

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Katedra Genderových studií

Obor Genderová studia

**PhDr. Jaroslava Hasmanová Marhánková**

**„Dokonalé dítě“ - zkušenost rizika v rámci  
těhotenství**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: **PhDr. Blanka Knotková-Čapková, Ph.D.**

Praha 2008

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 18. září 2008

Jaroslava Hasmanová Marhánková

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala těm, bez jejichž pomoci by tato práce nikdy nemohla vzniknout. Děkuji především všem ženám, které mi věnovaly svůj čas a podělily se se mnou o svou zkušenost. Bez jejich vstřícnosti by tato práce nemohla být napsána. Dále bych ráda poděkovala vedení nemocnice, kde byla realizovaná část mého výzkumu a personálu, který mi vždy ochotně vyšel vstříc. Mé díky patří i PhDr. Blance Knotkové-Čapkové, Ph.D. za vedené této práce a její komentáře a PhDr. Martinu Kreidlovi, M.A., Ph.D. za to, že mi umožnil tento výzkum realizovat v rámci projektu „Sociální stratifikace a zdraví: trendy ve vlivu sociálního postavení matky na výsledek těhotenství a porodu v ČR po r. 1989“ (GA ČR, 2006-2008). Chtěla bych rovněž poděkovat Mgr. Emě Hrešanové, jejíž komentáře a vlastní práce mi byly v mnohém inspirací a oporou.

1	ÚVOD.....	1
2	SOCIÁLNÍ KONSTRUKCE RIZIKA .....	5
2.1	Genealogie rizika – osud a zodpovědnost.....	5
2.2	Riziková společnost Ulricha Becka .....	7
2.3	Rizika a těhotenství .....	10
3	ZKUŠENOST TĚHOTENSTVÍ A POHLEDY NA TĚHOTNÉ TĚLO .....	13
3.1	Těhotenství a subjektivita ženy.....	14
3.1.1	Těhotenství jako zkušenost svazující.....	14
3.1.2	Těhotenství, které bourá duality.....	19
3.2	Těhotné tělo jako veřejný prostor .....	22
3.2.1	Sdílena narativa o těhotném těle.....	23
3.2.2	Disciplinace těhotného těla .....	25
4	METODOLOGIE.....	29
4.1	Výběr informantek .....	31
4.1.1	Hledání informantek .....	31
4.2	Průběh rozhovoru .....	33
4.3	Analýza rozhovorů.....	35
4.4	Etické problémy .....	36
4.4.1	„A vás to teprve čeká...“ .....	37
4.4.2	Úskalí formování vztahu k informantkám .....	38
5	PRENATÁLNÍ SCREENINGY A SUBJEKTIVNÍ ZKUŠENOST ŽEN .....	40
5.1	Prenatální diagnostika v kontextu společenských představ a norem.....	41
5.1.1	Žena jako dítě a žena jako klient – vývoj českého systému prenatální péče .....	43
5.2	Odmítnutí prenatální diagnostiky jako významný moment zkušenosti těhotenství .....	46
5.2.1	„Běžte na amniocentézu!“- argumentace lékařů a diskurs rizikovosti .....	46
5.2.2	„Potížistky“ – reakce na odmítnutí vyšetření.....	50

5.2.3	Proč ženy odmítají prenatalní diagnostiku.....	54
5.2.4	Vidět své tělo. Ultrazvuková vyšetření a tělesnost v těhotenství .....	55
5.2.5	Moje tělo – vnímání technologií skrze vlastní tělesné pocity .....	58
5.3	Vtělené vědění jako alternativní zdroj vědní o vlastním těle.....	60
5.3.1	Být správnou matkou - Lékařské technologie a normy mateřství .....	63
6	MATEŘSTVÍ V KONTEXTU RIZIKA.....	66
6.1	Samostatný člen rodiny. Kdo za něj ale zodpovídá? .....	67
6.1.1	Mateřská láska, odpovědnost a vina.....	70
6.2	Zkušenost hospitalizace v těhotenství .....	73
6.2.1	Malé a větší vězení.....	74
6.2.2	Diskurs „obětování se“ a role „dobré“ matky .....	75
6.5	„A když je tam to riziko....“ .....	78
7	ZÁVĚR .....	83
8	LITERATURA.....	85
9	MEDAILONKY INFORMANTEK .....	91

## **Abstract**

This thesis presents data gained from qualitative research that took place in Czech Republic in 2007. Based on in-depth interviews with women who experienced health complications during their pregnancy or whose pregnancies were classified as high-risk it analyses how the discourse of risk influences their subjective experience of pregnancy and how it affects the ways they talk about their motherhood and how they experience it. In the theoretical part of this thesis I highlight the approaches that conceptualize risk as a phenomenon that is socially constructed and mediated. I stress the relationship between the notion of risk and the way pregnancy has been constituted in the medical discourse. In the next part I focus on pregnancy as an embodied experience that is at the same time closely embedded in the gender relations and notions about women's bodies and their reproductive role. The second part of this thesis is based on data gained from the narrative interviews. The first chapter outlines the role that prenatal testing played in the narratives of my informants and analyzes the relationship between prenatal testing and the construction of authoritative medical knowledge as well as women's reasons for refusing the testing. The next chapter outlines ways the presence of risk influence women's conceptualization of motherhood.

## **Key words:**

Body, embodiment, gender, medical authority, motherhood, pregnancy, prenatal testing, risk

## **Abstrakt**

Tato práce prezentuje data získaná v rámci kvalitativního výzkumu, který probíhal od května do června 2007. Na základě narativních rozhovorů s ženami, jejichž těhotenství bylo označené jako rizikové nebo u nichž se v průběhu těhotenství objevily komplikace, analyzuje zkušenost těhotenství a vyjednávání pozice v rámci prenatální péče v kontextu genderových vztahů. Teoretická část práce se věnuje rozboru představy rizika jako sociálně konstruovaného fenoménu. Zároveň se zaměřuje na vzájemný vztah mezi konstrukcí rizik a konceptualizací těhotenství v rámci medicínských diskurzů. Následující část práce se věnuje tělesné zkušenosti těhotenství a její tematizaci v rámci feministických debat. Empirická část práce vychází z dat získaných v rámci narativních rozhovorů. Věnuje se přitom především dvěma tématům. První z nich představuje vztah žen k prenatální diagnostice, důvody její akceptace či odmítání a role, které diagnostika hraje v rámci konstruování autoritativního medicínského vědění. Druhá kapitola nastiňuje, jakým způsobem přítomnost rizika ovlivňuje subjektivní uchopování mateřství. Jejím cílem je popsat mechanismy, jakými ženy vyjednávají své mateřství v kontextu rizikovosti a zároveň ukázat, jak se zkušenost rizikového těhotenství může promítat do způsobů, jakými ženy utváří vlastní obrazy mateřství.

## **Klíčová slova:**

Gender, embodiment, lékařský systém, mateřství, prenatální diagnostika, riziko, těhotenství, tělesnost

# 1 ÚVOD

Pokud zadáte slovo „rizikový“ do elektronického slovníku cizích slov, vygeneruje vám význam „s vysokou pravděpodobností neúspěchu, ztráty“<sup>1</sup>. Spojení tohoto adjektiva se slovem těhotenství je tvář v tvář takovéto definici děsivě kruté. Tento význam je však jeden z mnoha a jak ukazuje i tato práce riziko má mnoho podob, podobně jako pravděpodobnost je vždy jen odhadem, který nutně vyvolává řadu otázek. Přesto ale v této definici „rizikovosti“ a jejím spojením s těhotenství zůstává nepříjemná pachůť a ta je o to větší zjistíme-li, že s označením vlastního těhotenství jako rizikové se pouze v roce 2006 setkalo 19.8 procent všech těhotných žen<sup>2</sup>. Je přitom s podivem jak málo toho víme o zkušenosti těchto žen, o tom, jaké důsledky má toto označení pro prožívání jejich těhotenství, vztahu ke svému tělu a nenarozenému dítěti. Jakým způsobem ženy interpretují tento svůj „status“? Co pro ně znamená přítomnost rizika a zda zasahuje do jejich každodennosti, představ o mateřství a svém těle? Byla jsem překvapená jak moc se internetové stránky a publikace věnované těhotenství hemží výrazy „těhulka“, „bříško“, „miminkovské“. Do tohoto světa zdobnělin se slovo rizikové jaksí nehodí. Přesto se zkušenost rizikového těhotenství z mnoha různých důvodů, kterým bych se chtěla nyní věnovat, stává stále častější součástí života některých žen.

Pro klasifikaci těhotenství jako rizikového může být řada důvodů. Jako riziková jsou těhotenství automaticky klasifikovaná například u žen, které mají v anamnéze potraty, komplikované nebo předčasné porody, které prodělaly gynekologické operace nebo u žen nad třicet pět let. Dále u žen, jež trpí srdečními, cévními, ledvinovými, jaterními poruchami nebo cukrovkou a podobně. (Macků a Čech 2002: 35). Statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR navíc poukazují na rostoucí procento žen se závažnými komplikacemi během těhotenství. Zatímco mezi lety 2001 až 2005 kolísal počet těchto žen mezi zhruba dvanácti až patnácti procenty, v roce 2006 se již blížil téměř dvaceti procentům<sup>3</sup>. K nárůstu počtu rizikových těhotenství přispívá několik faktorů. Mezi ty nejvíce patrné patří současné společenské změny vedoucí k odkládání těhotenství do pozdějšího věku. V roce 2006 byly čtyři z deseti rodiček starší třicet let. Jsou to přitom

---

<sup>1</sup> <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/rizikovy-risikovy> (accessed 22.6.2008).

<sup>2</sup> Zdroj: Rodička a novorozenec 2006, str. 17 (dostupné na [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

<sup>3</sup> Zdroj: Rodička a novorozenec 2001: str. 15, 2002: str. 16, 2003: str. 17, 2004: str. 16, 2005: str. 16, 2006: str. 17 (dostupné na [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).



právě ženy z této skupiny, které jsou z medicínského hlediska vnímány a označovány jako rizikové jak z hlediska zdraví matky, tak plodu<sup>4</sup>.

Zvyšující se podíl rizikových těhotenství má ale i další příčiny. Mezi ty patří například nárůst umělých oplodnění, ale také faktory, které jsou vlastní samotnému fungování lékařského systému. Mezi tyto faktory patří především medikalizace těhotenství a porodu. Nárůst rizikových těhotenství je nutné vnímat i v kontextu dominantního lékařského diskursu, který má tendence ke všem těhotenstvím i porodům přistupovat jako k potenciálně rizikovým (Hašková 2001). Představa rizikovosti je posilována a následně také potvrzována rostoucím počtem preventivních vyšetření v těhotenství a přítomností lékařských technologií. Řada autorů (například Georges 1996; Rapp 1993) upozorňují na mnohoznačnost technologií a vyšetření používaných v rámci prenatální péče. Tyto vyšetření mohou být na jednu stranu samotnými ženami vyžadovány, protože jim, jako například v případě ultrazvukových vyšetření, zprostředkovávají novou formu kontaktu s nenarozeným dítětem, na druhou stranu ale jejich přítomnost posiluje představu rizikovosti těhotenství a kontrolu lékařského systému nad ním. Určitou roli může sehrávat také ochrana lékařů před možným pochybením. Celosvětově jsou porodníci a gynekologové skupinou lékařů, kteří jsou nejčastěji žalováni za zanedbání péče v důsledku chybné diagnózy. Gabe, Bury a Elston (2004: 253-4) naznačují, že to může být právě tato skutečnost, která vede lékařský personál k praktikování tzv. defenzivní medicíny, v jejímž rámci dochází k preventivnímu léčení či provádění nadbytečných testů. Všechny tyto zmíněné faktory poukazují na to, že konceptualizace těhotenství jako rizikové události má také svou sociální dimenzi spojenou s konstruováním rizik dominantním lékařským diskursem a formami kontroly.

Cílem této práce je prostřednictvím výpovědí konkrétních žen ukázat, jakým způsobem se konceptualizace vlastního těhotenství jako rizikového či přítomnost zdravotních komplikací promítá do zkušenosti těhotenství a zda a jakým způsobem ovlivňuje vztah k vlastnímu tělu a lékařským institucím. Snažím se přitom poukázat na komplexitu vztahu mezi lékařskými institucemi, medicínskými diskursy, procesem sociálního konstruování rizik a genderovanými představami o ženském těle a mateřství. V teoretické části této práce se proto nejprve věnuji přístupům, které zasazují koncepty rizika a uchopování zkušenosti těhotenství do širšího rámce poukazujícího na jejich

---

<sup>4</sup> Zdroj: Rodička a novorozenec 2006: str. 13 (dostupné na [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

sociální zakotvenost a jejich provázanost s genderovými vztahy a představami o ženském těle a jejich reprodukční roli. V první kapitole této teoretické části mapuji genealogii samotného konceptu rizika, který se postupně stává nedílnou součástí uvažování o (post)moderní společnosti. Vycházím přitom především z práce Ulricha Becka (2004), kterou vztahuji ke konkrétním mechanismům konstrukce rizik v rámci těhotenství a ke způsobům, jakým se koncept rizika váže k jeho uchopování v rámci medicínského diskurzu.

Druhá část teoretického oddílu této práce je věnována samotné zkušenosti těhotenství a její tematizace v rámci feministických debat a uvažování o tělesnosti. Jejím cílem je především poukázat na ambivalentní postavení, které těhotenství jako součást ženské reprodukce v rámci feministického myšlení zaujímalo a kriticky přehodnotit karteziánský dualismus těla a mysli, který zásadně ovlivnil uvažování významných feministických autorek jako je Shulamith Firestone (1970) či Simone de Beauvoir (1966). Snažím se přitom nabídnout komplexnější pohled na těhotenství jako na zkušenost, která svou povahou naopak přináší možnost překročit tyto duality uvažování o lidské tělesnosti. V návaznosti na práci Iris Marion Young (2004) se dívám na těhotenství jako na silný subjektivní tělesný prožitek, který je ale zároveň zakotvován v mechanismech kontroly a institucích západní medicíny.

Druhá část této práce vychází z kvalitativního výzkumu, v jehož rámci jsem prováděla narativní a polostrukturované rozhovory s ženami, jejichž těhotenství bylo klasifikované jako rizikové nebo u kterých se v jeho průběhu objevily komplikace<sup>5</sup>. Kapitoly shrnující jeho dílčí závěry se zaměřují na dvě specifická témata, která v rozhovorech zřetelně vystupovala a která se úzce vztahují k cílům, které jsem si na počátku výzkumu stanovila. Prvním tématem je vztah žen k prenatalní diagnostice. V rámci této první empirické kapitoly se věnuji širšímu vztahu prenatalní diagnostiky, tělesné zkušenosti těhotenství a vědění o ní. Pomocí výpovědí části mých informantek, které se rozhodly některá vyšetření odmítnout, se snažím popsat způsoby, jakými ženy vyjednávají svou pozici v rámci medicínského systému a zároveň poukázat na existenci různých forem vědění o těhotenství, jejichž konstrukce se odvolává na odlišné zdroje.

---

<sup>5</sup> Data, z nichž vyháží tato práce, byla sbírána jako součást projektu „Sociální stratifikace a zdraví: trendy ve vlivu sociálního postavení matky na výsledek těhotenství a porodu v ČR po r. 1989“ (Grantová agentura ČR).

Druhá kapitola empirické části této práce je věnována způsobům, jakým se mé informantky vztahovaly ke konceptům mateřství. Zaměřuji se přitom především na vliv přítomnosti rizika na představy o roli ženy a jejího těla v těhotenství.

## 2 SOCIÁLNÍ KONSTRUKCE RIZIKA

Představa existence určitých forem rizik – medicínských, environmentálních, ekonomických či jakýchkoliv jiných – je v současné době samozřejmou součástí našeho uvažování o fungování společnosti i vlastním životě. K pojmu riziko lze přidat s trochou nadsázky nekonečně mnoho adjektiv. Tato skutečnost pouze dokazuje, jak hluboce je představa rizika součástí našeho každodenního světa. Přesto ale koncept zdravotních rizik představuje fenomén, který se v medicínském i laickém diskursu objevil relativně nedávno. Jak se pokusím ukázat v následující kapitole, představa rizika radikálně přetváří uvažování o vztahu člověka ke svému zdraví. Jeho současné masivní rozšíření je přitom úzce spojeno s povahou současné (post)moderní společnosti a rolí, kterou v jejím rámci individuum zaujímá. V následující kapitole se proto budu věnovat formování představy rizika v rámci medicínského systému a jeho vztahu k širším společenským procesům.

### 2.1 *Genealogie rizika – osud a zodpovědnost*

Představa rizika jako součásti naší každodennosti se datuje někdy do období renesance. Do té doby dominoval obecnému diskursu obraz osudu. Tyto dvě představy se přitom radikálně liší v roli, kterou jednotlivec ve vztahu k danému problému či nemoci zaujímá. Zatímco představa osudu pracovala s fatalistickým pohledem na nemoc, epidemie či tragédie jako na události, které jsou součástí osobního údělu jednotlivce a jsou tak v jeho životě pevně zakotveny, představa rizika naopak přiřkla jednotlivci zásadní úlohu v jejich kontrole. Zatímco osud se odvolává na nezměnitelnou danost či boží vůli, riziko se odvolává na odpovědnost a možnost manipulace. Teprve s příchodem modernizace a s paradigmatickou změnou přinášející také odlišný pohled na kauzální původ nemocí se objevuje také imperativ osobní zodpovědnosti za své zdraví. Rizika byla postupně zahrnuta do vědeckého diskursu, který je začíná kvantifikovat a vypočítávat jejich pravděpodobnosti (Gabe et al. 2005: 87).

Samotná představa rizika v sobě inherentně obsahuje také zásadní změnu v chápání individuální agency. Ve společnosti, která věří v predeterminovanost lidských životů a kde je lidské jednání v kontextu představ o směru lidského života snižováno, je přítomnost rizika irelevantní. Představa rizika je úzce spojena s vírou v možnost vlastní budoucnost

ovládat či přinejmenším pozměňovat vlastním jednáním (Zinn 2008: 3-4). Současná přítomnost rizika v našem uvažování o vlastní každodennosti se tak mimo jiné odvolává na naši schopnost a odpovědnost vlastní životy řídit. Zatímco víra v osud a boží danost stavěla individua do pozice pasivních pozorovatelů, představa rizika z nich činí aktéry, kteří jsou (nejen) za své zdraví odpovědní a kdo tak také nese vinu za jeho selhání. Lupton (1999: 67) tak tvrdí, že současný důraz na rizika je součástí širšího posunu ve vnímání subjektivity. Je možné ho vnímat jako dílčí součást představy života jako projektu, na kterém je potřeba aktivně pracovat. Tato představa přichází s procesem individualizace. Jedinec se stává zodpovědným sám za sebe a je to on, kdo činí volby. Původní zakotvení v stavech daných narozením, které určovaly budoucí biografii, mizí a člověk se stává hybatelem vlastního osudu. Tento fakt na něj ale zároveň vznáší nové nároky. Člověk získává více odpovědnosti za podobu svého života a zdraví a tak je zároveň stavěn do pozice toho, kdo je odpovědný za jeho negativní výsledky.

Současnou dominanci konceptu rizika ale není možné jednoznačně vnímat jen jako posílení individuální agency. Představa odpovědnosti člověka za vlastní zdraví, která zahrnuje především vědomí si rizik a vhodné nakládání s nimi, předpokládá především jasnou definici samotného rizika. Prostřednictvím jeho definice je ale zároveň jednotlivce ukotvován v systému kontroly. Vystavovat se riziku znamená vědomě své zdraví ohrožovat. Tento fakt má svou jasnou morální dimenzi, jejíž přítomnost nutně vede k tomu, že všechny volby a formy jednání nejsou vnímány jako plnohodnotné. Produkování definic rizik je navíc podmíněno a dále samo vytváří systém, který jednotlivá rizika definuje a který se jim pak také snaží zabránit - v případě medicínských rizik právě prostřednictvím zvýšeného odborného dohledu. Vystávají tak zásadní otázky po tom, kdo a na základě jakých kritérií rizika definuje a jaké dopady má jejich definice na konkrétní životy jednotlivců.

Podle Cartwright a Thomase (2001) podléhají rizika procesu sociálního konstruování. Z nekonečného množství rizik jsou vybrána pouze ta, která splňují určitá kritéria. Tím nejčastějším je viditelnost nebo měřitelnost prostřednictvím nových technologií. Rizika jsou neustále podněcována a perpetuována strachem z obvinění ze zanedbání péče. „Ve snaze ochránit sami sebe praktikují poskytovatelé péče „defenzivní medicínu“ – což znamená používat veškerou dostupnou technologii“ (Cartwright, Thomas 2001: 222). Sociální vědy upozorňují na to, že definice rizik je kulturně podmíněná. Můžeme přitom nalézt řadu přístupů lišící se v míře objektivity, které procesu konstruování rizik připisují. Podle Zinna (2008: 6) lze v sociálních vědách rozlišit

především dva přístupy k charakteru rizik. První z těchto přístupů se dívá na rizika jako na v podstatě reálné skutečnosti, jejichž selekce ale podléhá sociálním procesům. To, jaká rizika budou vybrána a jak budou interpretována, je kulturně determinované. Ačkoliv tedy rizika v sobě obsahují reálná nebezpečí, teprve v procesu společenského přenosu jsou skutečně zvýznamněna a často i transformována v souladu s potřebami dané společnosti. Druhý přístup, který Zinn vyzdvihuje, nahlíží na rizika jako na čisté produkty sociálního konstruování, které nejenže nejsou sociálně zprostředkovanou skutečností, ale s jakoukoliv realitou nemají vůbec nic společného.

V této práci vychází z konceptualizace rizika nejvýstižněji zachycené v práci Ulricha Becka (2004). Zinn (2008: 7) jeho přístup popisuje jako kombinaci realistické a konstruktivistické perspektivy. V práci Becka se objevuje jak uznání faktické existence rizik (v podobě například ekologických krizí, toxických látek ohrožujících zdraví a podobně), tak jejich sociálního zprostředkování. Zároveň ale tento přístup doplňuje důrazem na sociální konstruovanost rizik samotnými institucemi. Z této perspektivy jsem ve své práci vycházela i já. Přístupu Ulricha Becka se proto budu detailněji věnovat v samostatné kapitole. Beckovo dílo, jak se pokusím ukázat v následující části, v sobě obsahuje ještě jednu dimenzi, kterou Zinn ve svém výčtu nezmiňuje. Kromě společenské mediace a produktivní síle institucí podléhají rizika další rovině vztahující se k individuálnímu konstruování a vnímání rizik konkrétními individui. Jak ukazují například Williams a Calnan (1996) vnímání a produkce rizik je komplexním procesem, do kterého vstupují i laické představy jednotlivců, které nemusí mít s původním vědeckým diskursem nic společného. Představa toho, co konstituuje riziko je hluboce zakořeněna v osobních postojích, morálních hodnotách a subjektivní životní biografii. Konkrétní konceptualizace rizika se může měnit rovněž v závislosti na materiálních podmínkách každodenního života. Při uvažování o konstrukci rizik a jejich dopadů je proto vždy nutné brát v úvahu i jednotlivce jako aktéry podílejících se na jejich produkci a přijetí, ale také na transformaci a odmítnutí.

## ***2.2 Riziková společnost Ulricha Becka***

Podle Ulricha Becka (2004) jsme v současné době svědky nové společenské transformace, která probíhá nikoliv výměnou elit či prostřednictvím revolucí, ale prostřednictvím „tichých“ proměn, které ale ovlivňují život všech bytostí na Zemi. Uvnitř

moderny dochází k převratu a ta nabývá nové podoby zhmotněné v rizikové společnosti. Zatímco v moderní industriální společnosti dominovala produkce bohatství, ve společnosti rizikové dominuje produkce rizik. Původní rizika spojená s průmyslovou produkcí se radikálně mění. Zatímco v moderní společnosti důsledky těchto rizik dopadaly pouze na nižší třídy, současné rozptýlení rizik je skutečně demokratické. Jejich síla dopadá na globalizovaný svět bez rozdílu silou, která je s původními riziky nesrovnatelná.

Rizika provázející současnou společnost přitom nabývají specifického charakteru. Jejich produkce je vytvářena na nejpokročilejším stupni vývoje, což mimo jiné vede k tomu, že jejich dopady ovlivňuje fungování celého systému. Dopady rizik jsou o to zásadnější, že jejich efekt je ireverzibilní. Radioaktivita, znečištění vody a vzduchu jsou jen dílčími příklady rizik, před kterými není možné se skrýt. Na rozdíl od rizik produkovaných modernizací, jejichž dopady se svým producentům vyhýbaly, fungují tato nová rizika prostřednictvím bumerangového efektu. Přítomnost rizik tak rozbíjí i třídní schéma a nastoluje novou „rovnost v ohrožení“. Rozšíření rizik ale zároveň nijak nesoupeří s kapitalistickou logikou. Naopak, podle Becka rizika vytváří nový prostor pro tržní profit. Rizika produkují potřeby, které je nutné uspokojit (ibid. 30).

Zásadním rysem současných rizik, jenž je pro kontext této práce klíčovým, je jejich neviditelnost. Interpretace jejich přítomnosti a původu se vyjevuje „teprve a jedině ve (vědeckém případně antivědeckém) vědění o nich a mohou v něm být měněna, zmenšována či zvětšována, dramatizována nebo bagatelizována, a potud jsou ve zvláštní míře otevřená procesům sociálního definování“ (ibid. 29). Neviditelnost současných rizik tak staví jednotlivce před zásadní otázky týkající se samotné možnosti jejich rozpoznání. Smysly jsou v této situaci nedostatečné a jediným možným zdrojem se stávají měřicí přístroje a vědecký diskurs. Rizika jsou něčím, co je „zásadně zprostředkováno argumentací“ (ibid. 35). Současná společnost tak potřebuje expertní vědění a technologie, aby se rizika stala vůbec viditelnými. V tomto smyslu tak riziková společnost funguje také jako společnost vědy a médií, kde se informace stávají klíčovým komponentem. Beck si je ale dobře vědom, že povaha těchto informací není pouhým objektivním „čtením“ faktů. S představami rizik je neustále manipulováno, některá jsou bagatelizována, jiná nadhodnocována. Představa o tom, co tvoří únosnou hranici, se neustále posunuje. Co bylo rizikem dnes, nemusí jím být zítra, co se včera zdálo jako bezpečné, může mít dnes nálepku ohrožení. V rámci vědeckých diskursů tak probíhá neustálý boj o definici, jež se snaží vymezit rozsah a stupeň rizik (ibid. 61).

Tyto boje neprobíhají jen na úrovni vymezení stupně rizik, ale v rámci samotné představy o tom, co riziko konstituuje. Latence rizik způsobuje jejich zdánlivou neexistenci. Teprve vědomí (vědění) určuje jejich bytí (ibid. 70). Nikdy si tak nemůžeme být zcela jisti, zda se skutečně zvyšují rizika či zda se pouze zpřisňuje náš pohled na ně. „Rizika jsou riziky ve vědění, nejsou dvojí, nýbrž jednou a toutéž věcí“ (ibid. 73). Pokud nejsou rizika srozumitelně sdělena, tak de facto neexistují. Beck ale nezastává radikálně konstruktivistickou pozici. Netvrdí, že současná společnost není ohrožována riziky nebo že by jejich profilace byla pouze konstruktem vědeckého diskursu. Beck si je naopak reálné existence ohrožení dobře vědom. Zároveň ale ve své práci ukazuje, že konkrétní proces konstrukce rizika je mnohem komplexnější než jeho pouhé detekování. Skutečnost, že jsou současná rizika zprostředkována pouze vědáním, znamená odkázanost na systém, který sám o sobě podléhá paradigmatickým změnám, které mohou převracet dosavadní pohledy na to, co je relevantní a jež často staví na předem daných sociálních očekáváních.

V souvislosti s nejistotou panující kolem definic rizik upozorňuje Beck na rozpadající se monopol věd na racionalitu. Společnost oproti první fázi modernizace vstupuje do další reflexivní fáze. Tato reflexivita spočívá v tom, že společnost se sama sobě stává tématem a problémem (ibid. 28). Dochází ke konfrontaci s vlastními principy společnosti, které jsou nahlíženy skrze nezamýšlené důsledky, jež jsou jejich vyústěním. V reflexivní fázi modernizace je původní vědecká racionalita, tak jak ji představovalo osvícenství, zpochybněna. Samotná věda již nadále nemůže být jednoduše pokládána za zdroj rostoucí racionality a pokroku, neboť masivní expanze rizik je mimo jiné i jejím produktem. Věda tak není zcela schopná reagovat na rizika současné společnosti, neboť se sama na jejich růstu aktivně podílí. Vědomí si této skutečnosti podkopává víru v neomylnost vědecké autority. Zároveň se ale tato demystifikace vědy odehrává v kontextu, kdy vědecké poznání zaujímá klíčové postavení v identifikaci rizik. V rizikové společnosti se tak objevuje potřeba expertní autority, která je ale zároveň v procesu reflexivity zbavena aury neomylnosti.

