané, neboť pouze strana lékařů/ek si chce udržet kontrolu nad porody a prosazuje svůj monopolní přístup k porodům. Strana

porodních asistentek tuto kontrolu naopak předává rodičkám a akcentuje podle mě to hlavní, o co by mělo jít především - blaho rodičky a dítěte - a to jak po fyzické, tak psychické stránce. Domnívám se, že hlavním smyslem lékařské profese by mělo být pomáhat, ačkoliv to třeba v případě porodů může znamenat jen asistovat a vyčkávat, až jich bude potřeba, anebo akceptovat, že někdo se zkrátka v nemocnici necítí tak dobře a raději chce родit doma.

Podle mě je nezcizitelným právem rodičky a jejího partnera si zvolit jakékoliv místo pro porod jim vyhovuje nejvíce a přijmout zodpovědnost za rizika, která z této volby vyplývají. Současně mi přijde, že je načase, aby Česká republika zohlednila rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva a poskytla ženě při jakémkoliv rozhodnutí asistenci. Lékaři/ky si totiž neuvědomují, že svým rozhodnutím bránit domácím porodům či tomu, aby u nich asistovala porodní asistentka, české zdravotnictví nevylepšují, ale naopak zhoršují, neboť potom bude žena buď родit bez lékařské pomoci, což rizika nutně zvyšuje, nebo bude nucena jít do nemocnice, kde se necítí bezpečně a v tomto psychickém rozpoložení bude její porod problematičtější.

Myslím, že porod je důležitým okamžikem nejen v životě ženy, ale i celé její rodiny, a že pro to, aby se stal vzpomínkou pozitivní a ne negativní je naprosto klíčové, aby se žena cítila bezpečně. Proto je také důležité, aby měla informace jak o tom, jak porod obvykle probíhá v porodnici se všemi jeho možnými úskalími, tak o tom, co obnáší porod doma. A na základě toho by se měla rozhodnout, kde se bude cítit bezpečněji.

Přijde mi, že smyslem medicíny by nemělo být někomu vnucovat svůj svrchovaný názor na to, co je pro člověka nejlepší, nýbrž mu asistovat v jeho informované volbě, ať už je jakákoliv. To je to hlavní, na co se často v diskuzích o domácích porodech zapomíná. Medicína a technologie jsou tu pro nás, a pokud nám přijde, že jsou při porodu zbytečné, protože ho vnímáme jako přirozený proces, měli bychom se setkat s respektem k této volbě.

Proto je důležité, aby se lékaři/ky a porodní asistentky povznesli nad své neshody a uvědomili si, že hlavním a společným cílem jejich profese má být pomáhat, což může někdy paradoxně znamenat vzdálit se a předat kontrolu někomu jinému, a že každý jsme individuální lidská bytost s jedinečnou historií a pozicionalitou, což nás odlišuje od všech ostatních a je tedy nezbytné, aby i zdravotnictví začalo na lidi pohlížet tímto holistickým způsobem a opustilo své univerzální principy a postupy, které se v konkrétních případech mohou ukázat kontraproduktivní.

19 Bibliografie

19.1 Sekundární literatura

1. ABRAHAM-VAN DER MARK, Eva. *Successful Home Birth and Midwifery: the Dutch Model*. 2nd. Amsterdam: Het Spinhuis Publishers, 1996. ISBN 90-5589-60-X.
2. BARTHES, Roland. *Mytologie*. Dokořán, 2004.
3. BECK, Ulrich. *Risk Society: Towards a New Modernity* (Theory, Culture and Society Series). London : Sage Publication, 1992.
4. BOURDIEU, Pierre. *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Cambridge: Harvard University Press, 1984.
5. BOURDIEU, Pierre. *Nadvláda mužů*. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-775-5.
6. CANDIGLIOTA, Zuzana. Právní postavení porodních asistentek v ČR. In KOTKOVÁ, Anna (ed.). *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies, o.p.s. 2011. ISBN: 978-80-86520-38-4.
7. ČKPA, Výkonný výbor. Otevřený dopis výkonného výboru ČKPA předsednictvu ČSPA. *Česká konfederace porodních asistentek* [online]. 10. 04. 2014 [cit. 2014-11-26]. Dostupné z: <http://www.ckpa.cz/sjednoceni-pa/145-otevreny-dopis-vykonneho-vyboru-ckpa-predsednictvu-cspa.html>
8. DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6.
9. DOLEŽALOVÁ, Jana. *Hovory s porodní bábou*. 1.vyd. Praha: Argo, 2006. ISBN 80-7203-792-7.
10. DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2012. 177 s.
11. FAIRCLOUGH, Norman. *Language and Power*. London: Longman, 1989.
12. FAIRCLOUGH, Norman. *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press. 1992.
13. FAWCETT, Jacqueline, Cynthia ABER a Virginia BOWEN SILVA. Pregnancy and Birth: Birth. *JRank Articles* [online]. [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://family.jrank.org/pages/1322/Pregnancy-Birth-Birth.html>
14. FOUCAULT, Michael. Subjekt a moc In: *Myšlení vnějšku*, Praha: Herrmann & synové, 1996. ISBN 80-238-0471-5.
15. FOUCAULT, Michael. *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin, 2000.
16. GOER, Henci. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2002, 549 s. ISBN 80-863-5613-2.

17. GUBA, Egon G., a LINCOLN, Yvonna S. Competing paradigms in qualitative research. In Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. *Handbook of qualitative research*. London: SAGE Publications, 1994. S. 105-116.
18. HALL, Stuart. *Representation: Cultural Representation and Signifying Practices*. London: Sage, 2003.
19. HALL, Stuart. *Kódování/dekódování*. In *Teorie vědy*, 2005, roč. 27, č.2, s. 41-59.
20. HANÁKOVÁ, Petra, Libuše HECZKOVÁ a Eva VĚŠÍNOVÁ. *V bludném kruhu: mateřství a vychovatelství jako paradoxy modernity*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, 437 s., [12] s. obr. příl. Gender sondy, 5. sv. ISBN 80-864-2949-0.
21. HAŠKOVÁ, Hana. Současná porodní a poporodní praxe v ČR. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. 2000, č. 4, s. 13-15.
22. HAŠKOVÁ, Hana. *Názorové difference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2001. ISBN 80-859-5097-9.
23. HEITLINGER, Alena. *Reproduction, Medicine and the Socialist State*. New York: St. Martin's Press, 1987.
24. HOVORKA, Jiří. Kolik stojí porod? *Měšec.cz* [online]. 17.8.2011 [cit. 2014-11-28]. Dostupné z: <http://www.mesec.cz/clanky/kolik-stoji-porod/>
25. HREŠANOVÁ, Ema. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2008.
26. HREŠANOVÁ, Ema a MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis*. 2008, roč. 2008, č. 1, s. 87-111.
27. HREŠANOVÁ, Ema. The moralities of medicine and birth care in the Czech Republic: The case of the arrested mother. *Durham anthropology journal*. 2010, roč. 2010, č. 1, s. 65-86. ISSN 1742-2930.
Dostupné z: http://www.dur.ac.uk/anthropology_journal/vol17/iss1/hresanova.pdf
28. HREŠANOVÁ, Ema. 2012. [online] *Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů*. AntropoWebzin 3/2012. Dostupné z: <http://antropologie.zcu.cz/genderovanost-porodu-jako-priklad-antropologickeho-zkoumani-lidske-reprodukce-prehled-klicovych-konceptu> [cit. 4.9.2014]
29. INCH, Sally. *Birthrights: what every parent should know about childbirth in hospitals*. 1st American ed. New York: Pantheon Books, 1984. ISBN 03-947-2568-9.
30. JIRÁK, Jan a Barbara KÖPPOVÁ. *Média a společnost*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8697-7.
31. JONÁŠOVÁ, Kateřina. Krev versus rozum - (přirozený) porod a média. In: KOTKOVÁ, Anna (ed.). *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies, 2011, s. 23-31. ISBN 978-80-86520-38-4.

32. KAPR, Jaroslav, KOUKOLA, Bohumil. 1998. *Pacient: Revoluce v poskytování péče*. Praha: SLON.
33. KÖNIGSMARKOVÁ, Ivana. Genetický screening: Svobodná volba? In *Reprodukční práva žen a mužů*. Praha: Gender studies, 2006. ISBN: 80-86520-16-1.
34. KYNČLOVÁ, Tereza. Rozbor webových stránek informační a osvětové kampaně „Žijíš, protože tě rodiče chtěli“ z hlediska kritické diskursivní analýzy. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. 2006, roč. 7, č. 2, s. 51-57.
35. LE BON, Gustave. *Psychologie davu*. Praha: KRA, 1997.
36. MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: Přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Praha: Eminent, 2002. ISBN 80-7281-091-1.
37. MCROBBIE, Angela. Stuart Hall and the inventiveness of cultural studies. In *The uses of cultural studies: A textbook*. (pp. 9-39). London: SAGE Publications Ltd., 2005.
38. RAMAZANOGLU, Caroline, a HOLLAND, Janet. *Feminist methodology: challenges and choices*. London: SAGE, 2004.
39. REINHARZ, Shulamit. *Feminist methods in social research*. New York: Oxford University Press, 1992.
40. RENZETTI, M. Claire, CURRAN, J. Daniel. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum, 2003.
41. SOFIE HAKEN, Petra. 2014. *Porod jako cesta*. Diplomová práce. Katedra genderových studií. Praha: Univerzita Karlova.
42. SOKOLOVÁ, Věra. Otec, otec a dítě: Gay muži a rodičovství. *Sociologický časopis*. 2009, roč. 45, č. 1, s. 115-145.
43. SOVOVÁ, Petra. Práva žen v těhotenství, během porodu a práva rodičů v poporodním období z hlediska volby medicínské péče. In *Reprodukční práva žen a mužů*. Praha: Gender studies, 2006. ISBN: 80-86520-16-1.
44. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2001. ISBN 80-863-5604-3.
45. TINKOVÁ, Daniela. *Tělo, věda, stát*. Zrození porodnice v osvěcenské Evropě. Praha: Argo, 2010. ISBN: 978-80-257-0223-9.
46. TITSCHER, Stefan, MEYER, Michael, WODAK, Ruth, VETTER, Eva. *Methods of Text and Discourse Analysis*. London: Sage Publications, 2005.
47. VAN DIJK, Teun A. *Principles of critical discourse analysis*. In DISCOURSE & SOCIETY © 1993 SAGE (London. Newbury Park and New Delhi), vol. 4(2): 249-283.
48. VAN TEIJLINGEN, Edwin. 2005. "A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth." *Sociological Research Online*, 10 (2).

49. Vydavatelství Mladá fronta vydává čtrnáctideník Zdravotnické noviny. In: *Mladá fronta* [online]. 2011 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: <http://www.mf.cz/pro-media/95-vydavatelstvi-mlada-fronta-vydava-ctnactidenik-zdravotnicke-noviny>
50. WESSON, Nicky. *Home birth: a practical guide*. 4th ed. London: Pinter, 2006. ISBN 978-190-5177-066.
51. WHO (kolektiv autorů). *Péče v průběhu normálního porodu*. Ministerstvo zdravotnictví, 2002.
52. ZÁBRODSKÁ, Kateřina. *Variace na gender : Postrukturalismus, diskurzivní analýza a genderová identita*. Praha : Academia, 2009. 1. vyd. ISBN 978-80-200-1752-9.
53. ZEMANOVÁ, Eva. 2014. „Doma s Ivanou“ přirozený porod jako narušení mocenského diskurzu: diskurzivní analýza příběhů pro Ivanu. Diplomová práce. Katedra genderových studií. Praha: Univerzita Karlova.