Práce Ulricha Becka v sobě soustřeďuje několik aspektů, které byly pro mou práci klíčové. Beck ve své knize přináší vizi společnosti, která je prodchnutá přítomností rizik, podobně jako je těhotenství v současném medicínském diskursu zakotvováno v představách neustálého ohrožení. Beck také podává komplexní pohled na fungování konstrukce rizik. Nezastírá jejich objektivní existenci, ale zároveň je nepředkládá pouze jako objektivní fakta. Rizika prochází dlouhým procesem definování, vymezení závažnosti a jejich zviditelnění. Tento proces je přitom vždy selektivní, kde samotné instituce



nezastávají úlohu neutrálního hráče. Vědci a vědkyně jsou v samotných základech své práce „odkázáni na sociální, a tudíž předem jim zadaná očekávání a hodnocení“ (Ibid. 38). Odhady rizik se pohybují v rámci pravděpodobností. Některá jsou zvýznamněna, jiná potlačena, některá nebudou nikdy odhalena, dalším zase může být připsán gigantický význam. To, která zaujmou jako pozici, je přitom do značné míry ovlivněno právě charakterem institucí a společností, která je produkuje. Podobně i v rámci těhotenství jsou některá rizika zvýznamňována a jiná ignorována<sup>6</sup>. Některé prvky a činnosti, které byly původně vnímány jako „neškodné“ se stávají rizikem. Rozmach prenatalní diagnostiky vede k rozmachu produkce rizik, která jsou ale vždy nutně definována v závislosti na společenských normách normality, která jsou historicky a kulturně podmíněná. Zároveň ale „neviditelnost“ rizik, která jsou v těhotenství odhalována až prostřednictvím pohledu expertů, vede k tomu, že ženy jsou do značné míry odkázány na interpretace, které jim o jejich těhotenství poskytuje medicínský systém. Beckova práce ale zároveň podává obraz společnosti, která ztrácí své původní jistoty a autority. Původní nezpochybnitelná víra v expertní vědění je nahlodávána vědomím, že je to právě toto vědění, které se na produkci rizik podílí. Lidé jsou tak stavěni do pozice subjektů, jež mohou a musí předkládaná rizika hodnotit. Riziková společnost tak současně posiluje i podkopává autoritu expertního vědění a zároveň ukazuje jednotlivce jako aktéry, kteří ho kriticky hodnotí. V rámci těchto úvah jsem přistupovala i ke studiu zkušenosti těhotenství, která je předmětem této práce.

### **2.3 Rizika a těhotenství**

Domnívám se, že konceptualizace rizika a důsledky jeho všudypřítomnosti jsou zásadní i pro pochopení zkušenosti těhotenství. Lupton (1999: 60) dokonce hovoří o tom, že „riziko je centrálním diskursem mezi diskursy obklopujícími těhotnou ženu.“ Spojení rizika a těhotenství je klíčové pro současné zakotvení těhotenství a porodu v medicínském uvažování. Asociace rizika s těhotenstvím (jako nejzřejmější manifestací ženské

---

<sup>6</sup> Lee a Jackson (2000: 126) v souvislosti se selektivním vyzdvihováním určitých rizik upozorňují na případ fetálního alkoholového syndromu, kdy je plod poškozen vlivem požívání alkoholu v těhotenství. Lee a Jackson ukazují, jakým způsobem jsou v prenatalní péči upřednostňována rizika, která individualizují problém a soustřeďují jeho příčiny do osoby těhotné ženy.

reprodukce) je také symptomem obecného postavení ženského těla v západním uvažování a vědeckém diskursu (více například Martin 1987, Turner 1995)<sup>7</sup>.

Hašková (2001) na analýze českého systému porodnictví ukazuje, že přítomnost rizika je klíčovým prvkem konstrukce dominantního lékařsky vedeného porodu<sup>8</sup>. Ten se konstituuje v přímé návaznosti na vnímání těhotenství a porodu jako vysoce rizikové a nepředvídatelné záležitosti. V této souvislosti se v dnešní době objevují kritiky takto pojímaného porodnictví především ve formě dvou protichůdných koncepcí pojmání porodů. Na jedné straně stojí tzv. lékařsky vedený porod, který zdůrazňuje jeho rizikovou povahu a tedy nutnost intervence a kontroly jeho průběhu. Oproti tomu se staví zastánci tzv. přirozeného porodu, kteří zdůrazňují spontaneitu, která má ve svém důsledku vést k hladkému průběhu porodu. „Přirozenost se v takovém pojetí stává kvalitou sama o sobě. Zatímco zastánci lékařsky vedeného porodu hovoří jazykem „rizikovosti“ porodu s tím, že obrací pozornost k patologickým porodům a zdůrazňují rizikovost porodního procesu, příznivci „přirozených“ porodů hovoří jazykem „přirozenosti“ porodu s tím, že odkazují především ke spontánním porodům, jejichž hladký průběh připisují právě na konto jeho „přirozeného“ vedení.“ (Hašková 2001: 22). Obě tyto koncepce se ale shodně odvolávají na koncept rizika jako centrálního mechanismu současného uchopování těhotenství a porodu.

V současném medicínském diskursu jsou každé těhotenství a porod vnímány jako potenciálně patologické. Jak poznamenává Lee a Jackson (2000: 122) těhotenství v podstatě nemůže být označeno jako zcela „normální“ až do doby úspěšného porodu. Těhotenství tak nálepkou „normálního“ získává teprve zpětně. Některá rizika jsou nepředvídatelná. Tato skutečnost vede k tomu, že všechna těhotenství jsou a priori vnímána prizmatem ohrožení. Lee a Jackson zároveň upozorňují na to, že samotná měřítko toho, co je pokládáno v těhotenství a při porodu za normální se neustále posunují. Představa „normálnosti“ je tak neustále redefinovaná. V této souvislosti se odvolávají na příklad vnímání délky porodu. Žádoucí délka „normálního“ porodu se v učebnicích pro porodníky neustále zkracuje. Tato skutečnost vede k tomu, že se stále více porodů z kategorie „normálních“ vytrácí. Představa rizika tak proniká stále hlouběji do samotné

---

<sup>7</sup> Detailnějším rozboru vnímání těhotného těla a ženského těla obecně, se budu věnovat v následující části této práce.

<sup>8</sup> Hašková (2001) lékařsky vedený porod definuje jako porod charakterizovaný řadou lékařských intervencí, používáním medikamentů a invazivních technik. Jeho cílem je eliminace možných komplikací. Je prováděn za asistence lékařů pouze v nemocničním prostředí a je typický důrazem na dodržování striktních pravidel, rutinizací a preventivními lékařskými zásahy.

představy o tom, co konstituuje zkušenost těhotenství. V tomto kontextu je potřeba vnímat také stále rostoucí počet těhotenství, která jsou klasifikovaná jako riziková.

Snaha vyvarovat se všem rizikům, která jde ovšem ruku v ruce s potřebou co nejvíce rizik předem detekovat a tak i k rozšíření představy o inherentní rizikovosti těhotenství, je podle Lupton (1999: 68) součástí širšího procesu, jehož cílem je dosáhnout „co nejlepšího dítěte“. Genetické screeniny, proces detekce vrozených vad, kterým ženy v těhotenství procházejí, stejně tak jako standardizovaný obraz vývoje plodu a pokroků, jež má dítě v průběhu svého vývoje dělat produkovaný odbornými i populárními publikacemi, se podílí a produkování představy existence „dokonalého dítěte“. Přítomnost takovýchto sdělení přitom zásadně zasahuje do vnímání dětí, které se z důvodů postižení těmito obrazům jakkoliv vymykají. Jak poznamenává Landsman (1998: 92) žijeme v době „perfektních“ dětí. Tato doba přitom klade zásadní nároky na „normalitu“ dítěte, stejně tak jako na ženy, které jsou jejím prostředníkem. Zahalování těhotenství do hávu rizikovosti je tak mimo jiné symptomem společnosti, která se snaží eliminovat jakékoliv hrozby toho, že dokonalosti nebude dosaženo.

Úzké spojení mezi rizikem a těhotenstvím je ale potřeba vnímat také v kontextu kontroly, kterému je těhotné tělo podrobováno. Rizikovost je ústředním diskursem používaným ke konstrukci toho, co je normální. Označení těhotenství za rizikové jej zároveň vyděluje mimo normalitu. Tento proces staví ženu do odlišné pozice toho, kdo se odchyluje. Klasifikace těhotenství jako rizikového znamená také jeho vymezení vůči ostatním. Toto vymezení přitom vede k tomu, že je toho těhotenství vnímáno jako to, které vyžaduje expertní pomoc, dohled a zvýšenou sebekontrolu (Lupton 1999: 61). Jak jsem se snažila ukázat v předešlých kapitolách, definice rizik není procesem, který by bylo možné jednoduše označit za objektivní. Při uvažování o konstruování těhotenství jako a priori rizikového stejně tak jako o rostoucím počtu těhotenství, která jsou z medicínského pohledu klasifikována jako riziková přímo, proto nemůžeme ignorovat proces medikalizace ženského těla jako mechanismu, který vedl ke zvýšené kontrole ženských těl<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Medikalizace označuje „proces, v rámci něhož jsou nemedicínské problémy definovány jako medicínské a je s nimi, obvykle pomocí konceptů nemoci a poruchy, tak i zacházeno“ (Gabe et al. 2004:59). Conrad (1992) v této souvislosti hovoří o tom, že ženské tělo je více náchylné k medikalizaci. Gender hraje významnou roli v tom, co bude definováno jako deviantní a hodné kontroly. Porod v tomto ohledu představuje klasický příklad procesu medikalizace. V průběhu dějin porodnictví byl porod postupně překlasifikován z původně rodinné záležitosti na událost, která si díky svému potenciálnímu riziku vyžaduje lékařský dozor a intervence. V současné době se tato lékařská kontrola a s ní související medikalizace rozšiřuje i na oblasti prenatální péče a neplodnosti (Conrad 1992: 216-222).

### **3 ZKUŠENOST TĚHOTENSTVÍ A POHLEDY NA TĚHOTNÉ TĚLO**

Těhotenství je univerzálním faktem, který provází kultury ve všech jejích podobách. Představuje nedílnou součást lidské reprodukce a jako takové je nezpochybnitelnou nutností zachování společnosti. I přesto je ale nutné těhotenství chápat především jako sociální jev, který se sice opírá o biologickou potřebu reprodukce, tato potřeba je ale doprovázena (a někdy téměř překryta) potřebou jinou – strukturovat sociální řád a začlenit tak reprodukci členů společnosti do širšího systému představ a hodnot. Přestože navenek nabývá podoby privátní záležitosti, je skutečností, která přesahuje zájem jednotlivých individuí a stává se tak cílem společenské kontroly.

V této práci na těhotenství nahlížím ze dvou úhlů pohledu - jako na zkušenost, která je výlučnou součástí ženské subjektivity a která zakládá specifickou ženskou zkušenost a zároveň jako na proces, který je hluboce zakotvený v institucionálních rámcích a společenských představách vhodného ženské těla a mateřství. V první části se věnuji pohledům, které se snaží konceptualizovat těhotenství prostřednictvím vztahu žen k vlastnímu tělu. Věnuji se přitom především dvěma rozdílným liniím uvažování, které se liší ve způsobu uchopování vztahu žen k vlastnímu tělu a reprodukci i v samotné tematizaci tělesnosti. První z těchto proudů reprezentují přístupy Shulamith Firestone (1970) a Simone de Beauvoir (1966). Tyto proudy uvažování představují pojmání těhotenství jako zkušenosti, která je svazující a která přináší jen negativní fyzické pocity. Snažím se přitom tento přístup kriticky zhodnotit a zasadit do kontextu vývoje západních představ o těle a také historických podmínek formování feministického myšlení. V další části této kapitoly se snažím nabídnout alternativní pohled na zkušenost těhotenství, který zdůrazňuje komplexitu tohoto prožitku a zároveň potenciál těhotenství nabourávat binární uvažování.

Druhá část toho oddílu se pak věnuje normativním dimenzím těhotného těla. Těhotenství je v moderní západní společnosti neustále monitorováno a podrobováno kontrole řady institucí. Tato skutečnost přitom výrazně ovlivňuje to, jak ženy vnímají a zažívají svá těla. V této práci se proto snažím nastínit způsoby, jakými je zkušenost těhotenství konstruována prostřednictvím mechanismů kontroly a sdílených představ o tom, co těhotenství pro ženu znamená. Cílem této práce je poukázat na vzájemnou

provázanost tělesné zkušenosti těhotenství vyvěrající ze subjektivního vztahu ženy ke svému tělu a společenských očekávání a mechanismů, které toto tělo disciplinují.

### **3.1 Těhotenství a subjektivita ženy**

Těhotenství v úvahách některých feministických autorů/rek vystupuje jako ztělesnění ženského útlaku vyvěrající ze zakotvení nerovnosti pohlaví pomocí biologické difference. Není přehnané tvrdit, že možnost nosit a porodit dítě jsou zkušenostmi, které nejzřetelněji demonstrují biologickou odlišnost žen. Byla to ale právě argumentace touto odlišností postavená především na ztotožnění kategorie ženy s kategorií matkou, jež dominovala diskursům ospravedlňujících podřadné postavení žen ve společnosti. Není proto divu, že těhotenství (a reprodukce jako celek) se v úvahách některých feministických autorek stalo ztělesněním této „biologické pasti“. Na druhou stranu ale těhotenství vystupuje rovněž jako specifická (nejen) tělesná zkušenost, která s sebou přináší řadu otázek, které zásadním způsobem přispívají k redefinici tradiční představy o jednotě subjektu.

#### **3.1.1 Těhotenství jako zkušenost svazující**

Možnost osvobození se od reprodukce, která v rámci rétoriky ospravedlňující nerovné postavení žen vystupovala jako stěžejní moment obhajující stávající postavení žen jako skutečnost vyvěrající z jejich biologické odlišnosti, byla některými feministickými autorkami vnímána jako možná cesta k osvobození žen od patriarchy, jenž se v jejích očích opíral především o ženskou schopnost reprodukce a společenské role s ní spojené. Shulamith Firestone tak ve svém díle *The Dialectic of Sex* (1970) popisuje těhotenství jako cosi barbarského, pouhou nutnost, která ale nepřináší ženám žádné potěšení, pouze útlak. Podle Firestone jsou to právě biologické odlišnosti, které jsou zdrojem systematického utlačování žen. I přes určitou kulturní variabilitu forem rodiny, je podle ní možnost žen rodit děti vždy zdrojem závislosti matky a dítěte na muži. Firestone při své analýze vychází z marxistického pojetí třídního boje jako hybné síly historie. Převrací ale jeho východiska a namísto třídy staví biologické odlišnosti mezi muži a ženami jako klíčové motivy ustavující nerovnosti ve společnosti. Namísto změny systému produkce požaduje

transformaci způsobu lidské reprodukce. Podobně jako Marx volal po revoltě dělnické třídy ke změně uspořádání produkce, vyzdvihuje Firestone revoltu žen, která má vést k tomu, že získají kontrolu nad reprodukcí. Stejně jako Marx nepožadoval pouze eliminaci ekonomických privilegií vyšších tříd, ale zrušení samotného systému tříd, nejde Firestone pouze o odstranění mužské dominance, ale o rozbourání celého systému pohlavních odlišností. To je podle ní možné pouze prostřednictvím vyjmutí reprodukce jako záležitosti výhradně jednoho pohlaví. Ve chvíli, kdy reprodukce přestává být záležitostí pouze žen, se hroutí rovněž genderová dělba práce, která se o ni opírá.

Firestone tak zavrhuje těhotenství jako výlučně ženskou zkušenost. Namísto něho v ideálním případě staví systém, který se neopírá o biologický reprodukční potenciál žen, ale funguje spíše mimo biologická těla. Možnost otěhotnět je podle Firestone faktorem, který upevňuje a reprodukuje podřadné postavení žen a je proto nutné se od něj osvobodit. *The Dialectic of Sex* přináší pohled na těhotenství jako na zkušenost, která ženu svazuje – a to nejen ženu v roli matky, ale především ženu jako subjekt. Těhotenství tak vystupuje jako prožitek, který je potřeba zavrhnout, neboť ukotvuje ženu v systému oprese.“

### **3.1.1.1 Simone de Beauvoir – odcizené tělo**

Firestone ve svém díle sleduje tradici feministického myšlení navazujícího na představu binární opozice těla a myslí jako dvou diametrálně odlišných zkušeností, které jsou prakticky neslučitelné. Tato tradice nejzřetelněji rezonuje v díle Simone de Beauvoir (1966). Beauvoir ve své práci *Druhé pohlaví* popisuje ženské tělo především prostřednictvím negativních pojmů. Například dospívajícímu ženskému tělu se z jejích úst dostává následujícího popisu: „je ještě křehčí než dříve; ženské orgány jsou zranitelné, jejich činnost je delikátní; ňadra jsou břemenem, protože jsou nezvyklá a při prudkém pohybu se připomínají, třesou, překázejí a bolí... Výkyvy hormonální sekrece způsobují u ní nervovou a cévní vratkost. Menstruační krize bývá bolestivá... žena je nervózní, předrážděná a možno říci, že každý měsíc bývá zpola nenormální“ (ibid. 144). Beauvoir (1966: 44) přitom nezůstává pouze u popisu negativních aspektů ženské tělesnosti, ale naznačuje, že je to i toto tělo, které výrazně (negativně) ovlivňuje vztahování žen ke světu, když píše: „tímto bolavý, a pasivním tělem se i celý svět stává přílišným břemenem. Ve stísněnosti, která ji zdolává, stává se žena cizí i sama sobě, protože je cizí všemu ostatnímu světu.“

Beauvoir je samozřejmě vzdálena jakékoliv představě jasného biologického determinismu, který by nerovné postavení žen vykládal primárně z jejich fyziognomie. Beauvoir vidí kořeny nerovného postavení mužů a žen v jiných rovinách<sup>10</sup>, zároveň se ale dívá na ženskou tělesnost jako na motiv, jenž podřízenost žen posiluje a utvrzuje. Nejvíce je přítom její odmítavý postoj k ženské tělesnosti patrný v jejím vztahu k ženské reprodukci a mateřství obecně. Beauvoir (1966: 25) mimo jiné píše o tom, že „...hlavně u savců dochází k uvolnění samčí části vůči reprodukční funkci, takže samičí složka je ve větším područí vůči zachování druhu. Nejzřejměji je to patrné právě u člověka, u ženy s jejím menstruačním cyklem, krizemi dospívání a menopauzy. Ze všech živých bytostí právě žena je nejvíce odcizena svému individuálnímu životu...“.

Charakter ženské tělesnosti je nejzřejmější porovnáme-li ho se situací mužů. Podle Beauvoir klade tělo mužům v porovnání s ženami jen málo překážek. Je to přítom právě těhotenství, které nejzřejměji manifestuje omezení žen vlastním tělem a brání jim tak v transcendenci. Beauvoir tak těhotenství vnímá spíše jako zkušenost, jenž je pro ženu skličující (Rodier 2007: 74). Podle Brook (1999: 24) tak vlastně následuje dominantní maskulinní ideologii, která předpokládala neslučitelnost mateřství s intelektuální aktivitou. V této souvislosti je přítom zajímavé do jaké míry těhotenství vždy fascinovalo filozofické uvažování o lidském intelektuálním potenciálu. Jak ve své analýze ukazuje Mullin (2002), tělesná zkušenost těhotenství byla ve filozofických úvahách často kladena do protikladu s „plodivou silou“ mysli. Odkazuje se přítom například na Nietzcheho, který zastával názor, že samotná zkušenost těhotenství natolik vyčerpává ženskou psychickou energii a dostatečně naplňuje její touhy, že již v jejím životě nezbývá žádný prostor pro intelektuální nebo kreativní aktivitu (Mullin 2002: 29). Beauvoir tuto tradici myšlení v podstatě následuje. Tento aspekt jejího uvažování o ženské zkušenosti je ale nutno chápat v kontextu historických debat o roli ženy ve společnosti i chápání tělesnosti v rámci

---

<sup>10</sup> Beauvoir (1966) ve svém díle pracuje s konceptem ženy jako „druhého pohlaví“. Žena se stává v projekcích tou druhou, jinou, které jsou přiřazovány významy prostřednictvím projekce toho, čím muži být nechtějí. Žena je tak definována jako zápor. Mužství je primární esencí lidství, je to vzor, který je vnímán jako samozřejmost, ke které se vztahuje veškerá ostatní zkušenost. Žena je naproti tomu vnímána ve vztahu k němu. To, že je označována jako druhé pohlaví, symbolizuje její status určený primárně její pohlavností. Muž vystupuje jako Absolutno, zatímco žena je tím „druhým“, subjektem, který dostává svůj tvar teprve ve vztahu k absolutnímu. Ženy tak zůstávají uvězněné v imanenci. Nerovné postavení žen je podle Beauvoir zároveň podporováno charakteristikami společnosti, které ženám nedovolují dosáhnout prostředků, které by vedly k jejich jednotě a ve svém důsledku i k definování ženy na základě její vlastní existence, ve vztahu k sobě samé a bez nutnosti přítomnosti jiného aktéra- muže.

západního uvažování. Oběma těmito aspektům se budu věnovat v následující části této kapitoly.

### **3.1.1.2 Potíže s tělem**

Otázky reprodukce vždy představovaly jedny z nejzásadnějších debat v rámci feministického myšlení. Ambivalentní postavení, které těhotenství v úvahách některých feministických autorek zaujímá, je pochopitelné vzhledem k roli, kterou oblast reprodukce a mateřství tradičně zaujímal v rámci procesu konstruování představ o genderu. Těhotné tělo jasně a viditelně zakotvuje ženu v kulturní identifikaci žen s mateřstvím a rovněž s přírodou (Brook 1999). Těhotenství a porod jsou tělesnými prožitky, které jsou často vnímány jako ztělesnění primitivních až animálních síl a jako takové jsou asociovány se sférami vymykajícími se tomu, co bychom mohli nazývat kulturou (Ussher 2006: 86-87). Byla to přitom především identifikace žen s přírodou, která často poskytovala prostředky odůvodnění podřadného postavení žen ve společnosti.

Sherry Ortner (1998) ve své práci přichází s teorií, která staví identifikaci žen s přírodou jako zdroj univerzálního podřizení žen. Ženy jsou podle Ortner ve všech společnostech asociovány s přírodou – tedy s něčím, co je ve všech kulturách hodnoceno podřadně a kladeno do protikladu k tomu, co je stvořeno lidmi. Kultura se definuje jako to, co přírodu překračuje, ovládá a podmaňuje si jí a do této pozice se stylizuje i postavení mužů vůči ženám. Důvodem, proč je právě žena spojována s přírodou, jsou přitom právě její reprodukční schopnosti. To, že je schopna reprodukovat život, který vychází přímo z jejího těla, ji staví do pozice „pasivního“ pokračovatele přírodních procesů, zatímco muž tuto přirozenost překračuje tím, že tvoří vnějškově. V teorii Sherry Ortner tak možnost těhotenství opět vystupuje jako motiv, který upevňuje a z jehož potence dokonce vyvěrá systém konstrukce genderových rolí, který ženu staví do podřadného postavení. Je přitom ale nutné upozornit na to, že Ortner s kategoriemi příroda a kultura nepracuje jako s objektivními a reálně existujícími skutečnostmi. Tato základní binární opozice je pouze sklem, které je přikládáno na všechny ostatní jevy a činnosti ve společnosti. Jejich definice vyvěrá z opozice jedné vůči druhé. Proto to, co není příroda, je kultura, stejně jako to, co není mužské, je ženské. Netřeba dodávat, že atributy, které lidé pojímům příroda/kultura přikládají, jsou pouhou klasifikací a ne objektivní realitou existující nezávisle na myšlení produkovaném společností. Tato skutečnost ale nemění nic na tom, že reprodukce často



v představách o genderových rolích vystupuje jako klíčový mechanismus definující rozdílnost mezi muži a ženami a zároveň ospravedlňující nerovné rozdělení rolí ve společnosti. Je tedy pochopitelné, že těhotenství a otázky reprodukce zaujímaly ve feministických debatách vždy výsadní a zároveň ambivalentní postavení.

Pohled Beauvoir a Firestone vychází právě z předpokladu fyzického těla jako čehosi méně hodnotného, jehož projevy jsou cizí transcendentním cílům jednotlivce. Jeho materiálnost či jeho výlučné projevy jsou tím, co ženu táhne k zemi. Zkušenost těhotenství tak, jak ji popisuje Beauvoir, je zkušeností těla, které je nejen odděleno od skutečného subjektu, ale je v podstatě rovněž tím, co ženě brání se skutečným subjektem stát. Beauvoir nijak netematizuje další roviny této zkušenosti. Těhotenství je pro ni jen stavem těla, fyziologickým procesem, který je uchopitelný pouze v termínech fyzických pocitů. Simone de Beauvoir a Shulamith Firestone těhotenství odmítají jako zkušenost, která je pro ženu svazující také díky nádechu čehosi „animálního“. Beauvoir popisuje těhotenství v termínech pouze silných fyzických pocitů, které u ní získávají negativní konotace. Těhotenství je pro ni především těhotným tělem, které se úzce pojí s těmi nejhlubšími lidskými pudy, jež nám příliš hlasitě připomínají naše spojení s přírodou. Pro Beauvoir je těhotné tělo jasným protikladem transcendence a ve své materiálnosti vězní ženu v imanenci. Beauvoir (a částečně i Firestone) tak jasně podporují pohled na (nejen) těhotné tělo jako entitu, která je odtržená od mysli, kultury či jinak řečeno všeho, co v našich představách činí člověka skutečným člověkem. Jejich pohled se tak odvolává na tradiční představu dichotomie těla a mysli ztělesněného karteziánským dualismem.

Radikální oddělení hmotného těla a nehmotné duše provázelo (a často stále provází) moderní uvažování o tělesnosti od její nezřetelnější formulace v díle René Descarta. Descartes vnímal tělo a duši jako dvě separovatelné entity. Zatímco tělo je hmatatelnou fyziko částí člověka, duše je samostatně existujícím subjektem, který tuto část neviditelně řídí. Role těchto dvou entit tak byla definována jako nejen odlišná, ale i jasně oddělitelná. Zatímco duše byla doménou teologie, tělo se stalo předmětem zkoumání vědy. Karteziánský dualismus s sebou přinesl mechanistickou koncepci těla, které bylo jen jakýmsi obalem duše, která činila člověka skutečným člověkem. Karteziánský dualismus značně poznamenal medicínské uvažování o těle i pojmy, v jakých uchopujeme naši vlastní tělesnost. V současné době lze přitom sledovat snahu o komplexnější uchopení

tělesnosti a její zasazení do oblasti sociálních věd (například Scheper-Huges a Lock 1987; Shilling 2007)<sup>11</sup>.

V následujících kapitolách nastíním pohledy, které se snaží o konceptualizaci zkušenosti těhotenství způsoby, které tradiční dichotomie převrací. Především prostřednictvím díla Iris Marion Young (2004) se pokusím zprostředkovat pohled na těhotenství v komplexnějších pojmech, které se snaží tuto tělesnou zkušenost zachytit v její mnohohrstevnatosti jak ve vztahu k individuální subjektivitě ženy, tak v kontextu širších společenských představ a očekávání.

### **3.1.2 Těhotenství, které bourá duality**

Je možné setkat se s nepřehlednou plejádou způsobů konceptualizace zkušenosti těhotenství. Tyto přístupy se často radikálně liší v tom, jaké místo a roli těhotenství v životě ženy připisují. Domnívám se ale, že není troufalé konstatovat, že ve výsledku se shodnout přinejmenším na jednom bodě – totiž že těhotenství je zkušeností výlučnou, která si vyžaduje a zaslouží specifický způsob uchopování. Betterton (2002) dokonce píše o tom, že těhotný subjekt zpochybňuje distinkci mezi tělem a myslí, která, jak jsem se pokoušela naznačit v předchozí části této kapitoly, dominovala (a často stále dominuje) západnímu uvažování. Podle Betterton těhotné tělo rozmazává hranice mezi jednotným já. Tematizace těhotného subjektu podle ní nabourává nejen naši představu koherentní těla a subjektivity, ale rovněž naši představu ohraničeného pohlaví. Těhotenství staví ženu do pozice, kdy je jednou a zároveň dvěma. Je tak zároveň sebou i tím druhým. Hranice toho, kde je vlastní já a kde začíná druhá bytost je tak znejasněna. Betterton ale jde i dále a popisuje, jakým způsobem těhotný subjekt dekonstruuje také naši představu stabilního biologického pohlaví. Žena je v průběhu těhotenství snad více než kdy jindy vnímána prostřednictvím své jasně manifestované femininity a svého biologického pohlaví. Zároveň je ale součástí jejího genderovaného těla plod, který může být z medicínského hlediska nositelem

---

<sup>11</sup> Scheper-Hughes a Lock (1987) se ve svém vlivném textu například pokoušejí dekonstruovat tradiční pohled na tělo prostřednictvím koncepce tří úrovní tělesnosti. Rozlišují přitom mezi individuálním a sociálním tělem a politikou těla. Jasně tak poukazují na komplexní postavení těla, jehož individuální prožívání je zároveň zakotveno v sociálních institucích. Zatímco individuální tělo odkazuje ke způsobům zakoušení vlastní tělesnosti, sociální tělo odkazuje k symbolům, které se na tělo odkazují a jejichž prostřednictvím uvažujeme o konceptech kultury, společnosti či přírody. Třetí rovina poukazuje na ukotvenost těla v systému kontroly a regulace.

mužského či ženského pohlaví. Betterton tak naznačuje, že žena během těhotenství rovněž dekonstruuje tradiční představy koherentního biologického pohlaví. Není mým cílem zde zpochybňovat či obhajovat relevanci těchto úvah. Domnívám se ale, že jejich přítomnost jasně ilustruje komplexitu otázek, které těhotenství vyvolává jak ve vztahu k subjektivitě ženy, tak ve vztahu k uchopování tělesnosti. Těhotenství je v těchto úvahách zkušeností, jež nabourává uvažování v dualitách a vyžaduje si tak novou konceptualizaci subjektu.

S představou těhotenství jako zkušenosti, jež přináší novou konceptualizaci subjektivity, se nejzřetelněji setkáváme v díle Iris Marion Young (2004). Young píše o tom, že těhotenství decentralizuje a štěpí subjekt. Těhotná žena zažívá své tělo zároveň jako vlastní i cizí. Součástí jejího těla je jiná bytost, kterou ale zároveň nelze označit za samostatnou v pravém slova smyslu. Těhotenství tak podle Young nabourává představu koherentní zkušenosti vlastního těla, neboť samotné jeho hranice rozmazává a znejasňuje. Vnitřek vlastního těla se stává dalším tělem, zároveň ale nelze říci, že by toto tělo bylo separovatelné od těla ženy nebo že by ženské tělo přestávalo být jejím vlastním. Jednotnost těla ale není podkopávána pouze touto „externalitou vnitřku“. Young upozorňuje na to, že i vnější hranice těla se posouvají nebo jsou spíše neustále v pohybu. Tělo, na které byla žena zvyklá, se rychle a dramaticky mění. Staré automatizované pohyby se problematizují. Tělo se prostřednictvím těchto změn připomíná a zpřítomňuje novým způsobem. Fragmentace je tak podle Young základním rysem těhotenství.