19.2 Primární literatura

1. ČÁPOVÁ, Hana. Zahozená šance: První soud kvůli domácím porodům proběhl zcela v režii jejich odpůrců. *Respekt*. 3.10.2011, roč. 22, č. 40, s. 41. DOI: 0862-6545.
2. DOLEŽAL, Jiří X. NEROŇTE DOMA!: Podtitulek: Americká vědecká studie: Domácí porody jsou pro novorozence rizikové. *Reflex*. 15.7.2010, roč. 21, č. 28, s. 34.
3. DOLEŽAL, Jiří X. KOLIK DĚTÍ SE JEŠTĚ UDUSÍ?. *Reflex*. 9.2.2012, roč. 23, č. 6, s. 44.
4. Dom. Chybně vedla porod, zaplatí 2,7 milionu. *Lidové noviny*. 30.11.2011, roč. 24, č. 279, s. 4.
5. DRCHAL, Václav. Hrdelní pře Ivany Königsmarkové: Rozsudek nad porodní asistentkou je exemplární. Otázkou je, jestli by před soudem stál a musel tolik platit i chybní lékař. *Lidové noviny*. 26.6.2011, roč. 24, č. 226, s. 17.
6. FORMÁNKOVÁ, Petra. HON NA PORODNÍ BÁBY. *Týden*. 3.10.2011, roč. 18, č. 40, s. 4.
7. HAMPLOVÁ, Ludmila. Prima porod s rizikem smrti. *Lidové noviny*. 10.10.2009, roč. 22, č. 237, s. 1.
8. CHAROUSKOVÁ, Šárka. Proč nedovolit domácí porody?. *Boleslavský deník*. 3.3.2012, roč. 20, č. 54, s. 3.
9. JANDOVÁ, Lucie. Rodit, či nerodit doma?. *Magazín Práva*. 26.2.2011, roč. 19, č. 8, s. 18.
10. KARÁSKOVÁ, Ivana. Tragický porod doma poprvé u soudu. *Sedmička*. 13.1.2011, roč. 3, č. 2, s. 5.
11. KLUSÁKOVÁ, Petra. Ministr chce větší pravomoci pro porodní asistentky. *Zdravotnické noviny*. 26.03.2012, roč. 61, č. 6, s. 20.
12. KOMÁREK, Stanislav. Porodní bolesti medicínské. *Lidové noviny*. 5.11.2011, roč. 24, č. 259, s. 24.
13. KOUBOVÁ, Michaela. Lékaři: Porody doma jsou jen ideou fanatiků. *Pražský deník*. 12.03.2012, roč. 7, č. 61, s. 14.
14. Maďarsko odsouzeno ve Štrasburku. *Haló noviny*. 22.12.2010, roč. 20, č. 296, s. 10.
15. MANDAUŠOVÁ, Klára. Je porod doma hazard?. *Mladá fronta Dnes*. 6.8.2009, roč. 20, č. 182, s. 9.
16. MATĚJŮ, Pavla a Magdalena HAVLÍKOVÁ. Porod: brutální a krvavé nebezpečí, nebo nejkrásnější zážitek. *iDNES* [online]. 21.5.2010 [cit. 2014-12-09]. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/porod-brutalni-a-krvave-nebezpeci-nebo-nejkrasnejsi-zazitek-pre-deti.aspx?c=A100520_162952_ona_deti_jup

17. PETRÁŠOVÁ, Lenka. Porod doma skončil tragicky. Stát chce více chránit děti: Stát chce více chránit děti, porody doma budou spoutány novými pravidly. Ta je značně ztíží. *Mladá fronta Dnes*. 23.9.2011, roč. 22, č. 224, s. 1.
18. PETRÁŠOVÁ, Lenka. Soud: Ženy, máte právo rodit doma. *Mladá fronta Dnes*. 27.1.2012, roč. 23, č. 23, s. 1.
19. Pje. Chlapec, kterého matka porodila doma, je v kritickém stavu. *iDNES* [online]. 24.07.2009(a) [cit. 2014-12-11]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/chlapec-ktereho-matka-porodila-doma-je-v-kritickem-stavu-pnn-/domaci.aspx?c=A090724_103354_domaci_pje
20. Pje. Právnik: Matka může rodit, kde chce, když dítěti zajistí péči. *iDNES* [online]. 24.07.2009(b) [cit. 2014-12-11]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/pravnik-matka-muze-rodit-kde-chce-kdyz-diteti-zajisti-peci-p3h-/domaci.aspx?c=A090724_153224_domaci_pje
21. SODOMKOVÁ, Magdalena. VĚZENÍ ZA POROD?: PŘÍBĚH PORODNÍ ASISTENTKY, KTERÁ NESMÍ K APOLINÁŘI ANI DO PODOLÍ. *Reflex*. 13.3.2011, roč. 22, č. 2, s. 66.
22. Spor o smrt dítěte končí. Po čtyřech letech. *Brněnský deník* [online]. 5.5.2014 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://lp.cz/2014/05/spor-o-smrt-ditete-konci-po-ctyrech-letech/>
23. SYSLOVÁ, Jana. Porodní asistentky musí mít drahé přístroje. Je to náš konec, bojí se. *Mladá fronta Dnes*. 21.9.2010, roč. 20, č. 220, s. 2.
24. TŘEŠŇÁK, Petr. Právo zůstat doma: Podtitulek: Co nám říká právě probíhající soudní spor o domácí porody. *Respekt*. 17.1.2011, roč. 22, č. 3, s. 16.
25. TŘEŠŇÁK, Petr. Rychlý konec divných lidí. *Respekt*. 9.1.2012, roč. 23, č. 2, s. 13.
26. VLČKOVÁ, Eva. Spor o porody v "obýváku". *Lidové noviny*. 1.2.2012, roč. 25, č. 27, s. 17.

20 Přílohy

20.1 Příloha č. 1

TŘEŠŇÁK, Petr. Právo zůstat doma: Podtitulek: Co nám říká právě probíhající soudní spor o domácí porody. *Respekt*. 17.1.2011, roč. 22, č. 3, s. 16.

Právo zůstat doma

Poprvé v české historii stojí před soudem porodní asistentka kvůli své účasti u domácího porodu. Ivaně Königsmarkové hrozí až čtyřleté vězení za asistenci u porodu, z něž vzešlo dítě s poškozeným mozkiem.

Zda asistentka skutečně profesně selhala, nechme rozhodnout soud, kauza je ostatně zajímavá i bez rozsudku. Ukazuje nejen to, že domácí porody jsou rizikové, jak nyní s oblibou připomínají lékaři. Připomíná také, že to jsou právě porodníci a gynekologové, kdo u nás léta ignoruje volání nezanedbatelné části rodiček po změně přístupu v nemocnicích. Právě tato neústupnost činí z domácího porodu pro část žen jedinou přijatelnou alternativu, jak přivést na svět dítě.

Léčba statistikou

V domácím prostředí se v Česku plánovaně narodí stovky dětí ročně, ne všechny matky ovšem považují takovou variantu za ideální. I s maximální zodpovědností a účastí zkušené asistentky prostě platí, že pro velmi malou část nepředvídatelných porodních komplikací je rozhodně lepší mít v zádech vybavenou nemocnici než narychlo vytáčet sanitku. Průšvih se může stát – a rozhodnout se pro domácí porod by mělo znamenat toto riziko přijmout.

Lékařům se ovšem z tématu rizika a nebezpečí podařilo udělat ústřední, takřka jediné téma českého porodnictví.

Na světové poměry mimořádně nízká porodní úmrtnost, kterou české statistiky z porodnic vykazují, slouží gynekologům jako argument proti jakékoli kritice, jakékoli alternativě, tvoří páteř pocitu nadřazenosti a vševědouceho lékaře, který na vlastní kůži v českých porodnicích zažily tisíce mladých matek. Minimalizovat riziko úmrtí je jistě žádoucí a doktorům za to patří dík, ale neměli by přehlížet, že během cesty k oslnivým statistikám se jim zjevně podařilo stvořit rizika jiná.

Nerespektování rodičky, nedostatek intimity, stres a napětí, zbytečné a neopodstatněné řízení porodu umělými zásahy, všechny tyto typické nešvary českých porodnic dokážou z porodu dodnes

udělat nejen nepříjemný zážitek, ale i slušné trauma. Kolik žen odchází z porodnice s vnuceným pocitem nesvéprávnosti a podlomenou důvěrou vůči svým mateřským instinktům, už ovšem nikdo neměří. Část z nich se do porodnice nechce vrátit a své druhé, třetí dítě rodí raději doma. Někdy to považují za nejlepší možnost, jindy za tu nejméně špatnou. Porodnic nebo konkrétních lékařů, kteří by respektovali přání po přirozeném porodu, u nás najdeme zoufale málo a vzniku alternativních center lékaři z obav před konkurencí už léta úspěšně brání, takže není příliš z čeho vybírat. Nesmiřitelné odmítání domácích porodů, kterému aktuální neštěstí jistě dodá argumenty, je od lékařů velmi krátkozrakým vztekáním podnikatele, který nadává na konkurenci, místo aby se snažil zlepšit své služby a zákazníky si udržet. Ostatně – příznačné je, že Ivanu Königsmarkovou nežaluje rodina postiženého dítěte, ale podolská porodnice za asistence ministerstva zdravotnictví.

Zákopová válka

Namísto prodlužování nesmyslné zákopové války, kterou čeští porodníci vyhlásili asistentkám a jejich klientkám, by stálo za to položit si jednu nelehkou otázku: Není náhodou úkolem zdravotníka asistovat klientovi v jeho (poučeném) rozhodnutí, a ne mu tvrdě vnucovat své vlastní? Domácí porody se lékařům nemusejí líbit, ale volit riskantnější variantu kvůli jiným nezpochybnitelným benefitům, které přinášejí, je přirozeným právem člověka. Ostatně právo rodit doma v prosinci potvrdil i Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku, když příkkl slušné odškodné (asi 30 tisíc korun) maďarské ženě, která chtěla přivést na svět dítě v domácím prostředí, ale nepodařilo se jí sehnat zdravotní asistenci (současná pravidla v Maďarsku to doktorům i asistentkám de facto zakazují). Precedentní rozsudek je zajímavý i pro nás – každý pokus dostat domácí porody ze hry bude teď mnohem těžší.

PETR TŘEŠŇÁK

20.2 Příloha č. 2

DOLEŽAL, Jiří X. NEROŇTE DOMA!: Podtitulek: Americká vědecká studie: Domácí porody jsou pro novorozence rizikové. *Reflex*. 15.7.2010, roč. 21, č. 28, s. 34.

NEROŇTE DOMA!

Reprezentativní studie domácích porodů ukazuje, že rození doma je HRUBOU NEZODPOVĚDNOSTÍ, která kvůli pohodlí matky zásadním způsobem zvyšuje rizika pro novorozené dítě. Každá matka, jež v Česku plánuje nesmysl jako domácí porod, by ale měla vědět, že pokud se při tom novorozenci něco špatného stane, půjdou rodiče sedět.

KDYŽ JSEM PŘED ROKEM udělal ostře konfrontační rozhovor s neznámější českou propagátorkou domácích porodů, sesypal se na mě déšť dopisů, že jsem hulvát, idiot a že domácí porody jsou dobrou alternativou českým porodnicím. Podle mého názoru je nesmyslnost domácích porodů zjevná i pro laika. Jakýkoliv proces, při kterém může dojít ke zdravotním komplikacím, přece musí být bezpečnější, pokud se odehraje v bezprostředním dosahu všech lékařských přístrojů určených k ožívování a přístrojovému dýchání. Když při domácím porodu, u něhož je přítomna pouze porodní asistentka, ale chybí lékař a resuscitační přístroje, selže dýchání nebo srdce, musí se nejprve novorozenec dopravit do špitálu, kde ho můžou začít ožívovat s pomocí přístrojů třeba až po patnácti či dvaceti minutách. Dřív se to do nemocnice od domácího porodu prostě nestihne. Přesto v Česku existuje několik nadšených propagátorek plánovaných domácích porodů. Předvádějí se v ženských časopisech, v nichž stavějí vzdušné zámky o bezproblémovosti domácího rození, a důsledně nevedou žádné statistiky doma plánovaných porodů (které bohužel nevede ani příslušné ministerstvo), takže není snadné jim jejich bludy vyvracet. Tyto aktivistky a porodní asistentky, jež mnohdy pravděpodobně trpí komplexem, že nevystudovaly medicínu, vytvářejí takový veřejný tlak ve prospěch domácích porodů, že se z nich stává jakási alternativní móda. A to přesto, že při domácím porodu, při kterém asistovala naše nejhlásitější domorodička Ivana Königsmarková, došlo k přidušení novorozence. Dítě nebylo při výpadku dechu včas rozdýcháno a bude mít celoživotně těžce poškozený mozek.