Podobně i Warren a Brewis (2004) pomocí analýzy způsobů, jakými se konkrétní ženy vztahují ke zkušenosti těhotenství, ukazují, že zkušenost těhotenství vybočuje z „běžného“ uchopování tělesnosti, že se stává obdobím, kdy se ztrácí stará zakotvení vlastního těla. Tyto ženy popisovaly své těhotenství jako dobu ztráty kontroly nad podobou těla i jeho pohybů. Těhotenství pro ně představovalo specifickou životní epizodu, kdy přicházely fyzické změny, které byly mimo jejich kontrolu. Zároveň se jejich tělo prostřednictvím těchto změn jasně zpřítomňovalo. Warren a Brewis (2004: 230) na základě výpovědí těchto žen přirovnávají těhotenství k jiným vyhroceným tělesným zkušenostem jako je nemoc, bolest, menstruace, orgasmus či dokonce potrat. Všechny tyto zkušenosti podle nich sdílejí svou schopnost připomínat nám naši omezenou kontrolu nad vlastními těly. K podobným závěrům dochází ve svém výzkumu i Sarah Earle (2003), která ukazuje, že těhotné ženy, se kterými hovořila, vnímaly svá těla jen jako dočasná, vybočující z běžné tělesné zkušenosti, přičemž předpokládaly, že tato „tělesná epizoda“ brzy odezní a ony se vrátí zpátky ke svým normálním tělům.

Ačkoliv Young připisuje těhotnému tělu zvláštní subjektivitu a vnímá zkušenost těhotenství jako jasně odlišnou tělesnou zkušenost, která vybočuje z běžného vnímání vlastního těla, představa těhotného těla jako těla nepodléhajícího kontrole je jí cizí. Young kritizuje představu uvědomění si vlastního těla v jeho materiální podstatě jako něčeho negativního či něčeho, co přináší nepříjemné pocity. Zkušenost těhotenství podle ní vyvrací předpoklad transcendence a imanence jako dvou radikálně odlišných módů tělesného bytí. Kritizuje přitom některé proudy fenomenologie těla, které předpokládají, že uvědomění si těla v jeho materiálnosti je vždy aktem jeho objektivizace, které jednotlivce v jeho těle uvězní, brání mu v pravé transcendenci a naplňování jeho cílů. Tělesná zkušenost těhotenství podle Young kategorizaci mezi transcendencí a imanencí překonává, neboť žena transcenduje právě prostřednictvím uvědomování si vlastního těla. Zpřítomnění a zhmotnění těla není překážkou, ale pravým prostředkem naplnění cílů, které podle Young ženy nespouští, ale naopak přináší pocit síly.

Young si je ale zároveň dobře vědoma, že zkušenost těhotenství má několik rovin, které jsou vzájemně propletené. Ačkoliv je tělesná zkušenost těhotenství velice intimním a subjektivním prožitkem, zároveň ji nelze oddělit od širších společenských souvislostí, které ve svém důsledku tuto subjektivní zkušenost výrazným způsobem ovlivňují a přetvářejí. Lidskou reprodukci je nutné vnímat nejen jako individuální mezník v životě jednotlivce, ale také jako skutečnost dotýkající se celé společnosti. Způsob, jakým je průběh reprodukce včetně porodu řízen, ovlivňuje pozici ženy a její status ve společnosti, rodinné vztahy i společnost jako celek (Gabe, Bury a Elston 2004: 140). Young svému eseji dala podtitul „subjektivita a odcizení“. Druhý z těchto pojmů odkazuje právě k institucionálnímu kontextu, který je součástí zkušenosti těhotenství v západní společnosti. Young přitom tvrdí, že ženy jsou odcizovány silnému tělesnému prožitku těhotenství, který v předešlé části své práce definuje jako jasně pozitivní a osvobozující. Toto odcizení je způsobováno právě ukotvováním zkušenosti těhotenství v medicínských diskurzech a praktikách, které objektivizují těhotenství prostřednictvím medicínských pojmů nemoci a tak devalvují jeho obsah. To, co Young na tělesné zkušenosti vyzdvihuje a na co upozorňuje i další zmiňované autorky – tedy, že těhotenství je procesem, který se vymyká „běžnému“ vnímání vlastního těla a je charakterizován jeho neustálým proměňováním a zpřítomňováním – se dostává do konfliktu s medicínským pohledem na tělo, které je v ideálním případě neměnné a také implicitně mužské.

Bylo by naivní si myslet, že prožitek těla v těhotenství se konstituuje pouze spontánně a nezávisle na širších společenských očekáváních spojeným s normami

ženského těla a diskursy, které ho disciplinují. Reprodukce přitom vždy představovala sféru, na kterou se tradičně odvolávaly jak představy radikální odlišnosti mužů a žen, tak i obrazy toho, jaká by měla být role žen (a priority zaměňovaných za matky) ve společnosti. Žena svým těhotenstvím vstupuje do prostoru, kde tyto očekávání a představy rezonují velice silně. Novým způsobem je konfrontována s normami mateřství. Jak ukazuje Sarah Earle (2003), dochází ke střetům mezi jejím tělem, které náhle symbolizuje mateřství ve své nejryzejší podobě a je tedy vnímáno jako sexualizované a normami ženského těla, které se snaží naplnit a které přitažlivost jejího těla vyžadují. Rebecca Kukla (2005) v této souvislosti hovoří dokonce o tom, že těhotné tělo je v západní společnosti konstituované jako veřejný prostor, na který je dohlíženo. Prostřednictvím několika různých rovin je toto tělo podřizováno kontrole a tělesná zkušenost žen je prostřednictvím medicínských praktik konstruována do narativ o těhotenství, které odpovídají společensky sdíleným představám mateřství a těla a zároveň ignorují jeho subjektivní prožívání. V následující části této práce se budu věnovat této „veřejné“ dimenzi zkušenosti těhotenství. Pokusím se přitom nastínit způsoby, jakým zkušenost těhotenství vystupuje z roviny individuálního prožívání vlastního těla a stává se tímto „veřejným prostorem“. Zaměřím se přitom především na mechanismy, které přispívají k tomu, že je těhotné tělo konstruováno jako veřejné a je tak také disciplinováno. Zároveň se pokusím nastínit, jaké důsledky má tato skutečnost nejen pro utváření normativních obrazů zkušenosti těhotenství, ale i pro její konkrétní subjektivní podoby.

### ***3.2 Těhotné tělo jako veřejný prostor***

V západní společnosti je ženská reprodukce zasazována do kontextu medicínského uvažování a praktik. Tělo v těhotenství je tak konfrontováno s kulturními předpoklady zdravého/normálního těla, technologiemi, které mají tuto „správnou“ podobu těla zajistit, stejně tak jako s představami o tom, co konstituuje zkušenost těhotenství a jak by s ní mělo být nakládáno. Podle Kukly (2005) se díky této prenatální péči tělo v těhotenství stává skutečným veřejným prostorem. Tato veřejnost je přitom konstituována prostřednictvím hned tří rovin. První z nich je mediace zkušenosti těhotenství prostřednictvím dalších aktérů, kteří jsou v medicínském systému stavěni do rolí zprostředkovatelů kontaktu mezi tím, co se děje uvnitř těla ženy a ženou samotnou. Intimní tělesný prožitek těhotenství je tak konstruován jako neúplný, pokud není interpretován další osobou. Vztah žen

k vlastním tělům se tak stává veřejným ve smyslu nutnosti artikulovat procesy uvnitř těhotného těla prostřednictvím společensky sdílených diskursů a jedinců, kteří jsou k tomu jako jediní pověřeni.

Na podobnou skutečnost upozorňuje i Emily Martin (1989) ve spojení s medicínským uvažováním o porodu a vnímání role, kterou by měl lékařský personál v rámci ní zastávat. Martin tvrdí, že pro pochopení toho, jak medicína nakládá s porodem, je nutné nejprve pochopit vývoj západního lékařského myšlení. Klíčový je pak koncept, který se objevil v sedmnáctém a osmnáctém století a v rámci něhož je lidské tělo pojímáno jako stroj. V souvislosti s porodnictvím se objevují metafory dělohy jako „mechanické pumpy“ – stroje, jenž produkuje dítě a matky, která se na této produkci podílí jako dělník. Tato metafora má i další implikace spojené například s osobou lékaře. „Nabízí se otázky typu, zdali je doktor pouze opravářem stroje nebo spíše dohlíží na chod továrny či je snad jejím vlastníkem“ (Martin 1989: 57). Davis-Floyd tuto kritiku metafory stroje v medicínském uvažování o těhotenství a porodu ještě dále rozvíjí. Pokud se stroj porouchá, je vyloučeno, aby se opravil sám, a vzniká tak potřeba ustanovit organizace, jež se postarají o jeho opravu zvnějšku. Davis-Floyd zachází ještě dále, když označuje porodnice za továrny, kde se ženské tělo stává strojem a dítě produktem manufakturního procesu výroby. Tato metafora továrny s sebou nese ještě hlubší implikace, neboť naznačuje, že producentem toho „produktu“ se nestávají samy ženy, ale dělníci pracující v manufaktuře (Davis-Floyd 1993). První rovina, kterou Kukla s konstrukcí těhotného těla jako veřejné uvádí, tak odkazuje právě na proces odcizování zmiňovaný již Young. Žena a její tělo jsou v rámci západní medicíny vnímány jako dvě oddělené entity, přičemž jejich vzájemné spojení a porozumění je vnímáno jako podmíněné další intervencí. K tomuto aspektu zkušenosti těhotenství se vrátím ještě v další části této práce, neboť úzce souvisí také s procesy disciplinace ženského těla v těhotenství.

### **3.2.1 Sdílena narativa o těhotném těle**

Další rovinu konstrukce těhotného těla jako veřejného prostoru, kterou Kukla zmiňuje, je vytváření sdílených narativ zkušenosti těhotenství. Knihy, časopisy, lékařské brožury a další materiály konstituující a odrážející dominantní diskursy spojené s těhotenstvím, stejně tak jako charakter lékařských institucí omezují prostor pro artikulaci specifické nebo dokonce odlišující se zkušenosti vlastního těhotenství. Tento prostor tak

dává vzniknout jen jasně ohraničeným narativům, které se stávají normativními a různorodé zkušenosti vlastní tělesnosti v těhotenství sjednocují do unifikovaného obrazu toho, jak těhotenství vypadá, jak má být pocíťováno a co se při něm děje s tělem. Kukla tak popisuje, jakým způsobem je v americkém systému prenatální péče u všech těhotných žen systematicky a jednotně konstruován vztah k plodu. Ritualizované události jako je poslouchání zesíleného tlukotu srdce, první ultrazvukové vyšetření a tisk fotografií plodu, které probíhají v jasně daných termínech, jsou jak v medicínském diskursu, tak v populárních materiálech představovány jako univerzální klíčové momenty těhotenství a vztahu k nenarozenému dítěti. Tyto momenty se řídí jasně stanovenými pravidly a probíhají podle předem daného časového harmonogramu. Ve výsledku se tak vytváří sdílené narativum o průběhu těhotenství a vytváření vztahu k dítěti. Kukla (2005: 290-1) přitom ironicky upozorňuje na to, že tyto „konkrétní informace, které dostáváme o vlastním plodu a které pro nás vytvářejí jeho imaginativní individuální obraz, jsou přesně těmi informacemi, které jsou obecné a sdílené“.

Společensky sdílené představy o tom, co konstituuje zkušenost těhotenství, a ženském těle mají ale i další subtilnější podoby. Julie Kent (200:195-8) ve své analýze zobrazování těhotného těla poukazuje na stereotypní reprezentace těhotných žen, které se odvolávají právě na sdílenou představu o obsahu zkušenosti těhotenství. Těhotné ženy jsou v drtivém počtu případů zobrazovány jako „Madony“ v pozici, kdy je žena vzpřímená a její ruka spočívá na břiše. Toto zobrazení odkazuje na obraz mateřství symbolizované péčí a zájmem o dítě. Zobrazované ženy se buď dívají na své břicho, nebo přímo do kamery s úsměvem vyjadřujícím uspokojení a naplnění vztahující se k představě, že teprve mateřstvím se žena stává skutečně kompletní. Tyto reprezentace tak jasně zprostředkovávají sdílené narativum o tom, co těhotenství pro ženu znamená a zároveň vytvářejí normativní obraz těhotného těla.

Lucy Bailey (2001) pak prostřednictvím konkrétních výpovědí žen prožívajících své první těhotenství ukazuje, že její informantky tuto představu často přijímají. Ženy, se kterými hovořila, vnímaly těhotenství jako jasně viditelné potvrzení jejich ženskosti. Jejich těla, která doslova viditelně odrážela jejich schopnost reprodukce, se stávala důležitým prostředky jak manifestovat vlastní femininitu. Zároveň ale vyjadřovaly obavy z objektivizace svých těl, neboť viditelné těhotenství se v jejich životě začínalo stávat centrálním motivem. Důležitým momentem potvrzujícím koncept těhotného těla jako veřejného prostoru pak představují výpovědi těchto žen o roli, kterou jejich těla začala najednou hrát v sociálních interakcích. Tyto ženy se často zmiňovaly o tom, že se jejich

těla stala „veřejným majetkem“. Každý se najednou cítil oprávněný se jejich břicha dotýkat, ať už se to týkalo jejich přátel či úplných cizinců. Zároveň se jejich měnící těla stávaly předmětem veřejných komentářů směřovaných k jejich váze nebo tělesným tvarům.

Ritualizované události či stereotypní zobrazování těhotného těla jsou jen dva dílčí momenty spojené s tělesnou zkušeností těhotenství, které poukazují na to, jakým způsobem je pocit a průběh těhotenství soustavně zakotvován v diskurzech, které přispívají k formování normativní představy o tom, co skutečně tvoří klíčové momenty těhotenství a jaké pocity by mělo v ženách vyvolávat. Úzce se přitom pojí s poslední rovinou, kterou Kukla spojuje s konstruováním ženského těla jako veřejného prostoru. V jejím rámci se těhotné tělo stává předmětem kontroly a dohlížení. Vztah těhotné ženy k vlastnímu tělu je přitom transformován z podoby osobní zodpovědnosti do roviny zájmu celé společnosti, což výrazně přispívá k tomu, že je ženské tělo neustále podrobováno kontrole. Tato skutečnost výrazně ovlivňuje způsob, jakým ženy své těhotné tělo vnímají a pociťují. V následující části této práce se proto zaměřím na konkrétní mechanismy přispívající k disciplinaci těhotného těla.

### **3.2.2 Disciplinace těhotného těla**

Ženská reprodukce vždy představovala oblast, která sloužila jako prostředek ospravedlnění i nástroj regulace ženského těla. Lidskou reprodukci tak nelze vnímat pouze jako součást individuální zkušenosti, ale také jako společenský proces, který se odehrává v určitém institucionálním rámci a je konstruován na pozadí společenských významů. Jak uvádí Heitlinger (1987: 175): „těhotenství je spojeno s „pevnou“ biologickou individualitou, zároveň je ale také vystaveno značné sociální manipulaci a kontrole“. Lékařské intervence, které v současné době těhotenství doprovází, jsou podle Fox a Worts (1999) odpovědí společnosti na potřebu kontrolovat klíčový proces ovlivňující její vlastní reprodukci. Těhotenství v sobě zahrnuje důležitý rozpor. Na jednu stranu se jedná o vysoce subjektivní prožitek ženy dotýkající se jejího individuálního života a těla a na druhou stranu představuje nutnou podmínku produkce členů společnosti a tak i jí samotné. Sama společnost je na reprodukci svých členů bytostně závislá, není proto divu, že vytváří systém pravidel a samostatných organizací, jež ji mají zajistit a podřídit kontrole.

Tato kontrola je přitom úzce svázaná již se samotnou představou o tom, kdo disponuje věděním, které je pro průběh těhotenství klíčové. Možnost definovat jaké



chování je v těhotenství vhodné či rozhodovat o tom, kdy se něco „děje špatně“, jsou důležitými mechanismy uplatňování kontroly. Řada autorů přitom upozorňuje na to, že ženy nejsou považovány za subjekty, které toto vědění vlastní. Ženské tělo je tak v těhotenství podřizováno sociálnímu dohledu a je disciplinováno prostřednictvím „vhodného“ chování v těhotenství. Představa o tom, co tvoří toto vhodné chování, přitom vychází z jiných zdrojů, než jsou vlastní tělesné pocity (Kukla 2005).

Ženy se v těhotenství musí pohybovat v rámci medikalizovaného diskursu. Marshall a Woollett (2000) prostřednictvím analýzy odborných i populárních textů určených pro těhotné ženy ukazují, že ženy jsou v těchto materiálech konstruovány jako nevědomé a nepřipravené. Těhotné tělo je popisováno jako vymykající se jejich předchozí životní zkušenosti a ženy jsou tak vnímány jako pohybující se mimo rámec, který je jím vlastní, a tak i jako zmatené. Ženské tělo musí být proto disciplinováno prostřednictvím pravidelných kontrol, které jako jediné mohou ženě zprostředkovat skutečně relevantní vědění o procesech uvnitř jejího vlastního těla.

Podobně i Rúdólfsdóttir (2000) poukazuje na to, že materiály určené pro těhotné ženy často pracují s binární opozicí mezi autoritou a věděním experta a pasivní (či dokonce problematickou) klientkou. Agency těhotných žen byla v těchto materiálech systematicky omezována několika způsoby, mezi které patřil například popis těhotného těla jako těla, které fakticky žije vlastním životem a je tak mimo ženskou kontrolu. Analyzované materiály také kladly důraz na emoční nestabilitu žen v těhotenství, která ještě umocňovala jejich pozici těch, které musí být opatrovány a které jsou jen obtížně schopné svůj stav kontrolovat samy. Rúdólfsdóttir také poukazuje na infantilizující přístup těchto dokumentů, které se na ženy obracely téměř jako na děti. Všechny tyto skutečnosti demonstrují, jakým způsobem je žena v těhotenství konstruována jako subjekt, který je svému tělu vzdálený. Předpoklad této vzdálenosti přitom v sobě implicitně obsahuje také představu, že je potřeba na ženu dohlédnout a kontrolovat ji, aby se svým tělem nakládala vhodným způsobem. Karteziánský dualismus mezi tělem a myslí je přitom ještě prohlubován, neboť těhotné tělo je vnímáno jako cizí, nečitelné a ženě vzdálené. Zároveň je ale silně artikulována nutnost aktivně přistupovat ke svému tělu, starat se o něj a disciplinovat ho. Důležitou roli v tomto procesu zaujímá vnímání odpovědnosti, kterou žena má vůči svému tělu, jež je často zužováno pouze na plod, který nosí.

Současné technologie díky svým možnostem přetváří pohled na plod, který se stává subjektem, jenž je oddělitelný od těla matky. Jeho vizualizace ho přitom symbolicky staví mimo tělo ženy jako samostatnou entitu, za kterou je zodpovědná. Jak konstatují Markens,

Bowner a Press (1997: 353) ženy prostřednictvím svého těhotenství vstupují do prostoru, který je charakterizován sebe-kontrolou a disciplinací těla – „diety a mateřská odpovědnost se spojují a činí z těhotenství období, kdy se ženské chování stává subjektem narůstajícího dohlížení a kontroly“. Ženy v jejich studii popisovaly změny svého jídelníčku a denní rutiny s ohledem na rady, které jim byly ohledně těhotenství předkládány. Jejich mateřské povinnosti tak začínaly již samotným početím. Tyto ženy často stavěly zájmy ještě nenarozeného dítěte nad své vlastní a jasně oddělovaly vlastní potřeby od potřeb plodu. Jak upozorňuje Marshall a Woolett (2000) ženská těla jsou v souvislosti s těhotenstvím disciplinována ještě před samotným početím. Na ženy je v rámci sukurzu „správného těhotenství“ apelováno, aby svá těla na těhotenství připravily prostřednictvím pravidelných návštěv lékaře a zdravého životního stylu. „Dobrá“ matka je přitom konstruována rovněž jako dobrý spotřebitel produktů, které se k zajištění tohoto správného životního stylu v těhotenství vztahují. Ženy, které si tyto produkty nemohou dovolit, jsou tak implicitně konstruované jako přinejmenším méně připravené (což znamená rovněž jako horší matky). Jak konstatuje Kukla (2005: 297): „požadujeme, aby matky přesně usměrňovaly zdraví svých plodů a kojenců a činíme je zodpovědnými za jakékoliv selhání při maximalizaci dokonalosti plodu“. Současný medicínský diskurs tak činí ženy odpovědné za IQ svých dětí, genetickou výbavu či jejich alergie. Prostřednictvím této odpovědnosti zároveň disciplinuje jejich těla.

Spolu s rozšiřující se množinou rizik a faktorů, které mohou být vhodných chováním ženy v těhotenství ovlivněny, se zvyšuje také tlak na akceptování zvyšujícího se prenatalního dohledu. Browner a Press (1996) ale ukazují, že vztah mezi doporučeními lékaře ohledně těhotenství a jejich plněním není jasně přímočarý. Zavádějí v této souvislosti koncept „vtěleného vědění“ (embodied knowledge), které definují jako „subjektivní vědění odvozené od vnímání vlastního těla a jeho přirozených procesů tak, jak se mění v průběhu těhotenství“ (Browner a Press 1996: 142). Ačkoliv ženy v jejich výzkumu kladly důraz na získávání informací týkajících se jejich těhotenství, tyto informace nepřijímaly nekriticky a často je z různých důvodů odmítaly. Vtělené vědění se přitom stalo standardem, vůči kterému byly lékařské rady hodnoceny. Pokud odpovídaly předporozumění žen týkající se péče v průběhu těhotenství, byly schopné vysvětlit nenadálé tělesné změny nebo měly okamžitý efekt na zdraví a zároveň mohly být snadno inkorporované do jejich každodennosti, byly jednoznačně přijaty. Výzkum Browner a Press tak ukazuje ženy jako aktérky, které interpretují a hodnotí lékařská doporučení a vybírají si z nich ta, která

vyhovují jejich představám a omezením. Poukazují tak zároveň na zjednodušenost pohledu na ženy jako pouhé objekty medicínských diskursů, jímž se automaticky podvolují.

Ženská těla vždy byla úzce spojována s procesem reprodukce a často definována pouze skrze ni. Samotná zkušenost těhotenství je glorifikována i obviňována za podřadné postavení žen. V této kapitole jsem se snažila nastínit způsoby, jakým je možné uchopovat těhotenství skrze subjektivní tělesnou zkušenost. Pokoušela jsem se přitom vyzvednout jejich ambivalentnost, která svědčí o mnohoznačnosti vnímání těla v těhotenství. Tato práce přitom přistupovala k těhotenství jako k procesu, který je konstruován nejen skrze subjektivní tělesné pocity, o jejichž prediskursivní podobě ostatně můžeme směle pohybovat, ale rovněž skrze mocenské mechanismy disciplinace těla. Snažila jsem se uchopit zkušenost těhotenství jako proces, který je pevně zakotvený v sociálních očekáváníích a normách, jež zásadně ovlivňují jeho výslednou podobu. Podobně jako Young jsem se dívala na tělesnost v těhotenství skrze subjektivitu i odcizení. Obě tyto dimenze přitom vnímám jako vzájemně propletené. Subjektivní zkušenost těhotenství nelze oddělit od vlivu společenského kontextu jako proces, který svou biologickou a intimní povahou překračuje jeho vliv. Naopak je potřeba analyzovat, jakým způsobem a v kontextu jakých společenských očekáváníí a forem uvažování se odehrává a jaké důsledky mají tyto skutečnosti pro jeho vnímání i průběh. Zároveň ale, jak jsem pokoušela ukázat, je těhotenství tělesnou zkušeností, která s sebou přináší odlišné prožívání vlastního těla – tato subjektivní dimenze, i přes svou zakotvenost v mocenských mechanismech kontroly a společenských očekáváníí, zůstává především vztahem k vlastnímu tělu a unikátní individuální zkušeností. Tento fakt bychom nikdy neměli opomíjet.

## 4 METODOLOGIE

Otázky reprodukce a mateřství vždy silně rezonovaly v rámci feministických debat a studia genderu. Jak jsem se pokoušela nastítnit v předchozí části této práce, zkušenost těhotenství vždy vyvolávala zásadní otázky spojené s rolí ženy ve společnosti, biologickými rozdíly mezi pohlavími i formováním genderové identity. Téma rizikového těhotenství jsem si vybrala z několika důvodů, které se k těmto debatám úzce váží. Těhotenství pro mě představuje zkušenost, která v sobě spojuje několik rovin. Jedná se o silný tělesný prožitek, který je ale zároveň v západní společnosti zakotvován v instituci medicíny a mechanismech společenské kontroly. Těhotenství je rovněž subjektivní prožitek, který je ale zároveň neoddelitelný od společenských norem mateřství, sexuality a představ „správného“ těla. Těhotenství je v neposlední řadě silně spojeno s vyjednáváním genderové identity. Je ztělesněním ženské plodnosti, jež je jedním z klíčových prvků konstruování představ femininity. Všechny tyto aspekty mě vedly k tomu zaměřit se na způsoby, jakými se ženy pohybují v těchto rovinách, jak vyjednávají své představy mateřství, svou pozici v rámci medicínského systému a jak v těchto momentech zažívají své tělo. Vybrala jsem si přitom zkušenost těhotenství, které se z nějakých důvodů vymyká „standardními“ průběhu, jež nese zvláštní nálepkou, či v jehož průběhu došlo k událostem, které ho jakýmkoliv způsobem narušily. Zaměřila jsem se na riziková těhotenství či těhotenství s komplikacemi ze dvou důvodů. Prvním z nich byla absence studií, které by tematizovaly subjektivní prožívání rizikového těhotenství. Domnívám se, že vzhledem k současným populačním trendům, které naznačují, že počet takovýchto těhotenství bude stoupat, je na místě se ptát, jakým způsobem označení těhotenství za rizikové ovlivňuje prožívání ženy, zda a jak se promítá do jejího vztahu k vlastnímu tělu a lékařským institucím a do jaké míry ovlivňuje způsob, jakým se vztahuje ke své genderové identitě a konceptům mateřství. Na tyto otázky jsem v domácí i zahraniční literatuře ale marně hledala odpověď.

Druhým důvodem, jenž mě vedl k zaměření se na těhotenství riziková, bylo moje přesvědčení o schopnosti této zkušenosti vypovídat i o širších mechanismech moci, konstrukce (ne)normality a disciplinace těla. Shodují se v tomto ohledu s Raynnou Rapp (2001: 469), která tvrdí, že „problematická reprodukce hraje stále důležitější roli nejen pro medicínskou antropologii, ale také pro ty, jež se věnují tak různorodým tématům a procesům jako je komodifikace, státní dohled a globální ekonomie“. Téma zkušenosti

rizikového těhotenství tak v sobě nese potenciál nahlédnout rovněž do způsobů, jakými jsou ženská těla v rámci medicínského systému podrobována kontrole či jak jsou konstruovány naše představy o „normálním“ těle a normy mateřství.

V rámci svého výzkumu jsem si kladla několik otázek, které se prolínají celou touto prací. První z nich se vztahovala ke způsobům, jakými ženy vnímají vlastní tělesnost v rámci rizikového těhotenství nebo v souvislosti s objevujícími se komplikacemi v jeho průběhu. Zajímala jsem se přitom o to, jak se tyto ženy vztahují ke svému tělu s ohledem na označení svého těhotenství jako rizikového.

Má druhá výzkumná otázka se týkala interakce s lékařskými institucemi a odborníky. Jakým způsobem vyjednávají svou pozici vůči těmto autoritám, do jaké míry do tohoto vyjednávání zasahuje klasifikace těhotenství jako rizikového a na základě čeho se rozhodují pro akceptaci nebo odmítnutí lékařských nebo jiných doporučení. Přítomnost medicínsky definovaného rizika staví ženu do specifické pozice vůči lékařskému systému a jeho autoritám. Snažila jsem se proto zjistit, jakým způsobem ženy tuto svou pozici přijímají a vyjednávají a do jaké míry se promítá do jejich subjektivního vnímání vlastního těla.

Třetí okruh otázek, které jsem si v rámci svého výzkumu kladla, se vztahoval ke konstrukci představ mateřství v situaci, která ho jistým způsobem problematizuje. Výzkum Bailey (2001) ukazuje, že těhotenství jako viditelné zosobnění ženské plodnosti se u některých žen stává prostředkem potvrzení jejich ženskosti. Tělesné změny se v jejich případě staly zdrojem, na který se ženy mohly odvolávat při vyjednávání své genderové role. Pokud skutečně fyzické změny spojené s těhotenstvím přispívají k rekonceptualizaci představy o vlastním genderu, pak si můžeme klást otázky vztahující se k formování této představy ve vztahu k těhotenstvím, která neprobíhají „tak jak by měla“ a jsou oficiálně klasifikovaná jako problémová. Zajímala jsem se proto o to, jakým způsobem vyjednávají ženy svůj koncept mateřství a femininity ve vztahu k těhotenstvím, která jsou sice symbolem plodnosti a tím i ženskosti, ale zároveň mají svou rizikovostí potenciál ho podlomit.

Během celého výzkumu jsem přitom sledovala i vliv dalších charakteristik. Důraz jsem kladla především na zmapování role socioekonomického statusu žen při prožívání rizikového těhotenství a vztahu k lékařským institucím a jiným autoritám.