STUDIE EXISTUJE

Nyní britský deník The Guardian otiskl výsledky studie domácích porodů, jež je opravdu nepřekvapující. Publikoval ji American Journal of Obstetrics and Gynecology a výzkum

porovnával výsledky 342 056 plánovaných domácích porodů a 207 551 plánovaných nemocničních porodů v Evropě i USA. V úplnosti potvrdil všechno, co napadne duševně zdravého laika, když se nad domácím rozením zamyslí. Ano, i podle vědecké studie je takové rození sice pohodlnější pro matku (nemusí do špitálu, mezi cizí lidi atd.), ale zato přináší výrazně zvýšené riziko pro novorozence.

Je samozřejmé, že pro odbornou veřejnost nepředstavuje studie nic zásadně nového. Česká gynekologická a porodnická společnost ve svém odborném stanovisku jednoznačně říká:

"Mnohaleté snahy o propagaci vedení porodů v domácnosti vedené některými soukromými porodními asistentkami a laickými společnostmi jsou negativním jevem, který by mohl vést ke zvýšení komplikací, k nárůstu mateřské i novorozenecké nemocnosti i úmrtnosti. Argumentace zahraničními zkušenostmi je lichá – všechny země tolerující domácí porody vykazují horší výsledky perinatální péče než Česká republika, navzdory tomu, že doma probíhají pouze porody, kde je očekáván fyziologický průběh. Porody v domácnosti přinášejí zbytečná rizika jak pro matku, tak pro plod a nemohou vyvážit pochybné výhody domácího prostředí. ČGPS označila plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení za postup v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, to jest non lege artis." Studie však dává zcela zásadní nástroj proti aktivistkám, protože vychází ne pouze z postojů lékařů (jež domorodičky vždy označí jako neobjektivně zaujaté), ale z tvrdých a otřesných dat o poškozených dětech z domácích porodů.

Ve chvíli, kdy jsem se o studii dozvěděl, obrátil jsem se na ministerstvo zdravotnictví, jak to vidí s budoucností domácích porodů: "Vedení porodu je v České republice považováno za poskytování zdravotní péče, která je poskytována ve zdravotnickém zařízení, ovšem český právní řád porody doma v současné době nezakazuje, vůbec se k nim nevyjadřuje. Pokud jde o vedení porodů v domácím prostředí, není v prioritách ministerstva tuto oblast rozvíjet."

ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOST

Doktor Aleš Novotný působí třicet let jako porodník v Německu a české boje o domácí porody mu připadají trochu směšné — západní Evropa vlnou módních porodů doma prošla již před lety a už ji má úspěšně za sebou. V osmdesátých letech minulého století, kdy doktor Novotný začínal jako porodník, se prý nejprve z přirozených porodů stala úplná ideologie, kterou si chtěli lékaři vzájemně odlákat pacientky. V průběhu dvaceti let se situace naprosto proměnila. Dnes se mezi lékaři dobře ví, že poškození pánevního dna, a především močová inkontinence mohou potkat doslova jakoukoliv ženu, jež normálně rodí, a to kdekoliv – každý jednotlivý vaginální porod zvyšuje riziko inkontinence o padesát procent. Dnes se předpokládá, že z pěti šedesátiletých žen, které rodily vaginálně, jsou zhruba čtyři inkontinentní.

Přesně se to neví, protože ženy o tom ještě dnes nechtějí příliš otevřeně mluvit. A tak v Německu nakonec došlo k tomu, že mnohé těhotné dnes vyžadují od samého začátku těhotenství plánovaně

císařský řez. Což je přesně opačný pól spektra k domácím porodům. Nejzdravější novorozence má dnes Itálie, částečně i proto, že tam představují řezy asi čtyřicet procent příchodů dětí na svět. Skandinávie a Nizozemsko pomalu odpadají, protože jsou tam domácí porody časté. Riziko úmrtnosti ženy je při císařském řezu dvakrát až třikrát nižší než při vaginálním porodu. "Kdyby dnes na Západě na celém porodu nevisel ten obrovský ocas psychologizace a humanizace a šlo skutečně o čistou medicínu, měli bychom devadesát pět procent primárních řezů, ty nejlepší děti a ty nejzdravější matky. A k tomu pět procent neplánovaných domácích porodů, kdy si žena stačí tak akorát lehnout, dvakrát zakucká a je to. Asistuje a dítě osuší manžel, matka nebo sousedka, v nejhorším případě udýchaný doktor nebo i sanitář ze záchranky, a pak jsou všichni hrdinové," říká nakonec doktor.

TOLIK AKTIVISTKY

Shodou okolností mám jednu známou, která se ve svých čtyřiceti letech, a proto, že je bezdětná, začala zajímat o domácí porody a propagovat je. Požádal jsem ji o komentář ke studii – co aktivistka řekne na tvrdá data? "Stejně je to všechno jen mocenský boj. Studie, co platí Unie porodních asistentek, jsou pro domácí porod, studie, co platí Unie gynekologů, zase pro nemocniční. Já ale nejsem zastávkyně domácích porodů. Já jsem zastávkyně přirozeného porodu. Mám za to, že medicína přeceňuje tělo a naprosto zanedbává psychologické potřeby matky a dítěte. Žena, která má konkrétní představu nejen o fyzickém, ale i o budoucím duševním zdraví svého dítěte, je pak vlastně dotlačena rodit doma. Domácí porody jsou minoritní záležitost, výzkumy kolem nich jsou sporné a můžeme se o ně hádat až do konce života. Není to totiž debata na základě argumentů, ale emocí. Problém je to, že lékaři asi nevědomě nebo z arogance moci a převahy vědeckého materialismu škodí dětem. Ty říkáš, že dítě se při domácím porodu může udusit, a asi máš pravdu. Ale já říkám, že během industriálního porodu v nemocnici může dítě zažít takové trauma, že ho to bude ovlivňovat celý život." Vyjádření mé známé ukazuje celou bídu aktivismu: Jak dojde na tvrdá data, aktivistka zapře i nos mezi očima. Rychlý ústup z jejich pozic však bohužel neznamená, že nebude nadále domácí porody propagovat – když u toho nebude nikdo seznámený s naší studií ... Aktivismus ve prospěch domácích porodů lze prostě chápat jako jeden z projevů hysterie, podobný třeba odmítání očkování u dětí nebo přesvědčení o existenci patogenních zón. Proto ostatně svou známou nejmenuji — chápu její vyjádření ne jako racionální postoj, ale jako iracionální projev nemoci, neurózy.

HAJME PRÁVA DÍTĚTE!

Porod doma z určitého úhlu pohledu může být považován za porušení práv dítěte. Podle článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně lze jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví, tedy i

předem plánovaný porod doma, provést jen za podmínky, že k němu dotčená osoba dala svůj svobodný a informovaný souhlas. Získat předem informovaný souhlas dítěte o tom, že chce být rozeno doma, je samozřejmě nemožné. O jeho bytí a případné demenci z poškození mozku nedostatkem kyslíku podle sebe rozhoduje matka. Ptám se proto na ministerstvu, jestli není načase plánované domácí porody zakázat. Prý – vzhledem k tomu, že na ně nepamatuje legislativa, to momentálně možné není. Ale! Myslím, že jako prvnímu médiu Reflexu ministerstvo zdravotnictví sdělilo skutečnosti, že v budoucnu už nezodpovědným matkám v případě nějaké újmy dítěte domácí porod jen tak neprojde: "Ministerstvo zdravotnictví zjišťovalo i možnosti trestněprávní odpovědnosti nejen zdravotníků, ale i matek, které plánují porod doma. Rodiče lze podle tohoto zjištění postihnout pouze za následek, který vznikne v příčinné souvislosti s trestněprávně relevantním jednáním matky, které je bezprostředně spojeno s vědomou realizací porodu v domácích podmínkách, tedy mimo odborné zdravotnické pracoviště. Matka je pak podle účinného trestního zákona trestně odpovědná za způsobený následek, který zavinila. Pro právní kvalifikaci je pak důležitá forma zavinění – nedbalost či úmysl. Odpovědnost dalších osob, případně zúčastněných u porodu, se posuzuje podle jejich jednání v příčinné souvislosti s následkem, které je trestněprávně relevantní a je kryto jejich zaviněním. V úvahu přichází naplnění skutkových podstat trestných činů neposkytnutí pomoci, ublížení na zdraví, popřípadě vražda novorozeného dítěte a vražda." Takže domorodičky, jež se rozhodnou родit doma, by si při rozmyšlení svého kroku měly uvědomit, že v případě jakékoliv nepředvídané události ohrožující zdraví jejich dítěte mohou skončit za mřížemi.

TEXT JIŘÍ X. DOLEŽAL

20.3 Příloha č. 3

Seznam všech 76 analyzovaných článků:

1. BLAHOVCOVÁ, Václava. CHTĚLA BYCH RODIT S DULOU. *Vlasta*. 2.2.2011, roč. 65, č. 6, s. 14.
2. BOHÁČKOVÁ, Kamila. Jak u nás přicházíme na svět? Pár hodin se čtyřmi porodními bábami. *Literární noviny*. 10.11.2011, roč. 22, č. 45, s. 1.
3. BROŽOVÁ, Kristýna. Porody doma? Lékaři jsou proti, asistentky pro. *Českolipský deník*. 23.2.2012, roč. 15, č. 46, s. 3.
4. ČABANOVÁ, Adéla. Mimo zdi nemocnic: Porody doma – místo represí jsou nutná pravidla. *Lidové noviny*. 22.9.2011, roč. 24, č. 223, s. 12.
5. ČÁPOVÁ, Hana. Zahozená šance: První soud kvůli domácím porodům proběhl zcela v režii jejich odpůrců. *Respekt*. 3.10.2011, roč. 22, č. 40, s. 41. DOI: 0862-6545.
6. ČÁPOVÁ, Hana. Když soudí lékaři. *Respekt*. 5.12.2011, roč. 22, č. 49, s. 16.
7. ČÁPOVÁ, Hana. Mysleli si, že bude klid. *Respekt*. 27.2.2012, roč. 23, č. 9, s. 24.
8. ČTK. Porodní asistentky: Naše péče se pojišťovně vyplatí. *Zdravotnické noviny*. 25.10.2010, roč. 59, č. 43, s. 4.
9. ČTK. Porod u soudu: Soud pro Prahu 3 začal řešit případ prezidentky Unie porodních asistentek Pochybila při porodu? *Metro*. 13.1.2011, č. 9, s. 7.
10. ČTK. Podmínka porodní asistentce za ublížení dítěti při porodu. *Právo*. 22.9.2011, roč. 19, č. 223, s. 7.
11. ČTK. Pochod za odsouzenou asistentku. *Lidové noviny*. 18.10.2011, roč. 24, č. 244, s. 3.
12. ČTK. Česká ženská lobby za domácí porody. *Zdravotnické noviny*. 24.10.2011, roč. 60, č. 21, s. 4.
13. DOLEŽAL, Jan. Tragický porod doma. Dítě zemřelo!. *Blesk*. 29.2.2012, roč. 21, č. 51, s. 8.
14. DOLEŽAL, Jiří X. DOKUD NĚKDO NEUMŘE ...: IVANA KÖNIGSMARKOVÁ: Netvrdím, že porod doma je pro každou ženu. *Reflex*. 27.8.2009, roč. 20, č. 35, s. 46.
15. DOLEŽAL, Jiří X. NEROŮTE DOMA!: Podtitulek: Americká vědecká studie: Domácí porody jsou pro novorozence rizikové. *Reflex*. 15.7.2010, roč. 21, č. 28, s. 34.
16. DOLEŽAL, Jiří X. KOLIK DĚTÍ SE JEŠTĚ UDUSÍ?. *Reflex*. 9.2.2012, roč. 23, č. 6, s. 44.
17. Dom. Chybně vedla porod, zaplatí 2,7 milionu. *Lidové noviny*. 30.11.2011, roč. 24, č. 279, s. 4.
18. DRCHAL, Václav. Porody mimo porodnici - Hlava XXII. *Lidové noviny*. 24.11.2010, roč. 22, č. 272, s. 4.