## **4.1 Výběr informantek**

Jako informantky jsem v rámci svého výzkumu oslovila ženy, jejichž těhotenství bylo klasifikováno jako rizikové nebo u nichž se v průběhu těhotenství objevily zdravotní komplikace, které vedly k jejich hospitalizaci. Jako jediné kritérium pro zahrnutí dané ženy do výzkumu jsem tedy zvolila hospitalizaci v průběhu těhotenství z důvodu zdravotních komplikací či označení těhotenství jako rizikového. Tyto dvě charakteristiky se často prolínaly, byly ale případy, kdy byly ženy hospitalizované i přesto, že dosavadní průběh těhotenství nenaznačoval rizikovost. Za zmínku stojí i přístup personálu k hospitalizaci některých žen v těhotenství. Během osobních rozhovorů jsem se setkala s naznačováním, že ženy jsou v průběhu těhotenství hospitalizované často z malicherných důvodů. Neměla jsem v rámci svého výzkumu prostředky ani kompetence posuzovat míru závažnosti jednotlivých rizik a komplikací. Tato zjištění mi nepříslušela, ani ostatně nebyla cílem mého. Naznačovaná bagatelizace některých hospitalizací poukazuje především na konstruovanost některých rizik a domnívám se, že nemusí nijak ovlivňovat samotnou zkušenost žen, jejichž každodennost byla náhle podřízena režimu nemocnice a průběh jejich těhotenství zvýšené pozornosti a pocitu ohrožení. Rozhodla jsem se proto hospitalizaci a klasifikaci těhotenství jako rizikového považovat za dvě klíčová kritéria výběru informantek bez ohledu na jednotlivé zdravotní anamnézy žen.

Celkem jsem během svého výzkumu hovořila s devíti ženami. Tyto ženy se lišily věkem, vzděláním a místem bydliště. Některé z nich prožívaly své první těhotenství. Tří z těchto informantek vzpomínaly na své těhotenství retrospektivně, ostatní byly v době rozhovoru stále těhotné. Pro účely této práce jsem se rozhodla anonymizovat jejich jména a používat pouze pseudonymy. Krátké medailonky, které je detailněji přibližují, lze nalézt v příloze této práce.

### **4.1.1 Hledání informantek**

Při hledání žen, které by splňovaly má kritéria, jsem zvolila několik metod, které se značně lišily svou účinností. Nejprve jsem požádala o spolupráci sdružení *Aperio*<sup>12</sup>, které

---

<sup>12</sup> Sdružení *Aperio* je organizací, která se systematicky věnuje otázkám porodnictví. Ve své práci silně akcentuje právo žen na rozhodování o poskytovaných službách, spoluzodpovědnost za vlastní zdraví a

na svých webových stránkách umístilo můj inzerát obsahující výzvu pro ženy, které prošly rizikovým těhotenstvím nebo ho právě zažívají. Na výzvu se ozvaly pouze dvě z mých informantek paní Jana a paní Katka. Třetí kontakt jsem získala prostřednictvím metody sněhové koule.

Během výzkumu se mi podařilo rovněž získat svolení primáře porodnice a gynekologického oddělení v jedné středočeské nemocnici<sup>13</sup>. Svůj výzkum jsem mu nastínila a on souhlasil s jeho realizací v prostorách oddělení. Byla jsem představena personálu oddělení, který pak fungoval jako spojení mezi mnou a jejich klientkami. Personál nejprve bez mé přítomnosti ženám stručně popsal výzkum a dotázal se jich, zda svolují s tím, abych je oslovila. Poté jsem sama ženy navštívila, popsala jim účel a průběh výzkumu a znovu se ujistila o jejich souhlasu se zapojením se do něj. Tuto nemocnici jsem pak během června až září 2007 navštívila několikrát a prováděla rozhovory přímo v jejích prostorách. Tento fakt považuji pro průběh výzkumu za značně limitující a vrátím se proto k němu ještě později v kapitolách věnovaných etice výzkumu. V prostorách gynekologické ambulance jsem rovněž vyvěsila letáky s kontaktem na mě a výzvou týkající se hledání informantek. Na tytu výzvu bohužel nikdo nezareagoval, ačkoliv lístečky, které obsahovaly kontaktní údaje, postupně mizely.

Způsob, jakým jsem získala kontakt na jednotlivé informantky, se ukázal jako důležitý moment jak vzhledem k prostředí, kde se rozhovor odehrával, tak i k motivům, které mé informantky vedly k tomu se rozhovoru účastnit. Tato skutečnost byla patrná i na podobě rozhovorů. Například zkušenost paní Jany, která mě kontaktovala sama, byla neobyčejně zajímavá. Paní Jana byla v mnoha ohledech velice kritická vůči zdravotnickému systému. Zároveň ale byla ženou, která měla jasně utvořenou představu o tom, jak by měla péče v těhotenství vypadat, co pro ni znamenalo riziko a z jakých důvodů se s ním vyrovnávala právě tímto způsobem. Paní Jana se v mnoha těchto ohledech lišila od ostatních žen, které jsem kontaktovala v prostředí nemocnice. Způsob, jakým jsem kontaktovala jednotlivé informantky, považuji nejen z tohoto důvodu za jeden z klíčových momentů ovlivňujících průběh výzkumu a vrátím se proto k němu v samostatné kapitole této metodologické části.

Všechny mé informantky byly v úvodu rozhovoru informovány o jeho účelu a dalším nakládání s daty. Veškeré informace byly v průběhu výzkumu anonymizovány.

---

partnerský vztah mezi poskytovateli zdravotní péče a klientkami (více informací na [www.aperio.cz](http://www.aperio.cz)). Jedná se o organizaci, kterou vyhledávají rodiče se specifickým postojem k prenatální a porodní péči.

<sup>13</sup> Z důvodů zachování anonymizace mých informantek jsem se rozhodla neuvádět jméno nemocnice.

## 4.2 Průběh rozhovoru

Rozhovory s mými informantkami probíhaly zhruba od května do září 2008. V jednom případě proběhl rozhovor přímo v domácnosti dotazované ženy. Ve dvou případech jsem byla nucena z časových důvodů informantek a vzdálenosti místa jejich bydliště provést rozhovor prostřednictvím počítačového programu Skype, který umožňuje telefonní rozhovor mezi dvěma uživateli internetu. V ostatních případech se rozhovory odehrávaly v prostorách nemocnice, buď v samostatné místnosti, kterou mi nemocnice umožnila pro tyto účely využívat, nebo pokud to dovolovala situace či pokud byla žena upoutána na lůžko, přímo na pokoji daných klientek. Délka rozhovoru se u jednotlivých informantek lišila. V průměru trvaly rozhovory přibližně hodinu.

Konkrétní struktura rozhovoru se lišila v závislosti na individuální osobnosti informantky a její zkušenosti. Pro průběh rozhovorů jsem zvolila metodu narativních interview. Proces konstruování narativ pojmám především jako proces, prostřednictvím něhož lidé dávají smysl své zkušenosti tím, že ji uspořádávají do koherentního a srozumitelného celku. Atkinson (1998: 1) tento proces charakterizuje jako „zvyšování vlastního vědění o sobě prostřednictvím objevování hlubších významů vlastního života pomocí procesu reflektování a uspořádávání událostí, zkušeností a pocitů, které jsme zažili, do ústního vyjádření“. Jak ale upozorňují například Atkinson a Silverman (2006) musíme být obezřetní v tom, jak skutečně nakládat s autentickou zkušeností tak, jak je prezentovaná v rámci rozhovorů. Zdůrazňování rozhovorů jako zdroje skutečného a absolutního odhalení subjektivního já jednotlivce může vést k nekritickému přijímání pohledu na rozhovor jako na osobní zpověď, místo jako na produkt vzájemné práce mezi vypravěčem a tazatelem. Podle Atkinsona a Silvermana je potřeba vyhnout se při výzkumu způsobům dnešní „interview society“, která povýšila rozhovor na piedestal jako zdroj osobního vnitřního odhalování se, zároveň ale používá sérii konvencí, jak dosáhnou toho, aby výsledná biografie zapadala do obecně přijímané představy životního příběhu. Tato kritika naráží na širší problematiku zabývající se „hlasem“ vypravěče vztahujícího se k tomu „co vypravěč komunikuje a jak, stejně tak jako k subjektivnímu místu a sociální pozici, ze které on nebo ona hovoří“ (Chase 2005: 657).

Otázka hlasu tak odkazuje k problematice mocenských vztahů vstupujících do artikulování vlastní zkušenosti, stejně tak jako k partikulární pozici, ze které je vyprávění



konstruováno. Narativa nás informují o zkušenosti, hodnotách, světovém názoru vypravěče, přičemž všechny tyto prvky jsou utvářeny a artikulovány na pozadí sociálních faktorů jako jsou gender, rasa, příslušnost k určité komunitě nebo třídě. Samotné narativum se ale také pohybuje v mantinelech, které kultura pro danou situaci nabízí (Bertaux 2003: 44). Jak například upozorňuje Anderson a Jack (1991: 11) skupiny jako jsou ženy, jejichž zkušenost byla po dlouhou dobu ignorována a jejichž koncepty a hodnoty se mohou lišit od dominantního pohledu, často nemají vhodný prostředek jak vyjádřit svou zkušenost jinak než pomocí převládajících kategorií, které ale nemusí být nutně v souladu s jejich vlastními významy. Úkolem narativ tak není jen sbírat jednotlivá svědectví, ale také tyto svědectví vnímat v kontextu historických a sociálních podmínek, které je zprostředkují. V této souvislosti je nutné si klást otázky po charakteru a autenticitě „hlasu“ a po tom, koho tento „hlas“ reprezentuje, stejně tak jako po tom, jaká je role samotného výzkumníka při konstruování narativ a při jejich následné analýze. Ve svém výzkumu jsem sama sebe vnímala jako neoddělitelnou součást samotného vyprávění. Jak poznamenává Chase (2005: 657), narativa jsou vždy sociálně situované performance – to znamená, že jsou vytvářena za určitým cílem a pro konkrétní publikum. Příběhy jsou flexibilní entity, které jsou proměňovány v interakci s publikem, jemuž jsou určeny. Vypravěčka prostřednictvím nich konstruuje významy s ohledem na vlastní interpretaci své zkušenosti, ale také zároveň prostřednictvím nich demonstruje svou komunikační kompetenci vůči očekávání konkrétního publika. Ve chvíli, kdy se kontext (publikum) této performance změní, je pravděpodobné, že i vypravěč bude volit jiné způsoby jak vyjednávat svou představu o sobě v rámci narativ (Borland 1991: 63).

Zkušenost těhotenství představuje zážitek, který má svou dynamiku a v rámci lékařského systému, do kterého je v západní společnosti včleněna, také charakteristický průběh. Lze ji tedy uchopit prostřednictvím uceleného vyprávění. Intimní charakter zkušenosti těhotenství navíc vyžaduje specifický přístup, který by mohl být v rozporu s tradičním modelem strukturovaného rozhovoru. Volnost při vyprávění přitom umožňuje informantkám vyhnout se tématům, která jsou pro ně příliš choulostivá. Tato selektivita ale může být samozřejmě také nevýhodnou. Každý rozhovor jsem začínala obecnou pobídkou k tomu, aby mi žena vyprávěla o průběhu svého těhotenství. Ne ve všech případech se podařilo skutečně navodit situaci, kdy žena sama spontánně o své zkušenosti hovořila. Bylo evidentní, že metoda spontánního vyprávění nebyla vhodná pro všechny z mých informantek. Některé z těchto žen vyžadovaly, abych jim kladla jasné otázky a cítily se mnohem lépe v modelu otázka-odpověď. V některých z těchto případů se ale nakonec

přeci jen podařilo rozvinout vyprávění žen, ačkoliv ženy na mou první otázku reagovaly rozpačitě. Některé z rozhovorů ale přeci jen nesou spíše rysy polostrukturovaných interview. Ve všech případech jsem se ale snažila o navození situace, kdy hlavní váha směřování rozhovoru spočívala na ženě samotné a prostor jsem dávala především tématům, jež ženy do rozhovorů vnášely samy.

### **4.3 Analýza rozhovorů**

Všechny provedené rozhovory byly se souhlasem žen nahrávány a poté doslovně přepisovány. Přepisované rozhovory jsem pak kódovala podle klíčových témat, která se v rozhovorech objevovala. Při analýze jsem sledovala především tři linie, jež jsem si stanovila jako oblasti zájmu již v úvodu svého výzkumu a které jsem podrobněji zmínila v části věnované ustavování tématu. Těmito oblastmi bylo vnímání vlastní tělesnosti během těhotenství, vyjednávání vlastní pozice v rámci lékařského systému a koncepty mateřství v kontextu objevujících se komplikací nebo rizik v těhotenství. Tato tři témata mi poskytovala vodící linku pro analýzu rozhovorů. Dovolovala mi zaměřit se v rámci rozhovorů na specifitější oblasti, zároveň ale díky své obecnosti neuzavírala okruh témat, na něž jsem se při analýze soustřeďovala a dovolovala tak otevřít prostor konkrétní subjektivní zkušenosti žen.

Zkušenost žen, se kterými jsem během výzkumu hovořila, byla samozřejmě velmi různorodá, v některých momentech i velmi bolestivá, vždy ale specifická již s ohledem na různé životní biografie mých informantek a jejich různé socioekonomické zázemí. Cílem této práce proto není podat jakýkoliv unifikovaný pohled na zkušenost rizikového těhotenství. Při analýze jsem se soustředila na témata, která by i přes různé individuální variace přibližovala zkušenost těchto žen. S ohledem na vytýčené výzkumné oblasti jsem se v této práci rozhodla zaměřit na dva výrazné prvky, které v sobě spojují všechny tři stanovené výzkumné okruhy a zároveň byly v rámci rozhovorů akcentovány všemi mými informantkami.

V první výzkumné kapitole této práce se zabývám postoji žen k prenatalní diagnostice. Zaměřuji se přitom na důvody, které některé z mých informantek vedly k odmítnutí těchto vyšetření a důsledkům, které toto jejich rozhodnutí mělo ve vztahu k lékařským institucím. Domnívám se, že toto téma velice úzce souvisí se způsobem, jakým ženy vnímaly a konceptualizovaly vlastní tělesnost v těhotenství. Zároveň jejich

zkušenost (a samotná praxe prenatalní diagnostiky a vyšetřování) mnohé vypovídá o pozici žen v rámci medicínského systému, jejím vyjednávání a způsobech, jakými je těhotné tělo v jeho rámci konstruováno. Prenatální diagnostika se přitom váže i k poslednímu zvolenému okruhu otázek. Jak se pokusím ukázat, praxe prenatalní diagnostiky a genetických screeningů je úzce spojena s diskursem mateřství a představ o roli ženy v těhotenství. Zároveň přitom velice zpřítomňuje rizika.

V druhé kapitole výzkumné části této práce jsem se rozhodla věnovat způsobům, jakými se ženy, se kterými jsem mluvil, vztahovaly ke konceptům mateřství. Domnívám se přitom, že jejich přístup k roli matky a jednotlivé podoby toho, jak o svém mateřství ještě nenarozeného dítěte a odpovědnosti s ní spojené hovořily, je nutné vnímat i v kontextu přítomného rizika a s ním spojené zvýšené kontroly v rámci medicínského systému. Vztahování se k ještě nenarozenému dítěti je rovněž úzce spojeno s vnímáním vlastního těla, jehož je plod součástí a skrze nějž je mateřství manifestováno. Domnívám se proto, že i toto druhé téma v mnohém odpovídá na otázky, které jsem si kladla na počátku svého výzkumu.

#### ***4.4 Etické problémy***

Ve své práci jsem se rozhodla věnovat tématu tělesnosti a mateřství, které je ale zasazeno do kontextu rizika a komplikací. Již na začátku svého výzkumu jsem si byla vědoma, že je to téma, které je velice osobní a nese s sebou řadu prožitků i otázek, které mohou být bolestivé nebo přinejmenším velice citlivé. Zároveň jsem se rozhodl psát o zkušenosti, která mi byla cizí. Žádala jsem tyto ženy, aby mi vyprávěly o svých obavách, pocitech, o svém těle. Narážela jsem přitom na řadu obtíží, které ovlivňovaly jak průběh výzkumu, tak data, která jsem získávala. V následujících kapitolách jsem se rozhodla tyto obtíže popsat, neboť se domnívám, že bez jejich reflektování je tato práce neúplná, neboť před čtenáři zatajuje důležitou součást toho, co můj výzkum spoluutvářelo a často i limitovalo. Touto součástí byl především můj vlastní vztah k mým informantkám ovlivňovaný mojí (často nejasnou) pozicí výzkumnice i absencí srovnatelné zkušenosti, o jejíž sdělení jsem je žádala. Zároveň se jednalo i o způsob, jakým jsem některé z nich kontaktovala a místo kde část rozhovorů probíhala. Oba tyto aspekty považuji pro průběh svého výzkumu za klíčové a budu se jim proto detailněji věnovat v následujících samostatných podkapitolách.

#### 4.4.1 „A vás to teprve čeká...“

Jak jsem se pokoušela nastínit v teoretické části této práci, těhotenství, které je navíc ovlivněné přítomností rizika či komplikací, je mnohými autory a autorkami pokládáno za velice specifickou zkušenost, která v sobě obsahuje různé roviny subjektivního prožívání. Možnost zprostředkování této zkušenosti, o kterou jsem se ve svém výzkumu pokoušela, se tak může zdát přinejmenším problematická. Při některých rozhovorech jsem zažívala zvláštní pocity bariéry mezi mnou a mými informantkami, které, jak jsem přesvědčena, byly způsobeny právě absencí podobné zkušenosti. Otázka na to, zda mám sama děti, vstoupila dříve či později do každého rozhovoru. Často se mi zdálo, že ženy hledají prostředek, jak se odvolat na sdílené pocity a zkušenost. Moje odpověď byla ovšem záporná.

Specifická zkušenost rizikového těhotenství byla navíc v rozporu s tradiční představou těhotenství jako období radosti a „užívání si“<sup>14</sup>. Tato skutečnost často ještě prohlubovala propast mezi mnou a ženami. Jejich zkušenost byla často velice obtížná a neradostná - tedy v hlubokém kontrastu s tím, jak bývá těhotenství tradičně vykreslováno. Některé z mých informantek tato skutečnost vedla k obavám o „nezkažení“ obrazu těhotenství pro někoho, kdo sám tuto zkušenost ještě nemá. Paní Lenka se tak v průběhu rozhovoru poté, co mi dovyprávěla průběh svého těhotenství, kdy byla od sedmnáctého týdne těhotenství doma upoutána na lůžko, musela ležet s podloženou pánví a nesměla se hýbat, najednou po otázce týkající se mých vlastních dětí, zarazila. Rozpačitě komentovala situaci slovy „a vás to teprve čeká...tak aby vás to neodradilo“. Nemožnost odvolání se na podobnou zkušenost tak často působila jako bariéra.

---

<sup>14</sup> Pojem „užívat si těhotenství“ používaly samy mé informantky. Tento pojem pro ně symbolizoval dominantní prožívání těhotenství, kterému se ale ony z různých důvodů vzdalovaly. Možnost „užít si“ svoje těhotenství vystupovala v rozhovorech jako ideál, který jim byl ale odepřen.

#### 4.4.2 Úskalí formování vztahu k informantkám

Jedním z výzkumných okruhů, které jsem si stanovila na počátku svého výzkumu, se týkal interakce žen s lékařským prostředím. Vycházela jsem přitom především z přístupů, které se dívají na vztah mezi systémem medicíny, ženami a mechanismy kontroly jejich těl kriticky (srovnej např. Lee 1998; Martin 1989 apod.). Ačkoliv to nebylo mým původním záměrem, byla jsem v průběhu výzkumu přesto odkázána na pomoc lékařské instituce a její prostředí se stalo také kulisou několika rozhovorů. Problém s hledáním informantek mě vedl k tomu, že jsem se obrátila o pomoc na jednu ze střeďočekých nemocnic. Jsem skutečně vděčná vedení nemocnice za jejich velice vstřícný přístup a pomoc, zároveň jsem si ale vědoma, že tato pomoc nesla pro můj výzkum řadu úskalí.

To, že jsem byla některým mým informantkám představována lékařským personálem v instituci, kde byly právě hospitalizované a na níž tedy byly v momentě rozhovoru značně závislé, se promítalo také do vztahu, který se mezi mnou a informantkou utvářel. Vždy jsem se snažila dát ženám maximální prostor pro to, aby mohly rozhovor odmítnout. Po odchodu personálu jsem se jich vždy ještě několikrát dotazovala, zda s rozhovorem skutečně souhlasí a ujišťovala je, že jejich spolupráce závisí zcela na jejich vůli. Přesto jsem měla v několika momentech pocit deformovanosti našeho vzájemného vztahu, který byl dán také mou poměrně nečitelnou pozicí v rámci medicínského systému. Přicházela jsem za ženami spolu s lékařským personálem a tedy jako „součást“ instituce, zároveň jsem ale pobízela ženy k tomu, aby vyjadřovaly svou spokojenost či nespokojenost s její prací. Navíc se rozhovor odehrával v prostorách nemocnice – tedy v prostředí, které zpřítomňovalo mocenskou autoritu této instituce a kde jsem byla cizincem. Domnívám se, že mocenská nerovnováha daná představením ze strany personálu se mohla odrážet jak ve vztahu k akceptaci rozhovoru, tak následně k tomu, co bylo v jeho průběhu řečeno.

Přítomnost zdravotnického personálu jako prostředníka měla své další úskalí ovlivňující samotný výběr informantek. Do nemocnice jsem se vždy ohlásila dopředu. Po mém příchodu mi někdo z personálu oddělení sdělil, na kterém pokoji leží potenciální informantky a zda s rozhovorem souhlasí. Výběr konkrétních klientek byl tak zcela v rukou personálu, který sám rozhodoval, kdo se mého výzkumu účastní. V některých případech přitom komentovali výběr způsobem, který naznačoval existenci i dalších

kritérií než těch, o které jsem je prosila já sama. Tyto kritéria se často odvolávala na to, zda je daná klientka „bezproblémová“, „hovorná“, „pro vás dobrá“ – což se často vztahovalo ke vzdělání dané ženy. V žádném případě si nemyslím, že by personál chtěl nějakým způsobem ovlivnit data, která od žen získám. Nedomnívám se, že jejich cílem bylo vybrat ženy, které zastávaly nekonfliktní postoj vůči nemocnici<sup>15</sup>. Jejich postoj je třeba interpretovat spíše jako snahu můj výzkum co nejvíce ulehčit. Jejich kritéria se často vztahovala ke vzdělání ženy či k jejich otevřenosti. Domnívám se proto, že se spíše snažili, aby rozhovor probíhal hladce a abychom si s konkrétní klientkou rozuměly. Přesto ale tento postup vyvolává řadu otázek a nutně se podepsal na tom, s kým jsem mohla mluvit a ke komu mi byl přístup odepřen.

---

<sup>15</sup> Tuto skutečnost ilustruje i to, že mi v jednom případě sami doporučili ženu, o níž věděli, že je k nemocničnímu systému a lékařských procedurám velmi kritická. Jednalo se ale o ženu s vysokoškolským vzděláním, o které předpokládaly, že si budeme lépe rozumět.

## 5 PRENATÁLNÍ SCREENINGY A SUBJEKTIVNÍ ZKUŠENOST ŽEN

Téma genetických screeningů nebylo tématem, které stálo na počátku mého výzkumu. Nezahrnula jsem ho ani do oblastí, na které jsem se chtěla svých informantek explicitně zeptat. Přesto se ale velice rychle vloudilo do rozhovorů a jeho vliv na subjektivní prožívání těhotenství byl ve výpovědích mých informantek neoddiskutovatelný. Nejzřetelněji přitom vystupoval ve výpovědích žen, které se rozhodly některý z těchto typů vyšetření odmítnout. Hned při prvním rozhovoru, který jsem provedla, začala paní Jana své vyprávění právě odmítnutím vyšetření:

Tam bylo taky docela velké riziko, ale že jako může mít i jinou vadu, protože já mam i jiný jako... říkam nějaký to genetický poškození, o to šlo asi nejvíc.....Milovala bych ho stejně, i když na genetice tady v Plzni jedna doktorka, bohužel už nevím jméno \_ na mě řvala jak si to představuju, protože jsem odmítla jít i na amniocentézu, odmítla jsem všechno, protože jít ve 24. tejdnu na amniocentézu a pak jít na potrat, když už to dítě má šanci na přežití, já bych to nedokázala. Je to moje osobní věc, prostě nedokázala bych to nedát mu ani šanci. Takže vlastně jsem podstoupila genetický vyšetření, řekli mi, že bude poškozenej asi, že bude mít asi sluchovou vadu, že bude mít brejle, tak to je u nás v rodině dost běžný. Jo, byly tam i velké rizika na alergie, ale tak zatím si žije zdravě a co se změnilo... strach, určitě.

Vyprávění paní Jany mě velice zasáhlo. Slova, která se mísí v tomto krátkém úryvku, jímž začala své vyprávění – genetika, odmítnutí, řvaní, potrat, riziko, strach. Slova, která vás svou silou zasáhnou, zvláště ve chvíli, kdy mluvíme o těhotenství a nenarozeném dítěti, tedy o něčem, s čím si většina lidí spojuje spíše pocity naděje, štěstí a radostného očekávání. Rozhovor s paní Janou mě přiměl se tématu genetických screeningů věnovat. Důležitost, jakou rozhodnutí ho nepodstoupit ve svém vyprávění věnovala, se ukázala společná i dalším ženám, které učinily stejné rozhodnutí. Téma prenatální diagnostiky a jejího odmítnutí významným způsobem vypovídá o společenských představách „správného“ těla. Zároveň ilustruje úzké zakotvení zkušenosti těhotenství v medinském systému, který staví na specifickém vědění a některé volby a alternativní zdroje vědění nutně problematizuje. Rozhodla jsem se proto věnovat následující kapitole právě úloze prenatální diagnostiky a především zkušenosti žen, které se rozhodly ji nepodstoupit.

## **5.1 Prenatální diagnostika v kontextu společenských představ a norem**

V kontextu současného diskurzu rizikovosti, který obestírá medicínské vnímání těhotenství, je potřeba prenatální genetiku vnímat také v souvislosti s reprezentacemi genderových rolí a současného vnímání tělesnosti (nejen) v těhotenství. Zkušenost genetického screeningu a dilemat, které s sebou nese, hraje významnou roli také v rámci představy mateřství i idealizovaných obrazů dokonalého těla (Etorre 2000; Charo a Rothenberg 1994). Genetický screening tak vyvolává mnoho otázek nejen ve vztahu k definování norem vhodné tělesnosti a společenského vnímání postižení (Ettore 2000; Kaplan 1994; King 1994), ale i v souvislosti s genderovými normami mateřství, které staví ženy do role těch, jež jsou odpovědné za zdraví svých dětí i celé populace (Lippman 1994, Charo a Rothenberg 1994).

Jak uvádí Abby Lippman (1994: 14-16) diskuze o vztahu žen k prenatální diagnostice se odvolává především na dva diskursivní rámce. První z nich popisuje prenatální screening jako prostředek posílení ženské autonomie díky větší informovanosti a tak i možnosti se lépe rozhodovat. Tento typ argumentace ale ignoruje některé ze základních aspektů, které prenatální diagnostiku inherentně doprovázejí, jako je například problematičnost interpretace výsledků testu i samotné možnosti se svobodně rozhodnout (Konigsmarková 2006; Markens et al. 1999; Pilnick 2004)<sup>16</sup>. Druhý diskursivní rámec pak poukazuje na normativní úlohu genetického screeningu, která spočívá v úloze vydělení těch, jejichž „genetický kapitál“ nezapadá do společenské představy vhodné tělesnosti. V rámci tohoto diskurzu je poukazováno na jasná kulturní sdělení, které s sebou screeningová vyšetření a pozdější nakládání s jejich výsledky, nesou. Tato sdělení implicitně obsahují pohled na postižení jako na skutečnost, které se máme vyhybat. Nutně tak vystávají otázky po důsledcích, jež tato sdělení mohou mít pro vnímání života lidí s postižením a jejich role ve společnosti (Ettore 2000). Oba tyto diskursivní rámce do

---

<sup>16</sup> Všechny současné screeningu v těhotenství vykazují jistou míru falešné pozitivivity vedoucí k tomu, že i u zdravých plodů může být identifikována přítomnost vady. Königsmarková (2006:4) uvádí, že v „optimálně vyladěných systémech je skutečně postižen vrozenou vadou jen asi každý dvacátý plod s pozitivním výsledkem screeningu“. U screeningů rovněž hrozí také falešná negativita, kdy screening v případě postižení mylně vykazuje negativitu testu. Falešná negativita činí u vrozených vad asi 10-30%. Například u jednoho ze tří dětí, které se narodí s trizomií 21. chromozomu (Downovým syndromem), byl výsledek screeningového vyšetření negativní (Königsmarková 2006:4). Tato vysoká procenta falešné pozitivivity či negativity ukazují na problematičnost nakládání s výsledky vyšetření jako jasného nástroje informovanosti. Bez detailního seznámení se s uvedenými fakty mohou screeningové testy působit naopak proti možnosti se skutečně informovaně rozhodnout.



značné míry formují subjektivní vnímání genetického screeningu, který se v současnosti stává rutinní součástí prenatální péče.

Screeningová vyšetření jsou jednou z forem technologií, jež vstupují do subjektivní zkušenosti jako významný prvek, který transformuje vlastní prožívání těhotenství (Georges 1996; Harris et al. 2004; Lippman 1994). Dopad technologií na vnímání těhotenství ilustruje řada studií. Harris et al. (2004) například upozorňují na obavy, které mohou ženy v souvislosti s rozvojem prenatální diagnostiky a jejímu úzkému sepětí s diskursem rizikovosti, pociťovat. Plošné závadění prenatální diagnostiky v sobě nutně obsahuje představy a priori „defektních“ těl, které je vždy potřeba zkoumat, aby byly možné nedokonalosti odhaleny. Technologie zároveň díky svým možnostem přetváří pohled na plod, který se stává subjektem, jenž je oddělitelný od těla matky. Jeho vizualizace ho přitom symbolicky situuje mimo tělo ženy jako samostatnou entitu, za kterou je zodpovědná. Přítomnost těchto vyšetření navíc staví ženy tváří v tvář závažným dilematům, která jsou nuceny řešit často jen na základě informací týkajících se pravděpodobnosti určitých rizik (Konigsmarková 2006; Markens 1999).