19. DRCHAL, Václav. Hrdelní pře Ivany Königsmarkové: Rozsudek nad porodní asistentkou je exemplární. Otázkou je, jestli by před soudem stál a musel tolik platit i chybující lékař. *Lidové noviny*. 26.6.2011, roč. 24, č. 226, s. 17.
20. DRCHAL, Václav. Bez šancí na úspěch: Trestní oznámení podalo na Ivanou Königsmarkovou ministerstvo zdravotnictví, posudky psali oponenti. *Lidové noviny*. 5.12.2011, roč. 24, č. 283, s. 19.
21. FORMÁNKOVÁ, Petra. HON NA PORODNÍ BÁBY. *Týden*. 3.10.2011, roč. 18, č. 40, s. 4.
22. Glosář. *Instinkt*. 26.1.2012, roč. 11, č. 4, s.10.
23. HAMPLOVÁ, Ludmila. Prima porod s rizikem smrti. *Lidové noviny*. 10.10.2009, roč. 22, č. 237, s. 1.
24. HELIKAROVÁ, Petra. Dopisy a e-maily. *Hospodářské noviny*. 12.6.2012, roč. 56, č. 114, s. 8.
25. CHAROUSKOVÁ, Šárka. Proč nedovolit domácí porody?. *Boleslavský deník*. 3.3.2012, roč. 20, č. 54, s. 3.
26. iDNES.cz. Skončím na ulici, bojí se známá porodní asistentka. *Mladá fronta Dnes*. 3.10.2011, roč. 22, č. 231, s. 4.
27. iDNES.cz. Soud potvrdil trest za smrt dítěte při domácím porodu. *Mladá fronta Dnes*. 30.11.2011, roč. 22, č. 279, s. 3.
28. Iso. Nejvyšší soud potvrdil podmínku pro porodní asistentku. *Zdravotnické noviny*. 24.9.2012, roč. 61, č. 19, s. 5.
29. JANDOVÁ, Lucie. Rodit, či nerodit doma? *Magazín Práva*. 26.2.2011, roč. 19, č. 8, s. 18.
30. KAMBERSKÝ, Petr. Bludy o holandské sanitce. *Lidové noviny*. 1.10.2011, roč. 24, č. 230, s. 28.
31. KARÁSKOVÁ, Ivana. Tragický porod doma poprvé u soudu. *Sedmička*. 13.1.2011, roč. 3, č. 2, s. 5.
32. KAŠPAROVÁ, Lenka. Domácí porody jdou do módy, v Hradci jsou asistentky nedostatkovým zbožím. Zájem o porody doma v Česku roste. Pro gynekology jsou nesmyslným hazardem se životy matek i novorozeňat. Ženy, které si tuto cestu zvolí, si je však pochvalují. *Hradecký deník*. 7.8.2009, roč. 18, č. 183, s. 3.
33. KAVKOVÁ, Jana Smiggels. Žádáme spravedlivý proces! *Sestra*. 12.1.2012, roč. 22, č. 1, s.4.
34. KAVKOVÁ, Jana Smiggels. Otevřený dopis generálnímu řediteli. *Sestra*. 10.2.2012, roč. 22, č. 2, s.4.
35. Kha. Soud udělil podmíněný trest porodní asistentce. *Zdravotnické noviny*. 26.9.2011, roč. 60, č. 19, s. 4.

36. KLUSÁKOVÁ, Petra. Ministr chce větší pravomoci pro porodní asistentky. *Zdravotnické noviny*. 26.03.2012, roč. 61, č. 6, s. 20.
37. Km. Nepovedený porod zaplatí. *Haló noviny*. 22.9.2011, roč. 21, č. 223, s. 4.
38. KOMÁREK, Stanislav. Porodní bolesti medicínské. *Lidové noviny*. 5.11.2011, roč. 24, č. 259, s. 24.
39. KOUBOVÁ, Michaela. Lékaři: Porody doma jsou jen ideou fanatiků. *Pražský deník*. 12.03.2012, roč. 7, č. 61, s. 14.
40. KOUKAL, Josef. Radila rodit doma, teď stojí před soudem. *Právo*. 13.1.2011, roč. 19, č. 10, s. 5.
41. KREJČÍ, Miloslav, MUDr. Naplnilo se varování lékařů. *Lidové noviny*. 3.10.2011, roč. 24, č. 231, s. 11.
42. KUNDRA, Ondřej. Soudci s jinýma očima. *Respekt*. 13.2.2012, roč. 23, č. 7, s. 19.
43. Kyc. Za smrt dítěte podmínka. *Blesk*. 29.2.2012, roč. 21, č. 51, s. 8.
44. KYCLTOVÁ, Kateřina. Rodily doma: Jedna málem vykrvácela, druhá přišla o dítě: Asistentka Ivana Königsmarková dostala trest? Nebezpečné domácí porody pokračují. *Blesk*. 24.9.2011, roč. 20, č. 225, s. 7.
45. Maďarsko odsouzeno ve Štrasburku. *Haló noviny*. 22.12.2010, roč. 20, č. 296, s. 10.
46. MANDAUSOVÁ, Klára. Je porod doma hazard?. *Mladá fronta Dnes*. 6.8.2009, roč. 20, č. 182, s. 9.
47. Msvo. Porodní asistentky: Nikdo s námi nekomunikuje. *Zdravotnické noviny*. 14.3.2011, roč. 60, č. 5, s. 3.
48. MYSLIVEČKOVÁ, Olga. Hazard matek. *Reflex*. 10.9.2009, roč. 20, č. 37, s. 70.
49. "Není má chyba, že se dítě nenadechlo". *Sedmička*. 13.1.2011, roč. 3, č. 2, s. 5.
50. PETRÁŠOVÁ, Lenka. Porod doma skončil tragicky. Stát chce více chránit děti: Stát chce více chránit děti, porody doma budou spoutány novými pravidly. Ta je značně ztíží. *Mladá fronta Dnes*. 23.9.2011, roč. 22, č. 224, s. 1. DOI: 1210-1168.
51. PETRÁŠOVÁ, Lenka. Soud: Ženy, máte právo rodit doma. *Mladá fronta Dnes*. 27.1.2012, roč. 23, č. 23, s. 1.
52. Pje. Chlapeček, kterého matka porodila doma, je v kritickém stavu. *iDNES* [online]. 24.07.2009 [cit. 2014-12-11]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/chlapecek-ktereho-matka-porodila-doma-je-v-kritickem-stavu-pnn-/domaci.aspx?c=A090724_103354_domaci_pje
53. Pje. Právnik: Matka může rodit, kde chce, když dítěti zajistí péči. *iDNES* [online]. 24.07.2009 [cit. 2014-12-11]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/pravnik-matka-muze-rodit-kde-chce-kdyz-diteti-zajisti-peci-p3h-/domaci.aspx?c=A090724_153224_domaci_pje
54. Podpořili asistentku. Podpisy. Výzva za bezpečný porod. *Metro*. 18.10.2011, č. 193, s. 3.
55. POKORNÁ, Kateřina; POUCHEOVÁ, Olga. Mámy „rebelky“. *Blesk pro ženy*. 14.3.2011, roč. 8, č. 11, s. 22.