Není pochyb o tom, že prenatální diagnostika vnáší do zkušenosti těhotentví nové aspekty ovlivňující zkušenost těhotenství. Lippman (1994: 21) hovoří dokonce o tom, že prenatální diagnostika vytváří „životní styl“ těhotných žen tím, že „nově tvaruje problémy, přeměňuje každodennost, transformuje definice přirozeného a detekuje, jak by těhotné ženy měly žít“. Technologie tak poskytují nový prostředek konceptualizace zkušenosti těhotenství. Možnost vizuálního kontaktu s ještě nenarozeným dítětem poskytuje nový rámec pro vnímání vlastní tělesnosti, přičemž samotné vyšetření se může proměnit v jistou formu rituálu, který nese význam bez ohledu na původní roli technologií. Některé studie tak upozorňují na nové významy, které tyto technologie v rámci těhotenství získávají. Technologie se tak mohou stávat nástrojem k bližšímu kontaktu s dítětem (Georges 1996; Getz a Kirkengen 2003) i prostředkem jak sdílet zkušenost těhotenství s ostatními pomocí stejného intenzivního zážitku „zhmotnění“ obrazu dítěte (Bondas a Eriksson 2001). Ženy tak na jednu stranu technologie mohou vyžadovat, neboť jim zprostředkovávají cenný vizuální kontakt s nenarozeným dítětem, na druhou stranu ale jejich přítomnost posiluje představu rizikovosti těhotenství a kontrolu lékařského systému nad ním.

Řada studií věnujících se vztahu žen k prenatální diagnostice se zaměřuje především na důvody její akceptace (Bondas a Eriksson 2001; Georges 1996; Harris et al. 2004; Lesser a Rabinowitz 2001; Santalahti 1998). Tyto studie poukazují hlavně na rutinizaci, která aplikaci těchto technologií provází a jejíž „samozřejmost“ ve svém

důsledku ovlivňuje reálnou možnost žen ji odmítnout. Méně studií se pak věnuje samotné zkušenosti a důvodům odmítnutí těchto vyšetření (například Browne a Press 1996; Markens et al. 1999; Rapp 1993; Rapp 1994). Jejich závěry přitom poukazují na značnou variabilitu důvodů, které ženy vedou k tomuto rozhodnutí a které formují jejich vztah k prenatální diagnostice. V této práci se snažím o zmapování důvodů odmítnutí některé z forem prenatální diagnostiky v kontextu zdravotnické péče v České republice. Pokusím se přitom o nastínění role, kterou rozhodnutí se vyšetření nezúčastnit, následně hraje ve vztahu k vlastnímu těhotenství a lékařským institucím. Domnívám se přitom, že vztah žen i lékařského personálu k použití technologií a významům, které jim přikládají, je značně ovlivněn společenským a historickým kontextem vývoje systému zdravotní a prenatální péče. V následující části se proto pokusím o stručné nastínění vývoje prenatální péče v České republice s ohledem na specifický společenský vývoj přechodu od socialistického modelu zdravotnictví k současným trendům posilující roli žen ve vztahu k rozhodnutím o péči, která jim bude věnována.

### **5.1.1 Žena jako dítě a žena jako klient - vývoj českého systému prenatální péče**

Českou republiku do roku 1989, podobně jako další země sovětského bloku, charakterizoval centralizovaný systém socialistického zdravotnictví. Tento systém se vyznačoval pevnou hierarchií mezi jednotlivými odvětvími péče, byrokratizací a důrazem na autoritu expertního vědění (Cockerham et al. 2002; Hoffman 1997; Křížová 2006). I přes proklamovaný egalitární charakter péče se zdravotní systém soustřeďoval především na skupiny a oblasti, které byly státem označeny za prioritní. Mezi ty patřily, kromě například zaměstnanců v těžkém průmyslu, také matky a malé děti, kterým byla s ohledem na propagační rétoriku státu věnována speciální péče (Heitlinger 1987). Obecně byla ale zdravotnictví v této době v Československu věnována jen malá pozornost na úkor ekonomického sektoru, který byl vnímán jako prvořadý (Hoffman 1997). Ve srovnání se západními státy tak docházelo k zaostávání kvality zdravotní péče způsobené především nedostatkem moderních technologií a léků (Křížová 2006). Důležitým faktorem ovlivňujícím výslednou podobu zdravotnictví i přístup k pacientům byl systém hodnocení péče, který byl založen především na kvantifikujících indikátorech. Za ukazatele

efektivnosti péče byly považovány ukazatele jako počet nemocničních lůžek či zdravotnického personálu.

Prenatální a porodní péče se v této době vyznačovala značnou medikalizací. Medicínský diskurs obestírající těhotenství a porod se opíral o představu neustále rizikovosti, kterou bylo nutné podřídit kontrole lékařských odborníků (Heitlinger 1987). Důraz na použití technologií a medicínské intervence dosahoval v bývalém Československu vysoké intenzity a do značné míry přetrvává i do dnes (Hašková 2001; Mrzlíková Susová 2005). Jak navíc upozorňuje Heitlinger (1987: 97), v totalitní společnosti byla možnost předkládání alternativních pohledů na fungování zdravotnické péče značně omezena. Zatímco na západě se formují spotřebitelská a sociální hnutí, které prosazují nové pohledy na charakter zkušenosti těhotenství i roli pacientů, v rámci socialistického systému zdravotnictví byl pohled na poskytované služby monopolizován státní mocí.

Socialistický systém zdravotnictví rovněž značně omezoval možnost volby mezi jednotlivými zdravotnickými službami a jejich poskytovateli. Mateřská a porodní péče byla, spolu s ostatními zdravotnickými službami, poskytována na základě rezidenční příslušnosti. Ačkoliv systém dovoľoval změnu lékaře, ženy v těchto případech musely prokazovat nedostatečnost poskytované péče ze strany původního lékaře. Tato složitá byrokratická procedura značně omezovala možnost žen si svého lékaře svobodně vybrat (Heitlinger 1987). Kromě těchto omezení byla možnost volby formována také kulturními hodnotami společenského systému, který se vyznačoval přenesením odpovědnosti z individuální roviny do kolektivní a to i v rámci zdravotnické péče. Jak upozorňuje řada autorů (například Hoffman 1997; Cockerham et al. 2002), odpovědnost za vlastní zdraví byla ve značné míře delegována z individua na zdravotnický systém. Možnost rozhodovat o vlastním zdraví tak byla omežována jak na úrovni fungování systému, tak v oblasti kulturních hodnot, které potlačovaly individuální autonomii na úkor kolektivismu. Socialistický systém zdravotnictví ve vztahu k pacientům upřednostňoval paternalismus opírající se především o autoritu lékařů jako zástupců expertního vědění (Křížová 2006). Absence možnosti volby lékaře, spolu s mocensky nevyrovnanou rolí pacienta v rámci systému, vedla k modelu, kde se pacient dostával do submisivní pozice. Jak uvádí Eva Křížová (2004:153): „aktivní pacient, který se ptá na okolnosti své nemoci a léčby a který se cítí oprávněný udílet či odpírat souhlas s léčbou, byl v té době jistě výjimkou či dokonce zcela neznámým fenoménem“. Podobně i Heitlinger (1987: 101) poukazuje na chybějící

konceptu vztahu mezi lékařem a pacientem v socialistickém Československu, která vedla k tomu, že se pacienti dostávali do role pouhých pasivních příjemců.

Po roce 1989 dochází v rámci hlubokých společenských změn také k transformaci systému zdravotnictví spojené s jeho decentralizací a přeměnou právních vztahů směrem k posílení tržního prostředí. Mizí přitom systémové bariéry, které bránily svobodné volbě lékaře. Změny ve zdravotnictví dopadají také na pojmání pacienta, který se začíná dostávat do pozice klienta. Jak upozorňují někteří autoři (Hrešanová a Marhánková 2008, Hašková 2001) markantními změnami prochází také mateřská a porodní péče. Současný stav zdravotní péče tak napomáhá rozvinutí konceptů konzumerismu a komercializace, které staví pacienta do role aktéra, který si mezi nabízenými službami aktivně volí. Současným změnám v porodní péči v České republice je věnováno poměrně velká pozornost (například Hašková 2001; Hrešanová a Marhánková 2008; Mrzlíková Susová 2005). Prenatální péče a otázky spojené s genetickým screeningem jsou v tomto ohledu spíše opomíjeny (výjimku tvoří pouze studie Königsmarkové z roku 2006). Prenatální diagnostika se přitom v současné době stává nedílnou součástí moderní prenatální péče. V České republice je nyní genetický screening prováděn plošně. Prvním ultrazvukovým vyšetřením, které je označováno jako povinné a které se provádí do 22. týdne těhotenství, prošlo v roce 2005 93.7 procent všech těhotných žen<sup>17</sup>. Podle dostupných údajů například amniocentézu odmítá v průměru pouze 5 až 10 procent žen (Königsmarková 2006: 6). V této souvislosti je proto nutné se ptát, jaké faktory vedou k tak vysoké akceptaci vyšetření a jaké důsledky má v takto nastaveném systému jejich případné odmítnutí.

Následující část této práce se věnuje konkrétním způsobům, jakými se ženy k těmto vyšetřením vztahují. Zaměřuji se přitom především na zkušenost žen, které se rozhodly nabízená vyšetření odmítnout. Domnívám se přitom, že vztah žen k prenatální diagnostice v České republice je nutné vnímat také v kontextu výše nastíněných změn zdravotnického systému. Prenatální a porodní péče si nadále uchovává značně medikalizovaný charakter, který se často může dostávat do střetu s novým chápáním pacienta jako aktéra, který má sám o podobě péče, která je mu věnována, spolurozhodovat.

---

<sup>17</sup> Rodička a novorozenec 2005: 15-16

## **5.2 Odmítnutí prenatální diagnostiky jako významný moment zkušenosti těhotenství**

Prostor, který ženy, jež se rozhodly doporučená vyšetření odmítnout, věnovaly tématu vlastního vztahu k prenatální diagnostice a reakcím lékařského personálu, poukazuje na mimořádnou důležitost, kterou samy tomuto momentu připisovaly. Jejich výpovědi naznačují, že pro část žen se odmítnutí těchto vyšetření a následné vyjednávání vlastní pozice vůči lékařské autoritě stává jedním z klíčových momentů celé prenatální péče. Rozhovory navíc ukazují na řadu společných rysů jejich zkušenosti, především co se týče následných reakcí lékařů a charakteru argumentace, jež vůči ženám používali.

### **5.2.1 „Běžte na amniocentézu!“- argumentace lékařů a diskurs rizikovosti**

Potřeba obhájit své rozhodnutí, které nebylo přijímáno se samozřejmostí jako jedna z možných voleb, se promítla také do rozhovorů. Ženy v nich svou zkušenost nejen popisovaly, ale také ji doprovázely argumentací, která jejich rozhodnutí měla ospravedlnit. Vysoká míra akceptace těchto vyšetření, která jsou v současnosti vnímána jako samozřejmá součást prenatální péče v České republice, vedla k tomu, že tyto ženy byly stavěny do pozice, kdy byla jejich volba vnímána ne jen jako jedna z mnoha, ale jako volba, která je v opozici k stávajícím očekáváním. Ženy přitom ve svých výpovědích popisovaly specifický typ argumentace, který vůči nim lékaři uplatňovali. Ta se opírala především o dva základní motivy. Prvním z nich byl důraz na riziko spojené s tímto rozhodnutím. Druhý moment se vztahoval k důsledkům, které jejich volba bude mít.

Diskurz rizikovosti, o který se lékaři v případě argumentace nutnosti absolvovat vyšetření opírali, měl závažné důsledky i pro subjektivní prožívání těhotenství. Ženy musely opakovaně během lékařských prohlídek absolvovat dlouhé hovory, kdy byly nuceny svoje rozhodnutí neustále obhajovat. Paní Ivana například popisovala svou zkušenost následujícím způsobem:

Nicméně diskutovali jsme o tom, až bylo mi líto těch ostatních pacientek, protože jednou jsme o tom diskutovali přes hodinu v jeho ordinaci a tam se potom nakupilo strašně moc těch ženských v čekárně. To jsem si říkala, že mě musí nenávidět, ale on chtěl pořád diskutovat, pořád mě nutil, ať tam teda jdu..... Oni vás do toho prostě tlačej a já jsem řekla, že na to nepudu, tak na to nepudu. Já už jsem byla připravená

mu říct, že jsem třeba věřící, i když to není pravda, že to prostě odmítám a já jsem mu řekla, že o to dítě se postarám a že za to беру zodpovědnost, že budu mít postižené dítě.

Neustálé zdůrazňování přítomnosti rizika významně poznamenalo i vztah k těhotenství. Ačkoliv se ženy samy cítily jako zdravé, konzultace s lékaři v nich vyvolávaly pocit, že je s jejich těly něco špatně. Hovoření o rizicích tato rizika zpřítomňovala i v prožívání žen. Paní Jana v této souvislosti hovořila o tom, že ji doktoři „zkazili těhotenství“, protože byla nucena neustále myslet na to, že s dítětem může být něco v nepořádku. Paní Jana hovořila o tom, že „z ní udělali v podstatě pacienta“, což byla zkušenost, která se negativně promítla i do vztahu k jejímu těhotenství, které vždy vnímala jako období, které si „má člověk užít“.

Kromě diskurzu rizikovosti nesla argumentace lékařů ještě další podobný rys vztahující se k důsledkům, jaké může odmítnutí vyšetření mít. Lékaři jejich rozhodnutí vnímali jako nezodpovědnost, odmítnutí nutné lékařské péče a zvýšení možného rizika a to i přesto, že v případě negativních výsledků vyšetření nabízeli jako jedinou alternativní možnost přerušování těhotenství. Z popisu žen se přitom zdá, že tato alternativa byla často předkládána se samozřejmostí jako další logický krok v případě, že vyšetření prokáže přítomnost vady. Popis důsledků, které bude odmítnutí vyšetření mít, se tak zaměřoval především na nemožnost učinit tento další krok. Ženy přitom shodně upozorňovaly na specifický typ argumentace, který lékaři v této souvislosti používaly. Paní Jana například hovořila o následující zkušenosti s přesvědčováním ze strany lékařů:

Cejtila jsem... já vlastně tím, že jsem o tom nikomu neřekla. Já jsem cítila tlak od lékařů, běžte na amniocentézu, běžte na tohle vyšetření, nemůžete mít postižené dítě, kdo se o to..., vždyť to pak dáte do ústavu, ale...

Paní Ivana popisovala podobnou zkušenost slovy:

On (lékař) už skoro usínal, ale furt do mě hučel, ať tam jdu, že to je nesmysl a takové argumenty o tom, jak budu zatěžovat kapsu našeho zdravotnictví tím, že se naše zdravotnictví bude muset o to dítě starat, protože si samozřejmě myslel, že to dítě dám do ústavu a zapomenou na něj. \_ Takový jako, že si to nemůžu vzít na svědomí. Já si myslím, že díky tomuhle přístupu potom máme hezké statistiky, že se nám tady nerodí takové děti a nemusíme se teda o ně starat, ale otázkou je, kolik těch dětí by se narodilo úplně zdravě.

Jak je patrné z následujících citací, tento typ argumentace se opíral především o tři předpoklady. Prvním z nich byla apriorní představa, že pokud vyšetření neprokáže opak, je na místě se domnívat, že s plodem je něco v nepořádku. Tento předpoklad je jasně patrný v citacích paní Jany i Ivany. Jejich lékaři v obou případech hovořili o poškození plodu ve chvíli, kdy vyšetření nebylo ještě ani provedeno a neměli tak v rukou žádné faktické výsledky, jež by k těmto domněnkám mohly vést. Druhý předpoklad obsažený v argumentaci tak, jak ji předkládaly ženy, pak bylo přesvědčení, že v případě prokázání vady vyšetřením se ženy rozhodnou pro ukončení těhotenství. Posledním předpoklad se pak vztahoval k důsledkům, které nastanou ve chvíli, kdy se z důvodů nedostatku informací k tomuto kroku neodhodlá. Ty byly přitom vztahovány ne k perspektivě ženy nebo dítěte, ale k následkům, které bude mít takovéto rozhodnutí pro společnost symbolizovanou v těchto příkladech systémem zdravotnictví nebo ústavní péče. Tíhu tohoto rozhodnutí tak konfrontovali ne se subjektivním prožíváním ženy nebo důsledky pro zdraví dítěte, ale s náklady, které s sebou případné narození postiženého dítěte, ponese pro stát.

Domnívám se přitom, že tento typ předpokladů je potřeba interpretovat na pozadí dvou motivů spojených jak s institucionálním pozadím mateřské péče, tak se společenskými představami vážícími se k normám tělesnosti a mateřství. Jsem přesvědčena, že popsanou argumentaci lékařů je potřeba vnímat také ve světle specifického historického a společenského kontextu vývoje mateřské péče v České Republice, který jsem se pokusila stručně nastínit v úvodu této práce. Řada autorů (například Hoffman 1997; Cockerham et al. 2002) zmiňuje potlačení individuální odpovědnosti za vlastní zdraví a její delegování na lékařský systém jako výrazný rys socialistického modelu zdravotnictví. Podobně i v této argumentaci je přítomný předpoklad, že ženy svou odpovědnost za narozené dítě přenesou na formy státní péče.

Druhý motiv se váže k společenským představám o odpovědnosti žen nejen za zdraví dítěte, ale také za zdraví celé populace (Charo a Rothenberg 1994). Jak upozorňuje například Ettore (2000), tato představa úzce souvisí s genderovými normami mateřství i sociálními normami zdravého těla. Kombinace těchto diskursů pak vytváří prostředí, které staví ženy do pozice těch, kdo jsou zodpovědné za uvádění těchto představ do praxe. Ženská reprodukce vždy představovala oblast, která sloužila jako prostředek ospravedlnění i nástroj regulace ženského těla. Lidskou reprodukci tak nelze vnímat pouze jako součást individuální zkušenosti, ale také jako společenský proces, který se odehrává v určitém institucionálním rámci a je konstruován na pozadí společenských významů. Jak uvádí

Heitlinger (1987: 175): „těhotenství je spojeno s „pevnou“ biologickou individualitou, zároveň je ale také vystaveno značné sociální manipulaci a kontrole“. Tato skutečnost se promítala také do argumentace, která byla v reakci na rozhodnutí žen, používána. V citacích těchto žen se objevují spojení jako „nemůžete mít postižený dítě“ či „nemůžete si to vzít na svědomí“, které odkazují právě na představu žen, které nesou zodpovědnost za zdraví dítěte a od kterých se rovněž očekává, že se v této souvislosti rozhodnou v nejlepším zájmu společnosti.

Společenská očekávání ale nejsou kladena pouze na ženy, podobně jako to nejsou pouze ženská těla, která jsou v rámci prenatální péče disciplinována. Diskurz rizikovosti, který doprovází používání technologií a tlak, který je na ženy vyvíjen v souvislosti s absolvováním vyšetření, vytváří prostředí, které dává vzniknout kulturním sdělením, že existuje něco jako „dokonalé dítě“ nebo alespoň dítě, které je „průměrné“ (Ettore 2000; Harris et al. 2004). Současná nízká míra porodnosti, která je v České republice, i přes její mírné zvýšení v posledních letech, stále pod mírou prosté produkce společnosti, reflektuje širší demografické trendy, které jsou na individuální rovině doprovázeny zásadním přesunem důrazu z oblasti kvantity na touhu vychovávat především „kvalitní“ potomky, do kterých je potřeba investovat čas i peníze (Rabušic 2002). Představa této kvality je přitom reprodukována již během těhotenství, právě díky technologiím, které kvantifikují možná rizika a zároveň implicitně konstruují normy toho, co znamená být „normální“. Výpovědi žen tuto skutečnost reflektují a to jak v případech žen, které se rozhodly nabízená vyšetření odmítnout, tak v případě žen, které se rozhodly pro jejich akceptaci. Nápadně shodné výroky se tak objevují u dvou informantek, jejichž postoj k prenatální diagnostice se jinak radikálně lišil:

Ty doktoři věděj co a jak a vlastně teďko oni se snažej když něco, tak jako vyřešit ty problémy, aby to dítě třeba člověk donosil. Nebo i to dítě když se narodí, tak se snaží prostě ho vyplat, aby bylo zdravý a aby přežilo hlavně. Že to nenechávaj. Furt si stěžujou, že je malá porodnost, že je nás málo, že člověk vymírá, tak oni se snažej takhle pečovat o ty maminky a o ty děti, aby opravdu jsme se rozmnožovali (smích).

(Paní Lucie)

Nevím no, dneska je doba... jak je málo dětí, tak je chtěj mít všechny dokonalý.

(Paní Jana)



Reflektování kulturních předpokladů „normálního“ dítěte se odráželo také ve způsobu, jakými ženy samy vyhodnocovaly možná rizika na základě vlastních představ o tělesnosti. Tyto představy se sice vždy pohybovaly uvnitř dominantního rámce normality tak, jak ji definovali lékaři prostřednictvím prenatalní diagnostiky, zároveň do ní ženy ale promítaly vlastní významy, které byly ovlivněny jejich specifickou životní zkušeností a subjektivními postoji. Ženy tak konstruovaly individuální normy „normálnosti“ s ohledem na vlastní kritéria. Paní Lenka například v souvislosti s tím, co všechno by ještě považovala u svého budoucího dítěte za „v pořádku“, uvedla:

Záleží i jak by to nebylo v pořádku, kdyby třeba miminko mělo rozštěp pusinky nebo prostě něco takového, tak to se už nechá dneska dobře opravit nebo prostě nemaj ty děti s tím žádný problém. Tak si myslím, že asi jo, ale když by tam potom bylo něco vážnějšího, tak bych asi uvažovala o přerušení. Protože známá má takhle dvojčata postižený a já bych se na to necejtila, to co zvládla ona, asi ne.

Jiná z informantek, která trpěla sluchovou vadou a řadou dalších chronických onemocnění, vztahovala kritéria toho, co je u plodu považované za „normální“ k vlastní zkušenosti nemoci:

Jako na tý genetice ten přístup byl hodně dvojakej, ta jedna doktorka byla úplně magor, jakože nechci jít na vyšetření sluchu, jako jestli to dítě bude mít genetickou vadu sluchu. Říkám, no tak jí bude mít no, já ji mam taky a žiju a on to dneska málokdo pozná už, už s tím umim žít a strávila jsem kus dětství ve špitále, to je taky pravda a nosila jsem sluchadlo a mam za sebou plno operací, ale jako prostě nebylo to špatný a taky mě naši nedali pryč. Jenom kvůli tomu, že mam nějakou nemoc. Nepřijde mi to správný.

Ačkoliv se tedy ženy pohybovaly uvnitř diskursivního rámce, který pracoval s představou „normálního“ dítěte, samy si z této normy selektivně vybíraly aspekty, které vztahovaly k vlastní představě zdraví. Tato představa o tom, jak určit a jak chápat zdraví dítěte přitom byla rovněž často důvodem, proč ženy prenatalní diagnostiku odmítaly. K tomuto zjištění se vrátím ještě později, nyní se ale pokusím nastínit důsledky, které rozhodnutí vyšetření odmítnout mělo pro ženy ve vztahu k lékařskému personálu.

### **5.2.2 „Potížistky“ – reakce na odmítnutí vyšetření**

Jak jsem již naznačila v předešlé části této práce, rozhodnutí vyšetření neabsolvovat pro ženy znamenalo klíčový moment při popisu vlastního těhotenství i, jak samy

zdůrazňovaly, ve vztahu k svému ošetřujícímu lékaři. Neustále přesvědčování a často agresivní argumentace, která ženy stresovala, vedla v některých případech dokonce ke změně lékaře. Domnívám se, že reakci lékařského personálu na odmítnutí vyšetření je nutné interpretovat s ohledem na místo, které prenatalní diagnostika v současném systému prenatalní péče zastává. Zároveň jsem přesvědčená, že přístup lékařů k rozhodnutí žen je rovněž významně ovlivněn společenským kontextem vývoje systému zdravotnictví a místa, které v něm donedávna pacient zaujímal. V následující části se proto budu věnovat oběma aspektům.

Jak ukazuje řada výzkumů (Konigsmarkova 2006; Press a Browner 1994; Press a Browner 1997; Santalahti et al. 1998) prenatalní screeniny se v současné době staly samozřejmou součástí těhotenství. Tyto výzkumy přitom naznačují, že ženy často tato vyšetření vnímají jako přirozenou součást péče, kterou absolvují rutinně. Tato samozřejmost přitom nabývá normativního charakteru, který vede k tomu, že ženy, které se rozhodnou jej neabsolvovat jsou vnímány jako deviantní (Lippman 1994). Do podobné situace se dostávaly také mé informatky. Jejich postoj byl vnímán jako a priori problematický a dostávaly se tak do role „potížístek“. Tato jejich pozice se odrazila i v osobním vztahu s lékařem. Paní Ivana například hovořila o proměnách přístupu jejího lékaře. Zatímco v první fázi, kdy mu sdělila, že amniocentézu nepodstoupí, lékař reagoval dlouhými rozhovory obsahující výše zmíněnou argumentaci, poté, kdy si uvědomil, že její rozhodnutí je definitivní, radikálně změnil své chování:

Takže od té doby já jsem na těch kontrolách tak dvě minuty. Předtím jsem tam strávila docela dost dlouho, všechno mi vysvětloval a byl takovej příjemnej, teď už jsem problémovej případ, že si něco vymějšlim speciálního. Na začátku mi teda potřese rukou, pak mi řekne rychle že vyšetření, ať se svlíknu a rychle prostě a všechno je v pořádku, tak běžte a zavolejte mi paní XY. Takže možná, že jsem si zavinila jako... že potom není taková péče jako když si vymějšlim blbosti.

Ačkoliv tedy lékař formálně akceptoval její rozhodnutí, paní Ivana jeho nesouhlas stále pociťovala během běžných prohlídek. Odmítnutí vyšetření tak výrazně poznamenalo jejich vzájemný vztah. O podobných zkušenostech hovořily i další informantky. Samy si uvědomovaly, že jejich „nestandardní“ rozhodnutí vedlo k tomu, že získaly status problémových klientek. Ačkoliv jsou tedy vyšetření, jako jsou genetické screeniny nebo amniocentéza, předkládány ženám jako dobrovolné, reálná možnost je odmítnout je silně ovlivněna očekáváními, která se na ženu v souvislosti s její tělesností kladou. Volba, kterou zvolily některé mé informatky, nebyla v rámci systému prenatalní péče řadou lékařů

považována za volbu rovnocennou. Jsem ale přesvědčena, že jejich následnou reakci nemůžete interpretovat pouze jako důsledek rutinního používání prenatalní diagnostiky, jejíž samozřejmost další volby problematizuje. Samotná možnost volby odmítnout nebo podstoupit některá vyšetření, či pouze možnost zvolit si ošetřujícího lékaře, který bude schopen představy žen o poskytované zdravotní péči naplnit, je v rámci českého systému zdravotnictví relativně novým fenoménem. Domnívám se, že tato skutečnost se promítá také do způsobů, jakými jsou ženy nuceny svá rozhodnutí v tomto systému vyjednávat.

Jak jsem se pokoušela nastínit v úvodu této práce, možnost voleb byla v dřívějším systému zdravotnictví značně omezena a to nejen v souvislosti s možností zvolit si ošetřujícího lékaře, ale také aktivně o své léčbě rozhodovat. Pozůstatky tohoto systému jsou patrné i dnešním prostředím. Křížová (2004: 153) v této souvislosti uvádí: „je pravděpodobné, že vzhledem k normalizačnímu sociálnímu kontextu a dlouhodobé tradici je vztah mezi lékařem a nemocným v českém prostředí tradičně silně paternalistický, a to právě z toho důvodu, že v celé společnosti existovala „naučená bezmocnost“ a rezignace a odpor vůči jakékoliv moci byl nelegální“. V souvislosti s přístupem k prenatalní diagnostice je navíc nutné poukázat na význam, který byl a je použití technologií v rámci zdravotnictví připisován. Heilinger (1987) přitom poukazuje na to, že v porovnání se západními zeměmi byl v socialistickém systému zdravotnictví v Československu přístup k lékařským intervencím a důraz na použití technologií mnohem výraznější. I současné výzkumy poukazují na to, že současný systém porodní a mateřské péče v České republice je charakteristický značnou mírou medikalizace a lékařskými intervencemi (Hašková 2001; Mrzliková Susová 2005).

Lékařské technologie přitom rovněž hrají důležitou roli při ustavování autority lékařského personálu. Technické přístroje produkují tzv. „tvrdá data“, která jsou na rozdíl od informací poskytovaných pacienty nebo datům „měkkým“, vzešlých z vyhodnocení situace lékařem, brána jako objektivní. Technika tak pomáhá upevňovat mocenskou pozici a autoritu lékaře nad laiky, protože ho staví do role toho, kdo je oprávněn ji obsluhovat (Hašková 2001). Georges (1996) dokonce hovoří o tom, že symbolická hodnota technologií a jejich spojení s expertním věděním pomáhá posilovat lékařskou hegemonii nad ženskou zkušeností reprodukce. Další empirické výzkumy pak poukazují na rozdílné přístupy k použití technologií v rámci prenatalní péče a v průběhu porodu v závislosti na pozici ve zdravotnickém systému. Výzkum Rosenblatt et al. (1997) například ukázal, že porodníci v porovnání s jinými lékařskými profesemi, jako jsou například porodní

asistentky, mnohem častěji doporučují provedení amniocentézy<sup>18</sup>. Je tedy možné uvažovat i o tom, že možnost manipulovat s technologiemi je důležitou součástí konstruování a upevňování specifické role lékaře a autority expertního medicínského vědění vůbec. Tato skutečnost spolu se společenským kontextem postavení pacientů v rámci zdravotní péče tvoří pozadí, na jehož podkladě je nutné vnímat také přístup lékařů k rozhodnutí žen vyšetření neabsolvovat. Ženy tímto svým rozhodnutím vstupují do systému jako aktérky. Tento fakt v jeho současné intenzitě můžeme v rámci českého systému zdravotnictví vnímat jako nový fenomén, který snadno může vést k napětí vyvstávajícího z potřeby nově vyjednávat vlastní pozici vůči lékařské autoritě, ale rovněž také z nutnosti vyjednávat tuto autoritu samotnou. Vezmeme-li v úvahu výše nastíněnou roli, kterou technologie hrají v ustavování lékařské profese, je na místě předpokládat, že rozhodnutí odmítnout některá vyšetření může být lékaři vnímáno jako odmítnutí vlastní autority. Zkušenosti mých informantek přitom naznačují, že i přes současné významné trendy usilující o redefinování role pacienta i podoby poskytované péče, představuje český systém zdravotnictví prostředí, které není schopné na tuto roli v některých případech reagovat.