56. Porodní bába před soudem. *Haló noviny*. 12.1.2011, roč. 21, č. 9, s. 14.
57. RIZIKO, NEBO DOBRÁ CESTA? *Mladá fronta Dnes*. 6.8.2009, roč. 20, č. 182, s. 9.
58. Rodit ambulantně či doma – těhotné se jistí, kdyby lékaři opravdu odešli. *Mladá fronta Dnes*. 14.2.2011, roč. 22, č. 37, s. 4.
59. Rvs. Smrt dítěte? To se někdy stává! *Blesk*. 30.11.2011, roč. 20, č. 279, s.4.
60. ŘÍHOVÁ, Barbora; STRATILÍK, Ondřej. Soud: Porodní asistentka chybovala: Dvacet měsíců novorozenec přežíval jen díky přístrojům. Letos na konci března zemřel. Za nevydařený domácí porod včera soud asistence udělil dvouletou podmínku a zaplatit má miliony. *Lidové noviny*. 22.9.2011, roč. 24, č. 223, s. 4.
61. SINGEROVÁ, Silvia. PRÁVO ZŮSTAT DOMA. *Respekt*. 31.1.2011, roč. 22, č. 5, s. 7.
62. SODOMKOVÁ, Magdalena. VĚZENÍ ZA POROD?: PŘÍBĚH PORODNÍ ASISTENTKY, KTERÁ NESMÍ K APOLINÁŘI ANI DO PODOLÍ. *Reflex*. 13.3.2011, roč. 22, č. 2, s. 66.
63. STRNADOVÁ, Tereza. Soud poprvé trestá za porod doma: Asistovala narození dítěte, jemuž průběh porodu poškodil mozek. U soudu dostala podmínku. *Mladá fronta Dnes*. 22.9.2011, roč. 22, č. 223, s. 4.
64. SYSLOVÁ, Jana. „Chceme si vybrat, kdo nás bude rodit“. *Mladá fronta Dnes*. 13.5.2010, roč. 20, č. 110, s. 4.
65. SYSLOVÁ, Jana. Porodní asistentky musí mít drahé přístroje. Je to náš konec, bojí se. *Mladá fronta Dnes*. 21.9.2010, roč. 20, č. 220, s. 2.
66. SYSLOVÁ, Jana. Soud otevřel případ složitého porodu, při kterém se téměř udusilo dítě. *iDNES*. [online]. 12.1.2011. [cit. 2014-12-11]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/soud-otevrel-pripad-sloziteho-porodu-pri-kterem-se-temer-udusilo-dite-1zu-krimi.aspx?c=A110112_192733_krimi_jba
67. SYSLOVÁ, Jana. První domácí porod skončil před soudem: Dítě má poškozený mozek, porodní asistentce hrozí až čtyři roky vězení. *Mladá fronta Dnes*. 13.1.2011, roč. 22, č. 10, s.1.
68. SYSLOVÁ, Jana. Pusťte nás do porodnic a porody doma skončí, říkají asistentky. *Mladá fronta Dnes*. 13.1.2011, roč. 22, č. 10, s. 3.
69. TOMANOVÁ, Vladislava. IVANA: Rozsudek cítím jako velkou NESPRAVEDLNOST. *Šíp Plus*. 19.1.2012, č. 4, s. 6.
70. TŘEŠŇÁK, Petr. Právo zůstat doma: Podtitulek: Co nám říká právě probíhající soudní spor o domácí porody. *Respekt*. 17.1.2011, roč. 22, č. 3, s. 16.
71. TŘEŠŇÁK, Petr. Rychlý konec divných lidí. *Respekt*. 9.1.2012, roč. 23, č. 2, s. 13.
72. VÁLKOVÁ, Hana. Soud ženy od porodů doma neodradí, věří porodní asistentky. *iDNES*. [online]. 12.1.2011. [cit. 2014-12-11]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/soud-zeny-od-porodu-doma-neodradi-veri-porodni-asistentky-pnm-domaci.aspx?c=A110112_142929_domaci_hv.

73. VESELÝ, Richard. Za zpackaný domácí porod podmínka! *Blesk*. 22.9.2011, roč. 20, č. 223, s. 6.
74. Vet. Miminko bez dechu polila vodou! Porodní bába před soudem. *Aha!* 13.1.2011, roč. 6, č. 10, s. 4.
75. VLČKOVÁ, Eva. Spor o porody v "obýváku". *Lidové noviny*. 1.2.2012, roč. 25, č. 27, s. 17.
76. Wer. Chcete rodit doma? Požádejte ve špitále o asistentku. *Aha!* 27.1.2012, roč. 7, č. 23, s.6.