Možnost prosadit si vlastní rozhodnutí pro mé informatky znamenala jednu ze zásadních událostí svého těhotenství, kterou zpětně v rozhovorech popisovaly jako pozitivní moment<sup>19</sup>. Svou schopnost prosadit svou volbu i na úkor stresujících diskuzí s lékaři a zhoršení vztahu s nimi, hodnotily jako zásadní pro celý průběh těhotenství. Například paní Jana v této souvislosti uvedla:

Oni by na mě řvali stejně a já bych stejně na tu amniocentézu nešla. Já jsem potom v podstatě došla a podepsala jsem jim, že už s nima de facto nechci mít nic společného, že odmítám amniocentézu, že odmítám, aby mě kontaktovali, že si nepřeju nic. A odešla jsem. Myslim si, že to bylo nejlepší rozhodnutí celého těhotenství (smích).

Pocit, že svá rozhodnutí dokážou prosadit i v takto mocensky nevyrovnaném postavení, jim často dodával sebedůvěru s ohledem na možnost rozhodovat o svém těle i zdravotní péči. Tyto ženy často tuto zkušenost dávaly do kontrastu s dřívějšími

---

<sup>18</sup> Je ale sporné do jaké míry mohou být daná zjištění přenositelná i do českého kontextu. Vývoj profesionalizace porodních asistentek se v České Republice odvíjel poněkud odlišným směrem. Zatímco v západních státech je profese porodní asistenty úzce spojovaná s prosazováním diskursu přirozeného porodu a odmítání medikalizace, intervencí a masivního používání technologií, v České Republice patří porodní asistentky spíše k zastávkyním technokratického modelu porodu (Hrešanová 2004).

<sup>19</sup> V této souvislosti je ale nutné upozornit na to, že tyto ženy i přes některé komplikace v těhotenství nakonec porodily zdravé děti. Zmínka o tom, že odmítnutí vyšetření znamenalo pozitivní zlom v průběhu těhotenství se ale objevovala i u jedné z mých informantek s níž jsem rozhovor dělala ještě v době těhotenství. Proto se domnívám, že by bylo zjednodušené jej vnímat pouze v kontextu absence dalších komplikací po porodu.

těhotenstvími nebo s popisem ostatních žen, které, jak uvedla jedna z mých informantek, „když on (lékař) něco řekne, tak pudou a udělají to...a jsou trochu jako ovce“. Ženy, které některé z nabízených vyšetření odmítly, popisovaly své vyjednávání s lékařskými autoritami jako skutečný boj, který ale nakonec vnímaly jako vítězný.

### 5.2.3 Proč ženy odmítají prenatální diagnostiku

Stanovit důvody, které vedou některé ženy k tomu, že odmítají prenatální vyšetření, je přinejmenším obtížné. Výzkumy věnující se této otázce přicházejí s řadou různých odpovědí zdůrazňující socioekonomické charakteristiky jako významnou proměnou, která zasahuje do vztahu k prenatální diagnostice (například Lesser a Rabinowitz 2001). Jiné studie (například Königsmarková 2006) upozorňují na neochotu starších žen podstupovat invazivní diagnostiku z důvodů obav o ohrožení svého těhotenství, které mohou vnímat jako poslední možné<sup>20</sup>. Výzkumy Rayny Rapp (Rapp 1998; Rapp 1994) pak zdůrazňují význam sociálního prostředí, individuální životní zkušenosti a charakteru komunity, ve které se ženy pohybují. Ženy, se kterými jsem hovořila, se lišily stupněm dosaženého vzdělání, místem bydliště i svým věkem. Nemohu přitom označit žádnou z těchto charakteristik jako proměnou, která by spojovala ženy, které se rozhodly některá vyšetření odmítnout. Vztah některých mých informantek k určitým vyšetřením byl, jak jsem se pokusila nastínit výše, v prostředí české prenatální péče vnímán jako deviantní. Domnívám se, že jejich rozhodnutí tato vyšetření odmítnou, nejlépe vystávají právě v kontrastu se způsoby, jakými se k prenatální diagnostice vztahovaly ženy, které ji internalizovaly jako přirozenou součást těhotenství.

K vysoké míře akceptace prenatální diagnostiky přispívá jistě řada navzájem spolupůsobících faktorů. Mezi ty nejvýraznější patří současný status prenatální diagnostiky v moderní společnosti, který ovlivňuje způsob, jakým jsou vyšetření ženám předkládána, i roli, jakou jim samy ženy vyhrazují během svého těhotenství. Press a Browner (1997) se například přiklání k tomu, že spíše než individuální charakteristiky, které ženy vedou k akceptaci těchto forem vyšetření, je to institucionální podpora, která formuje vztah

---

<sup>20</sup> Amniocentéza je nabízena ženám, u nichž je riziko pravděpodobnosti postižení dítěte 1:250-300, často i 1:500. Vypočítaná pravděpodobnost rizika se přitom značně zvyšuje věkem matky, takže je starším ženám nabízena častěji. Starší ženy mohou častěji odmítnout vyšetření, neboť se mohou více obávat o to, že se může jednat o jejich poslední těhotenství a riziko potratu je tak pro ně neakceptovatelné. Také se v této věkové skupině častěji objevují ženy, které otěhotněly umělým oplodněním (Königsmarková 2006).

jednotlivců k prenatalní diagnostice a její interpretaci. Podle těchto autorů se v moderních společnostech vytváří prostředí, kde jsou tato vyšetření předkládána jako normální součást prenatalní péče, což často vede k tomu, že jsou tak ženami přijímána, aniž by ty byly schopné popsat skutečné důvody, proč jsou prováděna (Press a Browner 1994). Podobně i některé z mých informantek procházely vyšetřeními rutinně, aniž by byly schopné během rozhovorů zrekonstruovat za jakým účelem. Samozřejmost těchto vyšetření byla někdy ztotožňována až s povinností, jako v případě jedné z mých informantek, která uvedla: „mě jich ani moc nedělali (vyšetření), co dělají asi každý zdravý ženě bez komplikací, de facto asi povinný, co musej“. Přínos vyšetření přitom nebyl nikdy zdůrazňován, podobně jako se tyto ženy nezmiňovaly o jejich možné rizikovosti. Jejich vztah k nim byl přitom nejvíce formován dvěma faktory. První z nich, ke kterému se vrátím ještě později a který tvořil jakousi osu tohoto vztahu, bylo obecné vnímání schopností technologií a tak i odpovědnosti, kterou ženy vůči jejich zapojení do svého těhotenství pociťovaly. Druhým faktorem pak byl způsob, jakým technologie, především pak ultrazvukové vyšetření, formovaly jejich subjektivní prožívání těhotenství. V obou těchto bodech se přitom velice odlišovaly od žen, které se rozhodly některá vyšetření odmítnout. V následující části se proto pokusím přiblížit perspektivu žen, které tyto vyšetření absolvovaly rutinně a následně demonstrovat, jakým způsobem se odlišuje od postojů, žen, které některé z těchto vyšetření odmítly.

#### **5.2.4 Vidět své tělo. Ultrazvuková vyšetření a tělesnost v těhotenství**

Ultrazvukové vyšetření představuje neinvazivní formu diagnostiky, které se dostalo masivního rozšíření v rámci prenatalní péče. Rozsah jeho použití se přitom neustále rozšiřuje. Zatímco ve svých počátcích byl zaváděn především s cílem určit stáří plodu, lokalizovat placentu nebo odhalit vícečetná těhotenství, v současné době se zaměřuje také na odhalování abnormalit u plodu (Getz a Kirkengen 2003). Jak poukazuje řada autorů (Bondas a Eriksson 2001; Georges 1996; Harris et al. 2004; Mitchell a Georges 1997; Sandelowski 1994) rutinní používání ultrazvukových vyšetření v rámci prenatalní péče má také významné důsledky pro subjektivní prožívání těhotenství i společenské významy, které jsou s ním spojené. Ultrazvuk v sobě koncentruje dva důležité aspekty moderní západní kultury tím, že uspokojuje potřebu vidět, kterou zároveň podpírá vysoce ceněnou formou vědeckého poznání (Georges 1996: 158). Ultrazvuková vyšetření tak ženám poskytují

jedinečnou možnost vizuálního kontaktu s dítětem a tak i novou formu vědění o něm. Řada autorů (například Georges 1996; Harris et al 2004) tak mluví o „potěšení“ vidět dítě, které se stává nedílnou součástí těhotenství. Podobné pocity popisovaly také některé mé informantky.

To je jak televize, na to by člověk moh koukat celý den, asi by se nenabažil, to je příjemný koukat na toho človíčka v tom těle, jak se mrská, byl vidět i pohyb, zrovna i otevřel pusu, na té televizi byl vidět ten pohyb, jak jí otevře, to i člověka překvapí. Opravdu to berou důkladně. A vlastně i mě překvapilo, oni snad při tom prvním zkoumali, aby neměl rozštěp rtu, to vlastně vzali ten snímek tak, že byl vidět jako zespodu ty nosní dirky, tak to mě velice překvapilo, když to dítě je schoulený, jak dokáže najet na ten spodek toho nosu, aby to prozkoumali.

Možnost vidět dítě, které je jinak „ukryté“ v těle, má také významné dopady pro pojmání nenarozeného dítěte i tělesnosti ženy. Možnost ještě nenarozené dítě vidět otevírá prostor také pro novou konceptualizaci vztahu mezi tělesností ženy a plodem. Ještě nenarozené dítě se začíná konstituovat jako samostatná entita (Harris et al. 2004). Mitchell a Georges (1997) ve své práci popisují, jakým způsobem se během ultrazvukových vyšetření prostřednictvím lékařových komentářů a reakcí rodičů na obraz dítěte konstruuje představa plodu jako subjektu, který má již vlastní vlastnosti, a je o něm uvažováno jako by byl na těle své matky nezávislý. Tento proces má ale výrazné dopady také pro roli ženy v těhotenství. Tato představa zároveň zvyšuje morální odpovědnost ženy zajistit zdraví dítěte všemi možnými prostředky, která dále posiluje vliv lékařských autorit a technologií (Harris et al. 2004). Ženy jsou přitom na tyto autority odkázané při interpretaci ultrazvukových záznamů. Právě díky jejich komentářům k promítaným obrazům se zhmotňuje obraz dítěte, který je pro ženu do této doby většinou nesrozumitelný. Mé informantky tak měly možnost své dítě vidět, při transformaci těchto obrazů do konkrétní podoby „človíčka“ nebo dítěte, ale byly odkázané na vědění lékaře. Svou návštěvu lékaře tak například jedna z informantek popisovala následovně:

Člověk na to kouká a ten doktor vidí i to, co já bych tam neviděla. Když ho berou na tom genetě, kde ho vlastně berou hodně dopodrobna a zkoumají vlastně, aby se tam něco nedělo a když třeba řeknou tady má žaludek, tady má játra, člověk tam viděl takový černý a bílý klikyháky a oni, kdyby to neřekli, tak by mě ani nenapadlo co to tam je. Člověk jako je překvapenější, co vlastně ti doktoři všechno nevidějí, takže je to takový příjemný na to koukat, člověk pozná hlavu, ruce, nohy, tělo a jinak moc nevidí, doktoři jsou na to školení....vlastně tam nám ukázali, tam nám najeli na srdce, ukázali tady má levou chlopuň, pravou komoru, levou komoru a vlastně byl vidět i průtok krve, to tak dali takový barevný, tam blikaly takový světla, červená,

zelená, modrá a ona povídala, že takhle proudí ta krev v tom, takže to opravdu člověk byl překvapenější, co všechno nedokážou najít na tom těle a prozkoumat, aby opravdu tam bylo všechno v pořádku.

Sandelowski (1994: 219) tak v této souvislosti tvrdí, že ultrazvuková vyšetření udržují „určitá patriarchální uspořádání moci a autority“ tím, že staví ženy do role té, jejíž tělo je nejen pozorováno, ale také podřizováno disciplinaci. Práce Mitchell a Georges (1997: 381) pak prostřednictvím analýzy konzultací během ultrazvukových vyšetření ukazuje, jak jsou ženská těla v souvislosti s možností provedení vyšetření podřizována kontrole a jak jsou kritizována, pokud například kvůli své hmotnosti vyšetření znesnadňují.

Ultrazvuková vyšetření navíc přináší novou formu poznání plodu, která je založena na privilegovaném expertním vědění. Možnost ženy vnímat nenarozené dítě, které bylo v minulosti pouze otázkou vztahu k vlastní tělesnosti, tak díky ultrazvukům získává konkurenta v možnosti dítě posuzovat nezávisle na těle matky. Informace získaná z ultrazvuku jsou navíc vnímána jako hodnotnější v porovnání s údaji, které o svém těle lékařům poskytuje sama žena (Sandelowski 1994).

V této souvislosti také někteří autoři (Bondas a Eriksson 2001; Harris et al. 2004; Sandelowski 1994) upozorňují na potenciál ultrazvukových vyšetření transformovat mužskou i ženskou zkušenost těhotenství. Přítomnost otce dítěte se stává nedílnou součástí těchto vyšetření a prostředkem jak umožnit muži zprostředkovat kontakt s dítětem, který byl v minulosti otázkou pouze ženské tělesnosti. Sandelowski (1994) tak na základě svého výzkumu konstatuje, že ultrazvuková vyšetření minimalizují speciální postavení žen k dítěti a zbavují ji jejího privilegovaného pouta k němu. Ukazuje přitom, jak se partner, pokud je během ultrazvukových vyšetření přítomen, stává centrální osobou, na kterou se lékař obrací, neboť žena má díky tomu, že je to její tělo, které je pozorováno, sníženou možnost obraz na monitoru skutečně pozorovat a reagovat tak na lékařovy komentáře k němu.

Přítomnost partnera při ultrazvukových vyšetřeních se stávala důležitým momentem i pro mé informantky. Partneři v jejich výpovědích přitom často vystupují v porovnání se samotnými ženami jako mnohem aktivnější jak s ohledem na „těšení“ se na možnost vizuálního kontaktu s dítětem, tak v souvislosti s potřebou uchovávat si tuto zkušenost ve formě fotografií. Jedna z informantek hovořila dokonce o tom, že toto její druhé těhotenství prožíval partner úplně jinak a více se v něm angažoval. Tuto skutečnost přičítala právě možnosti sdílení zkušenosti těhotenství prostřednictvím ultrazvukových vyšetření, která tentokrát absolvovali všechna společně a také jeho přítomnosti u porodu



prvního dítěte. Tato informantka hovořila o tom, že tyto zkušenosti partnera „nějak nabudily“.

Přístup k ultrazvukovým vyšetřením byl tedy u všech mých informantek, které akceptovaly všechny nabízená vyšetření, veskrze pozitivní. Tato vyšetření vnímaly jako příjemnou součást těhotenství, na kterou se těšily a která jim poskytovala důležitý vizuální kontakt s dítětem. I v rámci samotných rozhovorů bylo vidět nadšení, s jakým ženy o této své zkušenosti hovořily. Ačkoliv ultrazvuková vyšetření jsou jen jedním druhem nabízených vyšetření, jež navíc svým masivním rozšířením, akceptací i specifickým typem dat, které poskytují, představují specifický typ diagnostiky, domnívám se, že rozdílný přístup k němu u žen, které vyšetření odmítaly, mnohé vypovídá i o jejich vztahu k technologiím a tělesnosti obecně, o kterém věřím, že je jedním z klíčů k pochopení důvodů, jež je vedly některá vyšetření odmítnout. Zatímco ostatní ženy procházely ultrazvukovými vyšetřeními rutinně a zdůrazňovaly potěšení, které jim tato vyšetření přinášela, ženy, jež některá screeningová vyšetření odmítaly, se k nim stavěly rezervovaně. Ultrazvuková vyšetření přitom představují typ neinvazivní diagnostiky nejčastěji používaný pro zjištění stáří plodu, umístění placenty, ale také pro diagnostiku vrozených vad například v případě Downova syndromu. Prvním povinným ultrazvukovým vyšetřením prováděným do dvacátého druhého týdne těhotenství, jehož cílem je právě detekce vrozených vad, prošlo v roce 2005 v České republice 93.7% všech těhotných žen. Podobně vysoké číslo je u druhého povinného ultrazvuku, který má detekovat hypotrofii plodu. Většina žen v České republice ale absolvuje větší počet ultrazvukových vyšetření<sup>21</sup>.

### **5.2.5 Moje tělo – vnímání technologií skrze vlastní tělesné pocity**

Oproti jiným invazivním vyšetřením jako je například amniocentéza, kde se objevuje možné riziko poškození plodu či ukončení těhotenství<sup>22</sup>, jsou ultrazvuková vyšetření považována za bezpečnou formu diagnostiky, která nijak neohrožuje zdraví ženy ani plodu. I mé informatky, které se rozhodly některé jiné prenatalní sceney odmítnout, povinná ultrazvuková vyšetření absolvovaly. Jejich přístup k nim se ale radikálně lišil od

---

<sup>21</sup> Zdroj: Rodička a novorozenec 2005: 15-16

<sup>22</sup> Zhruba v jednom procentu případů končí těhotenství z důvodů předčasného odtoku plodové vody nebo zanesením infekce v důsledku zákroku potratem. K potratu může dojít až tři týdny po provedení vyšetření. Ve výjimečných případech se komplikace vzniklé v důsledku vyšetření objevit až při porodu (Konigsmarková 2006: 6).

žen, které je vnímaly jako rutinní a příjemnou součást prenatalní péče. Tyto ženy sice ultrazvuky neodmítaly, ale snažily se alespoň jejich počet minimalizovat. Pocity, které se vzpomínkou na tato vyšetření spojovaly, byly přitom diametrálně odlišné od ostatních žen. Průběh vyšetření popisovaly jako nepříjemný. Aspekty, které ostatní ženy zdůrazňovaly jako pozitiva, jako například možnost vidět nenarozené dítě nebo možnost detailně si jej prohlížet a slyšet lékařův komentář k tomu, co jednotlivé části obrazu ukazují, vnímaly jako zbytečné nebo dokonce nepříjemné, jak je patrné i v následujících citacích paní Katky:

Ale pak jako v tom pozdním stádiu ty ultrazvuky, to bylo... prostě tři čtvrtě hodiny jezdili po tom břichu, teď člověk už jako nemůže moc ležet, tak to bylo úplně... Já jsem prostě hrozně nechtěla vidět to dítě, mě to přišlo hrozně... pozorovat nenarozené dítě... a teď když ještě nevím, jak to všechno dopadne..... Možná že jako když ti doktoři, když už mě jako vyšetřovali kvůli těm problémům, tak když už jsem tam byla, tak se mě možná snažili ne jako rozveselit, ale že se snažili o tom tak bavit nezávazně nebo něco. Tak to mě taky spíš štvalo, protože jsem si říkala ať se radši zajímají, co je s tím dítětem, mě nezajímají žádný ultrazvuky. A on tam něco, já tady vidím nějaké drobné podobnosti nebo něco, taková blbost. To mě rozčílilo teda spíš, jsem si říkala ať už to rychle se podívá a už mě jako nechají, bylo mi to takové hrozně nepříjemné.

Paní Ivana například během rozhovoru odsuzovala ženy, které chodí na ultrazvuky kvůli potěšení a naopak zdůrazňovala aspekt možného rizika spojeného s ultrazvukem:

Já rozhodně nejsem příznivcem toho na ty ultrazvuky chodit se podívat, jestli je to všechno v pořádku jen tak jako z plezíru. Já si myslím, samozřejmě to není nikde prokázáno, ale myslím si, že pro to dítě to úplně dobrý není, takže chodit na to víckrát než, já nevím, já jsem byla třikrát během toho těhotenství.

Jedním z klíčových momentů, který výpovědi těchto žen o ultrazvukových vyšetřeních odlišoval od ostatních, bylo odlišné uchopování vlastní tělesnosti i tělesnosti dítěte. Zatímco ostatní informantky se v rámci pasáží věnovaných ultrazvukovým vyšetřením soustředily především na pocity radosti z možnosti vidět dítě, tyto ženy v rozhovorech hovořily o vlastních tělesných pocitech. Tento zážitek popisovaly prostřednictvím komplexnějších prožitků odvozených z jejich tělesného vztahu s dítětem. Jedna z informantek například popisovala následující zkušenost s vyšetřením:

A tak jsem tam (na ultrazvukovém vyšetření) teda byla a samozřejmě to miminko bylo tak malinký, že jsem necejtila nějaký pohyby nebo něco, ale jakmile na mě začli jezdit tím ultrazvukem a různě mě měřili, tak to miminko tam sebou strašně mrskalo a to tak, že i sestřička říkala ježišmarjá, aby někam neulítlo, protože to tam mělo spoustu místa, tak to udělalo... někde tam bylo, to bylo krásně vidět, to bylo pěkný, protože teď už

tam není vidět, prostě je tam už jenom jako výřez, tak úplně odskočilo, tak jsem si říkala, že si myslím, že ani ty vlny nejsou moc dobrý, možná že to nějak cejtí.

V této citaci je patrné, že informantka interpretovala svou zkušenost s ultrazvukovým vyšetřením prostřednictvím vlastních tělesných pocitů. Důležitost vizuálního spojení s dítětem, tak často zdůrazňovaná v ostatních rozhovorech, byla téměř irelevantní v porovnání se subjektivní tělesnou zkušeností, jež žena interpretovala prostřednictvím vlastního vědění nezávisle na technologii. Společným rysem přístupu těchto žen byl především důraz na komplexnější vnímání podmětů svého těla, které byly často považovány za mnohem důležitější než informace, které mohly získat prostřednictvím vyšetření. Vlastní koncepce tělesnosti a s ní související vědění se přitom dostávaly do nesouladu s nároky, které na jejich těla některá vyšetření kladla. Nesoulad mezi těmito odlišnými prvky problematizoval „samozřejmost“ vyšetření tím, že je zasazoval do odlišného kontextu toho, co pro ženské tělo i nenarozené dítě daný zásah, který byl z medicínského hlediska vnímán jako neškodný nebo málo rizikový, znamená. Tyto ženy přitom tento pohled aplikovaly i na ostatní vyšetření. Paní Ivana se tak při své argumentaci o nepřipustnosti amniocentézy opírala o vlastní představu toho, jak dítě odebrání plodové vody vnímá. Tuto představu přitom nestavěla na možnosti rizika potratu, která je v této souvislosti často zmiňovaná, ale na vlastní koncepci tělesnosti, kde byl průnik jehly do prostoru, kde je dítě, vnímán jako nepřipustný.

Protože pro mě je docela nepřijatelný \_ aby do toho prostoru, kde to miminko je pronikala nějaká jehla. Já vím, že se nemusí nic stát, ale já to беру jako narušení nějakýho vesmíru, kde to dítě je, vůbec netuší, že tam najednou plave nějaká jehla a odebírá mu něco.

### ***5.3 Vtělené vědění jako alternativní zdroj vědní o vlastním těle***

V souvislosti s poznatky nastíněné v předešlé kapitole můžeme hovořit o tom, že tyto ženy stavěly své postoje k těmto technologiím na jiném vědění, které mohlo být v mnoha případech s lékařským vědění v rozporu. Zdá se, že tyto ženy opíraly svůj vztah k prenatalní diagnostice spíše o vlastní vtělené vědění (embodied knowledge), které odkazuje k subjektivně formovanému vědění odvozeného z vnímání vlastní tělesnosti a procesů, které v těle probíhají (Belenky et. al. 1986; cit. Browne a Press 1996: 142). Tato forma vědění se u žen konstitovala jako alternativa k vědění lékařskému, které prováděná

vyšetření a zákroky popisovalo a interpretovalo v odlišných termínech. Tyto ženy se při konstruování vědění o svém těle opíraly o odlišné představy, které se těsněji vztahovaly k jejich subjektivním tělesným pocitům, kterým připisovaly mimořádnou relevanci. Informace, jež jim prenatální vyšetření mohly poskytnout, se tak ve světle tohoto vědění stávaly přinejmenším méně privilegované, v některých případech pak úplně zbytečné. Informace z vyšetření byly ve světle této jiné formy komplexního uvažování o tělesnosti viděny jako nedostatečné, protože nebyly schopny do sebe inkorporovat jiné formy vědění vycházející právě z vlastních subjektivních pocitů a představ o vlastním těle a těhotenství. V některých rozhovorech tak technologie vystupovaly jako něco, co ženy, ale i samotné lékaře vzdaluje možnosti rozpoznat příčiny některých obtíží. Do tohoto kontextu lze zasadit i vyprávění Paní Katky, která v rozhovoru mluvila o obtížích se stolicí, které ji provázely pár dní před porodem.

Že jsem chodila celý týden každou druhou hodinu na velkou, furt, tak jsem si říkala ježíš tohle, co to je. Jsem si říkala, že to určitě něco musí znamenat, tak na tej poslední kontrole jsem to říkala tomu doktorovi a on jako vůbec nezám, nic. A teď jsem si jako vymyslela teorii, že prostě bylo jasné, že to tělo už se na to připravovalo, že vydávalo to... a prostě taková přirozená věc, že ten doktor, jak byl zavalenej tím ultrazvukem a všim, co tam musí jako vyměřšlet, tak na takovou normální věc nebyl schopnej reagovat, že by mi řek já tak to by mohlo už znamenat. ....Jasný, že jsou tam superspecialisti, každej se snaží zachránit život, tak to zase nemůžu na ně nadávat, ale prostě se v tom úplně ztratí, když jsou v té medicínské... prostě pozorujou a jako se snaží hrozně vykoumat, jestli najdou nějakou vadu. Pak takové věci tam úplně zmizí.

Paní Katka v této výpovědi popisuje technologie jako překážku plnohodnotného zapojení bezprostředních tělesných pocitů do medicínské uvažování o těhotenství. Technologie v tomto úryvku vystupují jako bariéra, která se staví mezi tělesné pocity ženy, jež mohou být považovány za bezprostřední signál vypovídající o zdravotním stavu ženy.

Domnívám se, že výpovědi žen, které odmítaly některá prenatální vyšetření, ukazují na mnohovrstevnatost zdrojů, o které se opíralo jejich vědění vztahující se k pocitům v rámci těhotenství a jeho průběhu. Pro každou sféru kultury existuje několik systémů vědění. Některým z nich se ale dostává větší vážnosti proto, že jsou v dané situaci efektivnější či proto, že se opírají o silnější mocenskou strukturu. Jordan (1993 cit. in Davis-Floyd a Sargent 1996) ve své studii věnované porodní a předporodní péči označuje právě medicínské vědění produkované delegovanými specialisty a technologiemi za takovéto autoritativní vědění. Ustavování autoritativního vědění v sobě nutně nese také potřebu zavrnutí jiných alternativních zdrojů vědění. Ti, kteří se přeci jen na tyto zdroje

odvolávají, jsou považováni za zaostalé, naivní či potíživisty. Do této situace se dostávaly i některé mé informantky, které se rozhodly některá vyšetření odmítnout. Odmítnutí některých vyšetření představovalo v rámci medicínského systému, který byl navíc po dlouhou dobu deformován paternalistickým a silně mocenským přístupem ke klientkám, především odmítnutí autoritativního vědění zhmotnělého ve výstupech lékařských technologií.

Jak ve své studii ukazují Browner a Press (1996: 144) ne všechny ženy akceptují autoritativní medicínské vědění jako jediné legitimní. Ačkoliv se dívají na prenatální péči především jako na „proces medicínské socializace, ve kterém poskytovatelé učí těhotné ženy svým vlastním interpretacím symptomů, které ženy zažívají během těhotenství a významům, které by jim měly přikládat“, zároveň ukazují, že ženy touto socializací neprocházejí jen jako pasivní účastnice. Tyto ženy nepřístupují k medicínské autoritě nekriticky, ale naopak ji samy aktivně hodnotí. Browner a Press přitom tvrdí, že je to právě vtělené vědění, které ovlivňuje názor některých žen na autoritativní vědění. Autoritativní vědění bylo ženami akceptováno pouze pokud zapadalo do souboru vědění, které se odvolávalo na jejich vlastní tělesné pocity, předchozí zkušenost těhotenství nebo jejich každodennosti. Biomedicínské vědění jim poskytovalo důležitý rámec pro interpretaci nových a nečekaných tělesných změn. Podobný postoj je vidět i ve vyprávění paní Ivany, která systematicky odmítala některá vyšetření.

Já si připadam zdravá, normální, nic mi není, žádný problémy nemam a nevím proč bych musela chodit na nějaký speciální vyšetření, který mi připadá docela drastický. Ttaky jsem byla na nějakým tom glukózovým testu, jak tam pijete tu glukózu. Mě z toho bylo docela špatně. Samozřejmě se ukázalo, že všechno je v pořádku, odbourávám cukr v pohodě a tak, ale myslím si, že to je jedna z těch věcí, který jsou úplně zbytečný. Řekla jsem si dobrý, nebudu dělat zase nějaký problémy. Otejkaly mi nohy, říkala jsem si třeba s tím cukrem to má něco společnýho, dobře pudu tam.

Paní Ivana se rozhodla glukózový test absolvovat jen proto, že pro ni představoval akceptovatelnou zátěž pro její tělo a zároveň proto, že se u ní objevily komplikace, které určitým způsobem vybočovaly a pro jejichž vysvětlení poskytovalo medicínské vědění vhodný interpretační rámec.

### 5.3.1 Být správnou matkou - Lékařské technologie a normy mateřství

Problematický vztah k používání lékařských technologií, který zahrnoval i tak obecně vysoce akceptovatelné ultrazvukové vyšetření je nutné vnímat právě v kontextu vztahu těchto žen k vlastní tělesnosti a roli, kterou by technologie a širěji autoritativní medicínské vědění mělo zaujímat. Domnívám se, že tyto ženy svým rozhodnutím nedemonstrovaly odmítnutí technologií samotných, ale především odmítnutí jejich hegemonie nad určováním toho, jakým směrem se těhotenství má ubírat. Tyto mé informantky odmítaly především představu, že jsou to pouze technologie a medicínské vědění, kdo určuje, zda je s jejich tělem něco špatně či zda danou intervencí vůbec potřebují. Technologie pro ně neposkytovaly informace, které by byly z hlediska prožívání jejich těhotenství relevantní. Paní Jana se například zmiňovala o svém pohledu na Downův syndrom, jehož včasné diagnostikování je hlavním cílem vyšetření plodové vody.

Hlavně šlo o to, já si myslím, proč jsem odmítla i tu amniocentézu, já si myslím, že mít dítě s Downovo syndromem není tak hrozný, protože Downi jsou šťastný. Já mam kamarádku, která má dítě s Downovo syndromem a je absolutně skvělý, jako jo, je pomalejší, ale prostě vůbec mně nepřijde, že by... je to supr dítě. Podle mě jsou daleko horší diagnózy, který se na tý amniocentéze ani nenajdou.

Technologie v pohledu těchto žen nepředstavovaly zdroj privilegovaného vědění, ani jako prostředek, jak zajistit pro sebe a dítě dostatečnou péči. Tato skutečnost nejvíce kontrastuje právě s výpověďmi žen, které prenatalní vyšetření a testy absolvovaly rutinně. V rozhovorech s nimi se shodně objevovaly dva motivy, o nichž opíraly svou úplnou akceptace technologií a lékařského vědění. Prvním z těchto motivů byl strach ze zanedbání péče o dítě. V rámci této rétoriky vystupovaly technologie jako demonstrace toho, že žena o své dítě dbá a že dělá vše pro to, aby bylo v pořádku. Absolvování vyšetření tak vystupovalo téměř jako imperativ, který ženy, jež se rozhodly vyšetření neabsolvovat, stavěl do role „horších“ nebo přinejmenším méně uvědomělých matek.

Druhým motivem objevujícím se ve zdůvodnění akceptace vyšetření byla samotná víra v technologie. Tato víra se přitom nevztahovala pouze na schopnost technologií případný problém detekovat, ale také ho vyřešit. Tento aspekt je zvláště zajímavý, přihlédneme-li k argumentaci, kterou používal lékařský personál při diskuzích s ženami, které vyšetření odmítaly. V této argumentaci vystupovalo možné podstoupení potratu jako hlavní důvod, proč vyšetření absolvovat. Ve výpovědích žen, které vyšetření podstupovaly

rutinně, se ale naopak objevovala představa o tom, že podstoupení vyšetření umožní možný problém vyléčit. Oba dva tyto motivy se objevují například v úryvku z rozhovoru s paní Lucíí:

Já bych asi nedokázala odmítnout (vyšetření), třeba kdyby se něco stalo, tak bych si to pak vyčítala, že kdybych šla a oni by to zjistili, tak by to přeléčili nebo něco by s tím udělali a to dítě by třeba bylo dobrý. Takže jsem chodila, kdyby potom něco bylo, tak bych si to opravdu vyčítala, že se to mohlo ovlivnit a že třeba mou leností, že člověk nechtěl, nešel, tak se to nemohlo ovlivnit a člověk ponese následky třeba celý život.

Postoj těchto mých informantek tak potvrzuje pohled Bridgitte Jordan (1993 cit. in Davis-Floyd a Sargent 1996), která píše o tom, že autoritativní vědění není pouze akceptováno, ale že jsou to především konkrétní individua, kdo se aktivně, ale přitom nevědomky, podílí na jeho každodenní produkci a reprodukci. Tyto ženy svým postojem stvrzovaly autoritu lékařských technologií a zároveň je zasazovaly do normativního rámce mateřství. Podstoupení všech vyšetření a absolvování testů bylo v jejich výpovědích úzce svázáno nejen s úlohou technologií v rámci těhotenství, ale také s jejich vlastní rolí (budoucích) matek.

Paní Jana během rozhovoru mimoděk pronesla: „Dřív se o žádnéjch rizicích nemluvalo, nebo mluvalo se o nich, až když byly potvrzený, stalo se tohle a tohle a ne dopředu, teď vám uděláme testy na tohleco, na támhleco. Ne, prostě mi přijde, že by bylo možná lepší bejt těhotná tak před třiceti lety. I když taky ne úplně.“. Tuto pasáž jsem si z rozhovoru zapamatovala velice dobře. Paní Jana v ní jasně, i když pravděpodobně neúmyslně, vystihla ambivalentnost prenatalních testů. Prenatální diagnostika bezesporu otevírá prostor pro informovanější rozhodnutí žen ohledně svého mateřství. Zároveň ale, jak jsem se pokoušela ukázat v této kapitole, tento prostor rámuje normativními očekáváními vztahujícími se k roli žen v těhotenství a hodnotou autoritativního medicínského vědění. Zpřítomňuje přitom rizika, které jsou často odhadována jen na základě pravděpodobností.

V této kapitole jsem se věnovala zkušenosti některých mých informantek s odmítnutím vyšetření. Dívala jsem se na ni přitom v kontextu motivů, které vedou jiné ženy k tomu, aby jimi procházely rutinně. Domnívám se, že prenatalní diagnostiku a lékařské technologie obecně je potřeba vnímat jako důležitou součást ustavování autoritativního vědění. Není pochyb o tom, že prenatalní diagnostika zásadním způsobem

ovlivňuje zkušenost těhotenství i, jako například zřetelně v případě ultrazvukových vyšetření, vnímání vlastní tělesnosti. V této práci jsem se zabývala zkušeností mých informatek s jejím odmítnutím rovněž proto, se jsem přesvědčena o tom, že vypovídá nejen o jejich vztahu k vlastnímu tělu, ale také o současném pojmání žen jako aktérek v rámci prenatalní péče. Možnost odmítnout některá vyšetření znamenalo pro mé informantky nutnost namáhavě vyjednávat svou pozici vůči lékařským autoritám. Tyto ženy popisovaly toto vyjednávání jako namáhavý proces, který je použitým typem argumentace opírajícím se právě o diskurs rizikovosti, stresoval. Tuto jejich zkušenost je přitom nutné interpretovat také v kontextu historického vývoje českého systému zdravotnictví. Tyto ženy svým rozhodnutím do tohoto systému vstupovaly jako jasné aktérky. Zároveň svým postojem určitým způsobem zpochybňovaly autoritu lékařského vědění. Oba tyto aspekty je, zvláště v českém systému deformovaném specifickým společenským vývojem, který značně limitoval právo (nejen) žen o poskytované péči spolurozhodovat, stavěly do velice problematické pozice.

Zkušenost těchto žen s odmítnutím některých vyšetření zároveň demonstruje komplexitu vztahu žen ke svému tělu v těhotenství. Jak jsem se snažila ukázat v této části své práce, rozhodnutí těchto žen vyšetření nepodstoupit úzce souviselo s jejich pohledem na vlastní tělesnost a jejich vztahování se k vědění získaného prostřednictvím technologií. Ženy, se kterými jsem hovořila a jež se rozhodly daná vyšetření nepodstoupit, se lišily v mnoha osobnostních charakteristikách, v jejich výpovědích lze ale vysledovat velice podobný způsob vnímání lékařských technologií a především výraznou tematizaci vlastních tělesných prožitků jako důležitého mechanismu ovlivňujícího jejich ochotu daná vyšetření podstoupit. Tyto ženy interpretovaly vyšetření skrze vlastní konceptualizaci svého těla a tak zároveň čelily autoritativnímu medicínskému vědění jako jedinému zdroji vědění o svém těhotenství. Jejich zkušenost demonstruje silnou provázanost lékařských technologií, diskursu mateřství, konstrukce autoritativního vědění a představ o „vhodném“ těle. Zkušenost žen, které prenatalní diagnostiku odmítaly, ale zároveň ukazuje ženy jako aktérky, které tuto provázanost kriticky hodnotí a které jsou schopné svou agency v systému prosazovat.



## 6 MATEŘSTVÍ V KONTEXTU RIZIKA

V roce 2007 rozhodl soud v Texaském Austinu o tom, že Terence Lawrence půjde do vězení za dvojnásobnou vraždu. Událost v dnešní době nijak neobvyklá a na první pohled zcela mimo kontext této práce. Terence Lawrence si ale svůj trest dnes již pravděpodobně odpykává za vraždu své přítelkyně, která byla ve druhém měsíci těhotenství. Verdikt soudu byl v mnohém překvapivý. Z medicínského hlediska nebyl plod díky svému stáří životaschopný. Soud obhajoval svůj verdikt tím, že povinností státu je chránit i nenarozené děti bez ohledu na to, v jakém stádiu se plod nachází. Zároveň si byl soud ale velice dobře vědom zásadnosti tohoto verdiktu, který mohl hluboce zasáhnout do současných reprodukčních práv žen i představ o hranici života. Svůj výrok proto neoznačil za precedens a trval na tom, že nijak neohrožuje právo žen na interrupci<sup>23</sup>.

Důvod, který mě vedl k tomu začít tuto kapitulu odkazem právě na tento případ, nesouvisí ani tak se zmiňovanými otázkami, jež rozsudek soudu vyvolává. Cílem této práce není zabývat se otázkami pro-life a pro-choice diskursu či se jinak zamýšlet nad etickými otázkami interrupce. Tato kapitola je věnována mateřství, a ačkoliv by se na první pohled mohlo zdát, že tento texaský případ s ním vůbec nesouvisí, domnívám se, že mnohé nepřímě vypovídá o samotném konstituování představy mateřství ve chvíli, kdy je dítě ještě součástí těla matky. Zkušenost těhotenství je vždy úzce spojena s koncepty mateřství. Toto spojení je přitom ambivalentní, neboť žena se nachází v určitém pomezím období. Haškova (2001) toto období interpretuje skrze schéma přechodových rituálů Arnolda van Gennepa. Těhotenství lze považovat za jakési liminární období, kdy žena opouští svůj původní status, ale zároveň ještě nezískala nový. Ostatní stvrzují její výlučné postavení tím, že se k ní chovají odlišným způsobem a sama žena je v období těhotenství pojímána jako asexuální. V moderní společnosti je odlišné postavení těhotných žen provázeno jejich vyloučením z určitých aktivit. Porod je rituálem přijetí, kdy je žena znovu uvedena do svého původního stavu nebo je jí v případě žen, které porodily své první dítě, přidělen nový status – status matky. Odsouzení člověka za vraždu nenarozeného dítěte ale naznačuje, že separace plodu a matky začíná v dnešní společnosti ještě před samotným narozením. Pokud společnost přistupuje na představu plodu jako samostatného subjektu,

---

<sup>23</sup> Více informací o případu lze nalézt například na: [http://zpravy.idnes.cz/texasan-zabil-tehotnou-odpyka-si-dve-vrazdy-fzb-/zahranicni.asp?c=A071122\\_163052\\_zahranicni\\_ad](http://zpravy.idnes.cz/texasan-zabil-tehotnou-odpyka-si-dve-vrazdy-fzb-/zahranicni.asp?c=A071122_163052_zahranicni_ad) (accessed 23.5.2008)

který je oddělitelný od těla matky, pak musí rovněž docházet k společenské transformaci mateřství nebo minimálně počátku toho, kdy se žena matkou stává. Tyto představy tak zásadně ovlivňují i očekávání kladená na ženy v souvislosti s jejich mateřskou rolí během těhotenství. V následujících kapitolách se proto pokusím zmapovat způsoby, jakými se představy mateřství odrážejí v pojmání těhotenství. Zaměřím se přitom především na dva aspekty, které považuji za významné s ohledem na konstrukci diskursu mateřství v těhotenství. První z nich představuje konstituování plodu jako samostatné entity, která je ale zároveň odkázaná na tělo ženy. Toto spojení staví ženu v těchto představách do pozice, kdy je plně odpovědná za zdraví dítěte. Zmíněný aspekt úzce souvisí i s druhou rovinou konstrukce mateřství během těhotenství, které bych se chtěla v následující části věnovat. Jak se pokusím ukázat později, představa plodu jako samostatného subjektu a ženy jako té, jež je odpovědná za jeho stav vytváří prostředí, kde je ženské tělo a chování disciplinováno právě prostřednictvím role odpovědné matky. V souvislosti se subjektivním prožíváním těhotenství mých informatek přitom vyvstává další řada závažných otázek vztahujících se k důsledkům, které může mít přítomnost rizik a komplikací v těhotenství pro vnímání role matky. V kontextu těchto mechanismů konstrukce představ mateřství se proto v další části pokusím odpovědět na to, jakým způsobem diskurs rizikovosti ovlivňuje subjektivní zkušenost těhotenství a jak se promítá do způsobů, jakým ženy mluví o svém mateřství a jak ho prožívají. Pokusím se popsat mechanismy, jakými ženy vyjednávají své mateřství v kontextu rizikovosti a zároveň nastínit jejich vzájemné propojení s medicínským systémem a dominantním diskursem mateřství.

### ***6.1 Samostatný člen rodiny. Kdo za něj ale zodpovídá?***

Popis způsobu, jakým je plod konstituován jako samostatný subjekt jak v obecných představách, tak v medicínském diskursu, není v sociálních vědách novým fenoménem. Již studie Colleen Stainton z roku 1985 poukazuje na to, že američtí rodiče si vytváří představu ještě nenarozeného dítěte jako osoby, která je oddělitelná od těla matky. Její výzkum ukázal, že oba rodiče interagují s nenarozeným dítětem během těhotenství jako s nezávislou osobností, která má vlastní charakterové vlastnosti. Pohyby plodu a jeho reakce pak interpretovali s ohledem na tuto představu o povaze dítěte. Stainton (1985: 235) ve své studii nazvala plod „samostatným členem rodiny“ ještě před jeho samotným narozením a apelovala na specialisty pracující s budoucími rodiči, aby tomuto vztahu věnovali zvláštní

pozornost. Stainton na tento fenomén upozorňovala ještě v době, kdy nebylo rozšířené plošné používání ultrazvukových vyšetření v těhotenství. Řada autorů (například Georges 1996; Harris et al. 2004; Sandelowski 1994) přitom poukazuje na to, že jsou to právě tato vyšetření, která novým způsobem a v masivním měřítku přispívají k utváření představy plodu jako samostatného individua.

Tato představa přitom nezasahuje pouze do subjektivního vnímání plodu rodiči. Nicole Isaacson (1996) prostřednictvím analýzy proměň učebnic pro gynekology a porodníky ukazuje, jakým způsobem se proměňovala konceptualizace plodu v těle matky. Všímá si přitom především dvou změn. První z nich je postupující diferenciacce plodu, který je postupně oddělen od těla matky. Druhým trendem je postupné utváření nové kategorie, kterou Isaacson nazývá *fetus-infant* (plod-dítě). Rozdíl mezi vnímáním plodu a narozeného dítěte se podle ní neustále stírá a postupně se přetváří do jediného pojmu. Tyto odborné texty tak diskursivně konstruuji novou medicínskou kategorii, která směšuje předchozí dvě budované na vzájemné odlišnosti. Lee a Jackson (2002) dokonce hovoří o konstituování nového oboru „medicíny plodu“ („*fetal medicine*“), v jejímž rámci je plod konstituován jako pacient s vlastními právy a těhotné tělo jako prostředek k jeho uchopení. Podle těchto autorek tak dochází k posilování dvou předpokladů. Tím prvním je představa těla matky jako pouhého „inkubátoru“. Druhým jsou očekávání, která jsou na matku kladena a která předpokládají, že je matka vždy připravená vzdát se své tělesné autonomie a umožní lékařům plnit jejich prvořadou povinnost, tj. starat se o svého (ještě nenarozeného) pacienta. Lee a Jackson tuto medicínskou praxi popisují na příkladu studií, jež analyzovaly obsah nových edic učebnic pro gynekology a porodníky. Ty tuto změnu priorit ilustrují na stále zvyšujícím se počtu stránek věnovaných péči o plod, zatímco prostor věnovaný péči o ženu se neustále zmenšoval.

Vnímání plodu jako samostatného subjektu má několik zásadních důsledků nejen ve vztahu k plodu, ale také pro ženy, které plod ve svém těle nosí. Plod se skutečně stává individuem se svou vlastní biografií, která začíná ještě dříve, než se dítě poprvé nadechne čistého vzduchu. Alba fotografií dnes běžně obsahují fotografie, které by mohly být datovány se znamínkem mínus a které tuto biografii fakticky zpřítomňují. Slovy Isaacson (1996: 461) dochází k „zasazené „dětství“ do dělohy“. Tato skutečnost může mít ale také hluboké důsledky pro vnímání role ženy v těhotenství a její vztah k plodu. Jak upozorňuje Abby Lippman (1994: 22) utváření představy plodu jako samostatného a oddělitelného subjektu vytváří rovněž prostor pro konstituování jeho nezávislých zájmů a práv, které

nemusí být spojovány se zájmy matky. Těhotné ženy tak mohou být podřizovány povinnostem, pravidlům a regulacím stanovovaným v zájmu ochrany práv plodu.

Na základě těchto studií tak můžeme bez obav konstatovat, že odpovědnou matkou se žena stává již během těhotenství. Tato odpovědnost je ale do značné míry formována a spoluutvářena i regulativními praktikami a procesy medikalizace ženského těla. Tyto praktiky a procesy se přitom stávají internalizovanou součástí průběhu těhotenství. Jejich síla není založena na případných sankcích, které by ženy mohly čekat, pokud by nenásledovaly lékařská doporučení a svým jednáním ohrozily zdraví plodu, ale tkví v aktivním zapojení žen. Těhotné ženy jsou prostřednictvím odborných i populárních textů, médií a rad lékařů vybízeny k tomu, aby prostřednictvím vhodných technik přispívaly ke zdraví plodu. Stále více odborných studií se zaměřuje na vliv životního stylu matky na zdraví plodu. Propagace těchto informací neustále vyzývá ženy, aby jednaly zodpovědně – to znamená v souladu s medicínskými doporučeními. Váha tohoto expertního vědění vede k tomu, že těhotné ženy samy participují na kontrole svých těl prostřednictvím zvnitřnělé sebekontroly. Lee a Jackson (2002: 125) tak tvrdí, že rozšíření informací ohledně způsobů jak maximálně podpořit zdraví plodu je dobrým příkladem dvojí role vzdělávání ve vztahu k vlastnímu zdraví. Na jednu stranu se ženy stávají informovanými a mohou tak činit kompetentní rozhodnutí. Na druhou stranu ale tyto informace působí také jako vše prostupující systém kontroly, který se stává silným stimulem k vlastní sebekontroli. Ve chvíli, kdy těhotná žena nepřizpůsobuje svůj životní styl a chování těmto doporučením, je konstruována jako někdo, kdo je potenciálně morálně odsouzeníhodný za nedostatek sebekontroly (Lee a Jackson 2002).

V souvislosti s preventivními programy cílenými na zdraví nenarozeného dítěte upozorňují Lee a Jackson (2002: 126) na tendence individualizovat rizika ohrožení plodu a vztahovat je primárně k chování, které žena sama může ovlivnit. Odpovědnost i samotná možnost ovlivnit zdraví plodu je vztahována výlučně k jednání matky, zatímco vlivy okolí či znečištění prostředí, které spadají do kolektivní odpovědnosti, jsou opomíjeny. Marshall a Woollett (2000: 361) na analýze textů určených těhotným ženám ukazují, že tento způsob individualistické konstrukce rizik s sebou nese také rétoriku obviňování, která se koncentruje kolem postavy matky. Jsem přesvědčena o tom, že odpovědnost a s ní spojená vina za zdraví dítěte, na které upozorňují zmíněné studie, jsou klíčové i pro současný dominantní diskurs mateřství, jež rezonuje i v představách o roli matky v těhotenství. Jejich relevance je o to větší, díváme-li se na zkušenost těhotenství, která je poznamenána komplikacemi a rizikovostí. Domnívám se, že konstrukce mateřské odpovědnosti za dítě,

zvláště ve chvíli, kdy je plně závislé na jejím těle, je zásadní i pro pochopení způsobu, jakým se ženy v případě rizikového těhotenství vztahují ke své roli matky (ještě nenarozeného) dítěte. V následující kapitole se proto budu věnovat procesům, které se spolupodílely na utváření současného ideálu mateřství a roli, jakou v něm hrají prvky odpovědnosti, viny a sebeobětování.

### 6.1.1 Mateřská láska, odpovědnost a vina

Mateřství je často v obecném povědomí vnímáno jako samozřejmé a přirozené. Přesto ale řada studií (například Woodward 2003) ukazují, že reprezentace mateřství se neustále mění. Představy o tom, kdo a na základě čeho je špatnou či dobrou matkou se neustále vyvíjejí. Snad nejvýstižněji tyto proměny ilustruje práce Elisabeth Badinter (1998). Ta ve své studii ukazuje, jak ošemetné je předpokládat, že city, které jsou dnes pokládány za samozřejmou součást vztahu mezi matkou a dítětem představují ahistorickou konstantu, která díky své „přirozenosti“ nedoznala žádných výraznějších změn. Badinter v knize *Mateřská láska* na základě analýzy historických pramenů sleduje proměnu konceptu mateřství od 17. století po nedávnou minulost. Její analýza představuje detailní vhled do transformace představ mateřství, které prošly několika zásadními zvraty.

Badinter začíná svou práci popisem sedmnáctého století, které bylo v mnoha aspektech charakteristické (nejen) mateřskou lhostejností, jež šla ruku v ruce s vysokou úmrtností dětí. Ty byly hned po narození svěřovány kojným<sup>24</sup>. Děti a rodiče v této době žily ve stavu trvalého odloučení. Smrt dítěte byla běžnou záležitostí, která podle zdrojů Badinter v rodině nevyvolávala žádné velké emoce<sup>25</sup>. Vysoká úmrtnost dětí byla často vykládána jako důsledek nedostatečných hygienických podmínek a špatné stravy. Nezájem rodičů o smrt dítěte i o ně samotné je pak často interpretován jen jako reakce na tuto

---

<sup>24</sup> Badinter (1998: 87) například uvádí, že pouze při cestě ke kojné umíralo pět až patnáct procent všech dětí. Děti, které cestu přežily, byly následně vystaveny vysoké úmrtnost v prvním roce života. Ta byla způsobena mimo jiné nedostatečnou péčí kojných, které žily v chudobě a byly nuceny přes den pracovat. Dětem se tak dostávalo péče až v době, kdy kojné přicházely večer domů z práce. Badinter (1998: 99) tak dále ve své práci doslova uvádí, že „výchova u kojné je tedy „objektivně“ maskovanou vraždou dítěte“ a že rodiče si byly této skutečnosti velice dobře vědomy.

<sup>25</sup> Z dnešního pohledu jsou důkazy, které Badinter o lhostejnosti rodičů ke smrti dítěti ve své práci podává, téměř nepochopitelné. Podle údajů z kronik a deníků nebyla smrt dítěte nijak významnou událostí pro rodinu. Badinter (1998: 61) například cituje doktorskou práci Lebruna, kde píše, že „na lidské úrovni je smrt malého dítěte pociťována jako celkem všední příhoda, kterou napraví následující porod“. Nebylo neobvyklé, že se rodiče ani neúčastnili pohřbu dítěte a naopak bylo okolím považováno za nepřístojné, pokud pociťovali nad smrtí dítěte viditelný zármutek.

situaci. Neustále ztráty dětí vedly podle těchto interpretací k obrnění rodičů, kteří si nemohli dovolit tolik citově investovat do dítěte, u něhož byla vysoká pravděpodobnost, že jej brzy ztratí. Badinter ale ve své práci podobná vysvětlení kritizuje. Spojitost mezi vysokou úmrtností a „obrněním“ rodičů se zdá jako logické vysvětlení, které zároveň nijak nezpochybňuje univerzálnost mateřské (rodičovské) lásky. Ženy jen neměly dostatek prostředků, aby zajistily svým dětem pravděpodobnost dlouhého života, proto se raději uchýlily k lhostejnosti, aby nebyly emocionálně vyčerpávány jejich smrtí. Kontinuita mezi matkami všech dob potvrzující obraz jedinečného citu mateřské lásky tak zůstává zachována. Badinter (1998: 60) premisy tohoto vysvětlení ale převrací a tvrdí, že „matky se nezajímaly o svoje děti proto, že děti umíraly jako mouchy. Naopak děti umíraly v takovém počtu proto, že se o ně matky nezajímaly“. Své tvrzení přitom dokumentuje například chováním vyšších tříd, které určité prostředky k zajištění zdraví dítěte měly a i přes povědomí o péči, která se jejich dětem u kojných dostane, se chovaly stejně jako ženy, které na výběr neměly. Podle Badinter (1998: 70) lze jejich chování pochopit jen v kontextu společenských očekávání vztahujících se k mateřství. V této době si společnost mateřství vůbec nevšimala a nepřisuzovala mu žádnou významnou hodnotu. Naopak bylo vnímáno až jako cosi vulgárního.

V osmnáctém století prošla podle Badinter představa mateřství další radikální přeměnou. V této době začínají najednou vycházet publikace, které hovoří o morální povinnosti ženy se o dítě starat v jeho nejlepším zájmu<sup>26</sup>. Utváří se mýtus mateřské lásky. Tato proměna vnímání mateřství byla podle Badinter produktem širších společenských změn. Zdůrazňování potřeby péče o dítě a zajištění jejich kvalitní výchovy a především přežití bylo mimo jiné motivováno ekonomickými zájmy tehdejších panovníků. Ztráta lidského života začíná být vnímána rovněž jako ztráta pro stát. Ekonomický blahobyt státu je úzce spojován s velikostí jeho populace a žádá si tak produkci co nejvíce obyvatel, kteří začínají být vnímáni především jako investice a již nikoliv jako břemeno. Ženy jsou tak oficiální rétorikou státu podněcovány k tomu, aby se o své děti co nejpečlivěji staraly a zajistily jim přežití. Badinter si je ale dobře vědoma, že tato rétorika nestačila k tomu, aby se ženy staly oddané ideji mateřské lásky. Podřízení vlastních zájmů žen potřebám svých dětí nebylo podle ní pouhou reakcí na ekonomické požadavky státu, ale úzce souviselo i s novou filozofií postavení žen ve společnosti. Jak sama říká (1998: 117) tato filozofie „nehovořila o úlohách, povinnosti a oběti, ale o rovnosti, lásce a štěstí“. Žena

---

<sup>26</sup> Jako nejzářnější příklad takovýchto publikací lze uvést například Rousseauův výchovný román *Emil*.

prostřednictvím mateřské lásky získala plnohodnotnější postavení ve společnosti. Její úloha v životě a výchově dětí se tak stala pro společnost nezastupitelnou. Zároveň se do vztahu k dětem promítá i nová idea partnerské lásky, jež je promítána do potomků.

Rostoucí odpovědnost za děti v rodině vrcholí podle Badinter na konci devatenáctého století a během století následujícího. V této době se o mateřství začíná hovořit stále častěji v termínech oběti. Tento diskurs v sobě mísí jak představu instinktivního pouta matky k dítěti, tak představu nesobecké oběti, která je s mateřstvím přirozeně spojována. „Je nemožné být matkou a zároveň něčím jiným“ (Badinter 1998: 187). Představa přirozeného altruismu mateřství je dále posilována a šířena mezi širokou veřejností prostřednictvím médií a také díky masivní popularitě psychoanalýzy. Ta do diskursu mateřství přináší nový fenomén přirozeného masochismu žen spojeného s přirozeným sklonem k mateřství. Zároveň psychoanalýza dále posiluje odpovědnost matky za vývoj dítěte, který se už netýká pouze jeho výchovy, ale celkového psychického zdraví a jeho štěstí. Důraz na období dětství a vztah k matce, který psychoanalýza přináší, staví ženu-matku po celý budoucí život dítěte do nové pozice odpovědnosti. Dítě, které je nešťastné, je především dítětem špatné matky. Jak prohlašuje Badinter (1998: 222) „úzkost a pocit viny nebyly u matek nikdy tak velké jako v našem století, které si předsevzalo, že bude osvobozující“.

Analýza Badinter je v mnoha ohledech krutým, ale pronikavým popisem proměň, kterými idea mateřství procházela<sup>27</sup>. Ukazuje, jakým způsobem se formovala představa obětavé matky, ale rovněž matky, která nese odpovědnost a v případě selhání i vinu za zdraví i štěstí dítěte. Ačkoliv první vydání této knihy pochází z roku 1980, řada současných studií poukazuje na to, že ideály mateřství, které se podle Badinter formovaly koncem devatenáctého a během dvacátého století, jsou stále živé. Představu, že mateřství je nedílnou součástí života ženy a že jeho přirozenou charakteristikou je obětování, můžeme nalézt například v diskursu, který obepíná dobrovolnou (i nedobrovolnou) bezdětnost.

---

<sup>27</sup> Badinter ve své práci neanalyzuje pouze vývoj mateřské role ale také paralelní konstruování role otce a jeho postupné vytlačování ze života dítěte. Zatímco do osmnáctého století nesl otec hlavní odpovědnost za výchovu dítěte, postupem času tato jeho úloha mizí. V devatenáctém století pak otcovu autoritu a pravomoci přebírá plně stát. Badinter (1998: 211) tuto proměnu charakterizuje jako „nahrazení rodinného patriarchy „státním patriachátem“. Symbolickou moc nad výchovou přebírá soudce, její praktické uplatňování pak vychovatel a učitel. Otcí zůstává jediná úloha – zajistit materiálně rodinu. Tato představa otcovské role přetrvávala během celého dvacátého století a její vliv trvá dodnes. Badinter plnohodnotné znovuzapojení otce do života dětí dává do souvislosti s ekonomickou soběstačností žen. „Paradoxně bude potřeba počkat na ekonomické osvobození žen, na jejich možnost dělat kariéru....aby s nastolující se rovností, na naléhání žen, muži konečně pomýšleli na zpochybnění vžitě otcovské role“ (Badinter 1998: 215).

Ženy, které se rozhodnou nemít děti, jsou často vnímány jako nedospělé nebo sobecké (Hašková a Zamykalová 2006). Přetrvávající představu matky jako osoby, která je zodpovědná za psychické i fyzické zdraví dítěte a jeho štěstí ilustruje například studie Claudie Malacridy (2002). Ta ukazuje, jakým způsobem se v odborných textech týkajících se dětské hyperaktivity a poruch soustředění objevuje představa matek jako těch, které za duševní i fyzickou pohodu dětí odpovídají a případně i nesou vinu.

Otázka dominantních diskursů mateřství a jejich spojení s koncepty viny a odpovědnosti je klíčová i ve vztahu k tématu této práce. Zkušenost rizikového těhotenství v této souvislosti vyvolává zásadní otázky. Jakým způsobem tyto koncepty rezonují ve výpovědích žen, jejichž těhotenství je poznamenáno komplikace a rizikem? Jak se přítomnost rizika a komplikací promítá do jejich vztahování se k mateřství, vezmeme-li v úvahu, že jeho dominantní ideál pracuje, jak jsem se pokoušela nastínit, s odpovědností žen za zdraví dítěte? Těhotenství je obdobím, kdy je dítě totálně závislé na těle matky. Jakým způsobem se tato skutečnost ve světle zmíněných ideálů mateřství promítá do způsobů, jakými ženy svou roli vyjednávají ve chvíli, kdy tato jejich těla jsou ohrožena nebo „nepracují“ ideálním způsobem? Toto jsou otázky, na které jsem ve svém výzkumu hledala odpověď a kterým se budu věnovat i v následujících kapitolách této práce.

## **6.2 Zkušenost hospitalizace v těhotenství**

Všechny mé informantky se během svého těhotenství ocitly v situaci, kdy byly hospitalizované. V případě jedné z mých informantek se jednalo o pobyt na lůžku v domácím prostředí<sup>28</sup>. Délka těchto hospitalizací se pohybovala od několika dnů po řády měsíců. Tato skutečnost bezesporu významně zasahovala do běžného života těchto žen i do jejich vnímání vlastního těhotenství. Gray (2006) ve své výzkumu toho, jakým způsobem se mění představa subjektivního rizika u žen hospitalizovaných během těhotenství, mimo jiné zjistila, že ženy, které byly v době rozhovorů hospitalizované, projevovaly větší míru pocíťovaného rizika ve vztahu k plodu. Gray jako možné vysvětlení nabízí vliv pocitu kontroly, který ženám neustále připomíná možné ohrožení plodu. Hospitalizace tak sama o sobě zpřítomňuje rizika a výrazně ovlivňuje pocity těhotných žen. V následující kapitole se

---

<sup>28</sup> Paní Lenka byla od sedmnáctého týdne těhotenství upoutaná doma na lůžko. S podloženou pánví a s minimem pohybu tak trávila doma zbytek celého těhotenství.



proto zaměřím na zkušenost hospitalizace a způsobům, jakým ženu tuto svou zkušenost popisovaly. Domnívám se přitom, že způsob, jakým o této své zkušenosti hovořily, je úzce spojena s jejich konceptualizací role ženy (matky) v těhotenství.

### **6.2.1 Malé a větší vězení**

Při popisu zkušenosti hospitalizace žen v těhotenství se nejčastěji setkáváme se studiiemi, které popisují negativní pocity žen. Zahraniční výzkumu se zmiňují o pocitech vzteku, frustrace a osamění způsobených pobytem v nemocnici (Leichtentritt et al. 2005). Další studie hovoří o pocitech nudy a uvěznění (Heaman a Gupton 1998). Zajímavé poznatky pak přináší výzkum Vlasty Koudelkové (2007) v českých nemocnicích. Ta například udává, že 48 procent dotazovaných žen hospitalizovaných s rizikovým těhotenstvím má pocit, že jejich hospitalizace je zbytečná. 66 procent žen, jež se účastnily jejího výzkumu, rovněž uvedlo, že má problémy s adaptací na nemocniční prostředí.

Negativní pocity spojené s hospitalizací jsou poměrně pochopitelné a nijak nepřekapují. I mé informantky často projevovaly pocity frustrace nad nutností trávit svůj čas v nemocnici. Nutnost sdílet pokoj s dalšími pacientkami, které mohou mít jiné denní návyky, pocit nenaplněného času a ztráta intimity byly nedílné aspekty vyprávění některých mých informantek o jejich pobytu v nemocnici. Nebyl to přitom pouze vliv cizího, sterilního prostředí, který na ženy dopadal. Paní Lenka, která byla upoutána na lůžko ve svém domácím prostředí, popisovala svůj dům jako vězení: „byla jsem pořád sama, ještě jsme bydleli v domě, kde nebyla žádná vyhlídka ven. Připadala jsem si uvězněná“. Zároveň si ale byla vědoma, že pobyt v nemocnici představoval ještě horší alternativu.

V kontextu představ, které běžně o pocitech spojených s hospitalizací panují, i v souvislosti s odbornými studiiemi, jež se tímto problémem zabývají, ale výpovědi mých informantek zdaleka nepůsobily tak negativním dojmem. Představa žen, které jsou naprosto frustrované pobytem v nemocnici, k většině mých informantek opravdu nepatřil. Objevovaly se i případy, kdy mé informantky tuto zkušenost zcela přeznačily a přisoudily ji své vlastní významy, které měly mnohem pozitivnější konotace. Paní Magda například mluvila o hospitalizaci ve velice pozitivních termínech jako o období, jež ji pomáhá srovnat si své myšlenky a psychicky se připravit na plánovaný císařský řez.

Zdá se, že největší vliv na záporné hodnocení pobytu v nemocnici měl retrospektivní pohled na tuto zkušenost. Ženy, které již vyprávěly o své hospitalizaci zpětně po úspěšném porodu dítěte, zaujímaly mnohem kritičtější pohled na toto období i průběh hospitalizace. Ženy, se kterými jsem mluvila v době jejich hospitalizace, byly k pobytu v nemocnici mnohem vstřícnější. Nabízí se samozřejmě vysvětlení vztahující se k metodologickým limitům této práce. Rozhovory s ženami, které byly právě hospitalizované, se odehrávaly v prostředí nemocnice, kam jsem přicházela v doprovodu nemocničního personálu. Mé informantky tak snadno mohly získat dojem, že jsem určitým způsobem spojená s nemocnicí a že by svou potenciální kritikou mohly zhoršit vlastní postavení v rámci prostředí, na kterém byly momentálně závislé. Přesto bych ale ráda nabídla i jiné alternativní vysvětlení toho, proč hospitalizované ženy o svém pobytu mluvily specifickým způsobem a proč k němu zaujímaly mnohem méně kritický postoj než ženy, které na něj vzpomínaly retrospektivně. Toto alternativní vysvětlení se vztahuje k roli, kterou hospitalizace sehrávala v kontextu jejich genderové role. V následující části se proto budu věnovat nejprve rétorice, kterou ženy při popisu své hospitalizace používaly. Domnívám se přitom, že je to právě tento specifický způsob vztahování se k jejich roli v průběhu hospitalizace, který má potenciál vysvětlit i rozdíly mezi výpověďmi žen, které se na ni dívaly retrospektivně.

### **6.2.2 Diskurs „obětování se“ a role „dobré“ matky**

Hospitalizace představuje bezpochyby období, které jedince vytrhuje z jeho přirozeného prostředí. Toto vytržení je navíc doprovázeno pocitem ohrožení. V případě mých informantek se přitom jednalo o ohrožení dvojí povahy – ohrožení samotné ženy a zároveň jejího nenarozeného dítěte. Výzkumy přitom ukazují, že ženy velice dobře vnímají rozdíl mezi rizikem dopadajícím na ně a na plod (Gray 2006). Vnímání rizikového těhotenství může být navíc ovlivněno specifických charakterem jeho průběhu. Ačkoliv je rizikové těhotenství vnímáno jako lékařský problém, jeho charakter se liší od jiných jeho běžných forem. Zvláště u rizikových těhotenství diagnostikovaných automaticky například na základě věku ženy nebo z důvodů předchozích samovolných potratů chybí jasně identifikovatelný problém, který by mohl být léčen a také v souladu s dominantní medicínskou ideou lineárního pokroku (Layne 1996) vyléčen. Leichtentritt et al. (2005) při svém výzkumu žen hospitalizovaných z důvodů rizikového těhotenství identifikovali pocit

nejistoty a ztráty normální zkušenosti těhotenství jako jedny z nejdůležitějších pocitů doprovázejících jejich stav. Nejistota ohledně vývoje těhotenství a jeho výsledku, stejně tak jako nesoulad mezi původními představami o jeho průběhu a skutečnou realitou vyvolávaly v ženách ambivalentní pocity – ženy například na jednu stranu chtěly porodit co nejdříve, ale zároveň chtěly v zájmu dítěte těhotenství prodloužit co nejdéle, definovaly samy sebe jako nemocné i zdravé a podobně.

Příchod do nemocnice je vždy stresující událostí. Ani mé informantky nebyly v tomto ohledu výjimkou. Popis jejich hospitalizace byl vždy doprovázen pocity stesku souvisejících především s jejich představou o „normálním“ těhotenství, která byla hospitalizací silně narušena. Tyto ženy často hovořily o tom, že si své těhotenství nemohly kvůli komplikacím užít jako například paní Katka:

No, kdyby to bylo poprvé, tak jo. Kdybych poprvé byla těhotná a neměla žádný komplikace, tak si myslím, že... Já jsem se na to hrozně těšila, říkala jsem si, že si to chci užít, ale to jako nebylo. Myslím, že pokud budu ještě někdy těhotná, tak si to už asi nikdy neužiju, jak bych si to užila, protože... Do příštího těhotenství, respektive po porodu si plánuju, že si chci užít to dítě a ne stres, ale to těhotenství se budu asi trochu bát. To už asi nikdy nebude jako že v klidu si budu těhotná.

V podobném duchu hovořila například i paní Lenka:

Představovala jsem si, že těhotenství bude obdobím pohody, ale pak přišel spíš strach o dítě.... Odpočítávala jsem každý týden. Říkala jsem si tak, už je ten a ten týden, to už jsou vyvinuté plíce.

Hospitalizace pro mé informantky rozhodně nepředstavovala pozitivní zkušenost, přesto se ale v popisu jejich vztahu k pobytu v nemocnici objevoval velice podobný moment, který poukazoval na ambivalentnost vnímání této situace. Tyto ženy se ve všech případech shodovaly na tom, že příchod do nemocnice pro ně byl traumatizující a nepříjemný, tento svůj popis, ale vždy zasazovaly do kontextu zájmů svého nenarozeného dítěte a své odpovědnosti k němu. Paní Lucie například popisovala své vnímání příchodu do nemocnice následujícím způsobem:

Když mi doktorka řekla, že musím do nemocnice, tak jsem začala brečet, protože já jsem docela takový slabší povahy, že mi stačí trochu . . .Mě to hrozně došlo, že jsem začala brečet, že prostě nechci do nemocnice. A ona mi řekla, když nepůjdete, tak můžete třeba do čtrnácti dnů porodit, takže ale i stejně člověk ví, že to tady stráví a není s tou rodinou a je to takový... není tady člověk rád. Ale když to musí být, tak se nedá nic dělat. Zdraví je přednější, než aby... člověk by mohl porodit a třeba by ani malej nemusel přežít nebo

něco a mrzelo by mě to, člověk by si to vyčítal, proč nešel, tak snad bys to tu chvíli vydržela ležet a moh by malej třeba bejt.

Tento úryvek z rozhovoru s paní Lucií představuje typický způsob, jakým se ženy vztahovaly ke svému pobytu v nemocnici. Jejich vyprávění o své hospitalizaci začínaly vždy popisem stresu a smutku, které jim hospitalizace přinesla. Tento popis byl ale ihned následován odkazem na odpovědnost vůči zdraví dítěte. Podobné schéma se objevilo ve všech rozhovorech s hospitalizovanými ženami. Paní Zuzana například mluvila o tom, že i v případě propuštění z nemocnice podřídí své chování předpokládaným zájmům dítěte, ačkoliv po ní lékaři takovéto ústupky ani nepožadovali.

Za týden máme jet s manželem na dovolenou na Slovensko. Hrozně jsem se na to těšila. To víte, že je mi to teď líto. I kdyby mě ale pustili, tak tam nepojedu. Radši budu ležet, než abych si pak něco vyčítala.

Imperativ „muset“ se v těchto částech vyprávění vyskytoval s vysokou frekvencí. Jiná informantka například mluvila o tom, že „to se musí prostě vydržet“. Ženy v těchto úryvcích zdůrazňovaly svou odpovědnost vůči nenarozenému dítěti. Jejich zdravotní stav je stavěl do pozice, která byla rámována zájmem o zdraví plodu. Mé informantky tak vnímaly stěžování si na svou situaci jako něco nepatřičného. Přiznávaly, že je přesun do nemocnice zdrtil, zároveň ale tyto své pocity považovaly za irelevantní v kontextu potřeb svého dítěte. K podobným závěrům dochází ve své studii zkušenosti hospitalizovaných žen s rizikovým těhotenstvím i Leichtentritt at al. (2005: 45), když se zmiňuje o tom, že „ženy čelí ve svém životě protichůdným tlakům – jeden z nich zdůrazňuje jejich vlastní potřeby, další zájmy nenarozeného dítěte“.

Mé informantky ve svých výpovědích se samozřejmost klady potřeby svého dítěte nad své vlastní pocity. Malá sebedisciplína či upřednostnění vlastních zájmů nebyla v jejich očích plnohodnotnou volbou. Jejich výpovědi tak do jisté míry odrážejí diskurs zmiňovaný Badinter. Tyto ženy své mateřství demonstrovaly skrze ideu obětování a svou odpovědnost, která se stávala imperativem. Nestěžovaly si na nemocniční prostředí, stravu nebo nedostatek soukromí. Z mého vlastního pozorování si dokonce dovoluji tvrdit, že na pokojích, které jsem během svého výzkumu navštěvovala a kde byly hospitalizované ženy s komplikacemi v těhotenství, panovalo mezi ženami zvláštní pouto, jež neumím slovy zcela postihnout, ale které jsem během svých návštěv pociťovala velice zřetelně. Toto pouto nebylo naplněno negativními emocemi. Během doby, které jsem na těchto pokojích

strávila, jsem se nikdy nesetkala s negativní atmosférou nebo atmosférou naplněnou frustrací či smutkem. Jejich pobyt v nemocnici se „prostě musel vydržet“.

Zajímavou skutečností je přitom absence podobného diskursu u mých informantek, které již své dítě porodily. Ty byly k období hospitalizace mnohem kritičtější. Jejich popis tohoto období byl plný detailů vztahujících se jak k jejich negativním pocitům, tak k samotnému fungování nemocničního systému. Paní Lenka tak například svou zkušenost těhotenství, které téměř celé strávila upoutaná na lůžko, shrnula slovy „osamělost, smutek, strach, radost z očekávání“. Paní Jana a paní Katka zase do detailů popisovaly aspekty, které se jim na pobytu v nemocnici nelíbily. Domnívám se, že rozdíl mezi přístupem těchto žen a žen, které své těhotenství teprve prožívaly, do jisté míry souvisí právě s mechanismy vyjednávání genderové (nebo úžeji mateřské) role. „Diskurs obětování se“, který byl patrný ve výpovědích těchto žen, lze vnímat jako mechanismus vztahování se k obrazu „dobré matky“. Tyto ženy byly v situaci, kdy jejich těla dávala více či méně závažný signál o tom, že je něco v nepořádku. Byla to zároveň stejná těla, na nichž byl závislý život jejich nenarozeného dítěte. Je jen obtížné si představit, jaké pocity může tato situace v jednotlivci vyvolat. V kontextu tradičních představ o průběhu těhotenství tyto ženy jistým způsobem, a nutno dodat, že objektivně bez vlastního přičinění, selhávaly. Tento „diskurs obětování se“, vzdání se vlastních potřeb a maximální podřízení své každodennosti zájmům nenarozeného dítěte je možné vnímat také jako prostředek jak vyjednat svou roli dobré matky. Mé informantky, které již své děti úspěšně porodily, se podobnému tematizování zkušenosti vlastní hospitalizace vyhýbaly. Domnívám se, že tento fakt je možné interpretovat právě jako důsledek přítomnosti jiných prostředků, jak konstruovat a manifestovat tuto svou roli.

## **6.5 „A když je tam to riziko....“**

Představy, že pobyt v nemocnici se „musí vydržet“ doprovázený odvoláváním se na „diskurz obětování“, který priorizoval zájmy nenarozeného dítěte, ale ovlivňoval pobyt žen v nemocnici ještě v dalších méně viditelných aspektech. Ty souvisely především s momentální pozicí žen v lékařském systému. Gray (2006) v již zmiňované studii vnímání rizika ve vztahu k hospitalizaci během těhotenství ukazuje, že ženy, které nebyly v těhotenství hospitalizované, vykazují subjektivně nižší hodnocení rizika ve vztahu k

plodu. Zároveň ale v porovnání s nimi pociťovaly ženy, jež byly během studie hospitalizované, nižší míru rizika ve vztahu ke své osobě. Tento zdánlivý paradox Gray vysvětluje prostřednictvím vlivu, který má na ženy přítomnost autority lékařského systému. Na jednu stranu pobyt v nemocnici zpřítomňuje ohrožení dítěte. Jedná se o mimořádnou situaci, která dává jasný signál, že vše není úplně v pořádku. Na druhou stranu se ale žena během hospitalizace pohybuje v prostředí neustále kontroly a dohledu, které potvrzuje pocit, že jakýkoliv problém může být ihned identifikován a řešen. Studie Gray tak poukazuje na jeden z výrazných aspektů hospitalizace (nejen) v těhotenství. Ukazuje totiž na sílu autority nemocničního prostředí a víru jednotlivců v jeho potenciál řešit nastalé problémy. Rozhodně mi nepřísluší hodnotit ani zpochybňovat relevanci této víry. Domnívám se ale, že její přítomnost tvoří jeden z klíčových aspektů lemujících vztah mých informantek k hospitalizaci během těhotenství.

Samotná hospitalizace představuje zkušenost, která výrazně zasahuje do běžné každodennosti člověka. Ten vstupuje do formální organizace, která je vybavena formalizovanými procedurami, hierarchií pozic a kompetencí, jenž se pojí se specifickým druhem autority a formou komunikace. Nemocnice je prostorem, který člověka do značné míry zbavuje jeho předchozí sociální identity. Zároveň se jedná o prostředí, které je ale prodchnuté autoritativním medicínským věděním. Sílu této autority lze demonstrovat na příkladech některých mých informantek. V několika případech jsem se setkala s tím, že tyto ženy nedokázaly odpovědět na otázku, proč jsou hospitalizované či proč jejich těhotenství bylo klasifikováno jako rizikové. Nebylo to přitom pouze z důvodů jejich neinformovanosti. Tyto ženy se často svých lékařů na tyto informace explicitně ptaly, ti jim ale v některých případech nebyli schopni poskytnout jednoznačnou odpověď. Paní Ivana například popisovala průběh počátku své hospitalizace následovně:

*Doktoři vám neřekli, co způsobilo ten problém?*

Ne, vůbec. Říkali mi, že si myslej, že to ani... Oni se báli teda... O tom, krvácení říkali, že to může nastat, že by to asi nemělo bejt takhle silný, že to vlastně může v tom posledním měsíci, což bylo teda přesně. Já jsem přijela desátého a termín mam třináctého., že v tom posledním měsíci může bejt nějaký špinění, nějakěj malej odtok, že to nevadí, že to je známka toho otvírání se a neřikli mi, co to mohlo způsobit, to nevědí. Taký samozřejmě nevědí, co jsem dělala.... Já jsem měla v pořádku tlak a on tam má bejt nějakěj vysokej tlak. Takže mi akorát řekli, že mě nepustěj nikam, že se bojí toho, abych potom někde nezkolabovala, že tam jsou nějaký křeče možný a takový věci. Takže jsem tady na pozorování. A nedozvěděla jsem se proč.

Podobný průběh a pocity popisovala ve svém vyprávění i paní Lucie:

No, teďko vlastně mě přijímali, tak člověk je zmatenej, protože jeden doktor mi řek, že se otvíram a druhý mi řek, že jsem zavřená, že vlastně... A když jsem se na to ptala pak znovu, tak pan primář mi povídal, že se otvíram, že kvůli tomu mě sem paní doktorka poslala, takže člověk měl takový smíšený pocity, a když mi dělali ty vyšetření, tak jsem se ptala na výsledky, tak moč jako že je dobrá a v krvi, že mi našli začínající zánět. No a druhý den, když přišla paní doktorka, tak koukla na výsledky a povídá, že je všecko v pořádku a vlastně asi i jo, protože žádný léky nedostávám. Člověk si říká, že kdyby tam něco bylo, ten začínající zánět, že by určitě to nenechali bejt. .

Ačkoliv se paní Lucii nedostalo jasné odpovědi na její otázky ohledně příčin hospitalizace, její důvěra v důvody, které k ní vedly, zůstala neotřesená. V její výpovědi je vidět jasný pocit toho, že lékařský personál i přes protichůdná vysvětlení, kterých se jí dostávalo, jedná s jasným úmyslem a v jejím nejlepší zájmu. Podobná zkušenost se objevovala i v rozhovoru s paní Lenkou. Ta sama žádné komplikace v těhotenství nepociťovala. Svými slovy to vyjádřila: „kdyby mi o tom neřekli, tak o tom nevím“. Přesto ji její lékař v sedmáctém týdnu oznámil, že zbytek těhotenství musí pouze ležet doma s podloženou pávní. Důvodem bylo slovy lékaře „zkracování“. Paní Lenka se na příčiny komplikací lékaře sama dotazovala. Ten ji ale odpověděl, „že se to říct nedá, že to tak prostě někdy je“.

I přesto, že se některým mým informantkám nedostalo vysvětlení ohledně příčin komplikací nebo důvodů rizikovosti těhotenství, samotná tato zkušenost nijak nezasahovala do respektování rozhodnutí lékařů. Ženy se často snažily absenci vysvětlení lékařů nahradit vlastními interpretacemi příčin. Paní Lenka tak například sama hledala příčiny rizikovosti těhotenství ve velkém stresu, kterému byla vystavena na počátku těhotenství. Paní Ivana zase komplikace připisovala momentálním problémům, které musela řešit se svým starším synem. Zajímavé je, že tato vysvětlení se často neodvolávala na medicínský model<sup>29</sup>, ale hledala příčiny spíše v sociálním prostředí žen a jejich vztazích

---

29 Gabe, Bury a Elston (2004) definují dominantní přístup k nemoci v západní medicíně jako medicínský model. „Medicínský model odkazuje ke koncepci nemoci ustavené na konci 19. století a počátku století 20., která je založená na anatomicko-patologickém pohledu na lidské tělo“ (Gabe, Bury a Elston 2004:125). V rámci tohoto modelu byla příčina nemoci situována do procesů uvnitř těla. Tyto procesy následně vyvolávají poruchy, jenž lze diagnostikovat prostřednictvím určitých symptomů. Tato koncepce nemoci ovlivnila především přístup lékařů k pacientům. Cílem bylo zaměřit se na to, co je patologické, definované v pojmech normy. Tato norma byla aplikována na všechny bez ohledu na to, jaký byl skutečný „přirozený“ a standardní stav daného pacienta (Gabe, Bury a Elston 2004:125-26).

s okolím. V následující části se ale nebudu věnovat způsobům konstruování těchto vysvětlení, ačkoliv jejich existenci považuji za zajímavý aspekt odkazující na komplexní uchopování vlastní tělesnosti těchto žen. Akceptace a podřízení se hospitalizaci a podmínkám rizikového těhotenství, často bez přítomnosti vysvětlení, podle mého názoru silně odkazuje na představený „diskurs obětování se“ spojený s mateřskou rolí v těhotenství. Domnívám se přitom, že hospitalizace situovala mé informantky do specifické pozice, která se na zmíněný diskurs obětování o odpovědnosti implicitně odvolávala. Tato skutečnost přitom měla, jak se pokusím ukázat později, výrazný dopad na to, jak se ženy k lékařské autoritě vztahovaly

Vztah mých informantek k lékařským doporučením, které nebyly doprovázeny žádným vysvětlením, je pouze jedním z faktorů poukazujících na specifický charakter lékařské autority. V kontextu konstrukce diskursů mateřství, kterým jsem se věnovala v předchozí části, vystupují koncepty odpovědnosti, viny a obětování se opět jako důležité koncepty rámuující zkušenost mých informantek. Řada autorů (například Marshall a Woolett 2000; Rúdólfsdóttir 2000) poukazuje na to, že ženy jsou v těhotenství konstruovány jako ty méně zkušené, jejichž povinností je podřídit se radám a kontrole expertů v zájmu co nejlepšího průběhu těhotenství. Přítomnost rizika tuto představu ještě posiluje. Zatímco pojem „nebezpečí“ pracuje s fatalistickou představou směřovanou do budoucna, koncept rizika předpokládá aktivní přístup k jeho minimalizaci (Cartwright a Thomase 2001). Tato skutečnost ale v případě mých informantek vytvářela poněkud ambivalentní situaci. Na základě výpovědí mých informantek se zdá, že aktivní přístup k minimalizaci rizika byl často konstruován především prostřednictvím pasivního podvolení se lékařské autoritě. Přítomnost rizika stavěla v kontextu odpovědnosti za zdraví nenarozeného dítěte ženy do obtížné pozice. Jejich agency byla v rámci medicínského systému do značné míry omezována právě jejich rolí matky. Nejlépe tuto situaci ilustruje způsob, jakým paní Jana popisovala průběh svého porodu.

A pak už jsem nepřemejšlela o tom, že budu psát porodní plán nebo že se nechám přemístit někam, kde budou respektovat moje přání, protože jsem věděla, že je tam to riziko a když je tam to riziko, tak že ti doktoři by měli být ti, kdo rozhodnou a rozhodovali v můj prospěch, hodně rozhodovali v můj prospěch. Všecko dopadlo dobře, kluk je na světě, já chodím. Takže co chtít víc.

Paní Jana, tak jak jsem ji měla možnost poznat já, byla ženou, která dokázala velice jasně artikulovat svá přání, ale také nesouhlas. Během rozhovoru byla velice kritická k



fungování zdravotnického systému a přístupu některých lékařů. O to markantněji vystupuje v tomto úryvku charakter její situace během porodu, který byl významně ovlivněn přítomností rizika. Ta, jak je vidět této pasáži, značně omezovala možnost volby. Paní Jana si toho byla vědoma, a ačkoliv bylo v jejím vyprávění patrné, že svou představu o průběhu porodu měla, této své představy se plně vzdala ve prospěch rozhodování lékařů. Diskurs odpovědnosti žen za zdraví plodu a obětování se jako součást obrazu „dobré“ matky spolu s přítomností rizika vyvolává na ženy tlak, který může vést k tomu, že jejich agency je limitována. Jak jsem již zmínila, představa rizika není představou fatální. Naopak pracuje s předpokladem, že lze riziku čelit. V případě mých informantek toto čelení často znamenalo maximální akceptaci a podvolení se medicínské autoritě, která daná rizika konstruovala, zároveň ale zaujímala výlučné postavení při jejich řešení.

## 7 ZÁVĚR

A pak už jsem nepřemejšlela o tom, že budu psát porodní plán nebo že se nechám přemístit někam, kde budou respektovat moje přání, protože jsem věděla, že je tam to riziko a když je tam to riziko, tak že ti doktoři by měli bejt ti, kdo rozhodují a rozhodovali v můj prospěch...

V závěru této práce jsem se rozhodla znovu vrátit k výpovědi jedné z žen, se kterými jsem během svého výzkumu hovořila. Paní Jana v tomto krátkém úryvku mluvila o svém těhotenství a porodu. Vrátila jsem se k této citaci znovu díky síle této výpovědi, jež pomocí autentické zkušenosti ženy, která během svého těhotenství často zažívala pocity strachu o zdraví a život svého nenarozeného dítěte, zpřítomňuje zkušenost, jež jsem se v této práci snažila zachytit. Tento úryvek jsem nevybrala náhodou. Velice jasně a bezprostředně, stručně a přitom pomocí řady skrytých významů, vypovídá mnohé o tématu této práce.

Během května až září 2007 jsem hovořila s devíti ženami, jejichž narativa o průběhu těhotenství byla v menší či větší míře konstruována podél podobných pocitů obav, těžkých rozhodnutí a přítomnosti lékařského personálu jako aktérů zásadně ovlivňujících směr vyprávění. Tyto ženy přitom v žádném případě nepředstavovaly homogenní skupinu. Jejich zkušenost se často diametrálně lišila, podobně jako se lišily jejich předchozí životní biografie i jejich osobní charakteristiky. Přesto ale svou zkušenost prožívaly v podobném kontextu konstruující jejich těhotenství jako riziková či v ohrožení. Tato skutečnost nutně ovlivňovala způsoby, jakými se ke svému těhotenství vztahovaly i jejich vlastní pozici v medicínckém systému, jež v západní společnosti průběh těhotenství i porod lemuje.

Na základě rozhovorů s mými informantkami jsem se rozhodla v této práci věnovat dvěma tématům, která v sobě spojují odkazy na mateřství, tělesnou zkušenost a nutnost vyjednávat vlastní pozici v rámci medicínského systému, které tvořily jakousi kostru celé této práce. V první výzkumné kapitole jsem se věnovala zkušenosti žen s prenatální diagnostikou jako nástrojem, který snad nejzřejměji zpřítomňuje ideu „dokonalého dítěte“, která je rovněž používána jako prostředek disciplinace ženského těla. Závěry této kapitoly ale zároveň ukazují, že ženy se ve svém přístupu k ní a roli, jež ji v rámci svého těhotenství připisují, výrazně liší. Prenatální diagnostika představuje pouze jednu z forem vědění o vlastním těle, která byla některými mými informantkami vnímána jako nedostatečná tvář v tvář vědění opírajících se o jejich vlastní tělesnou zkušenost. Závěry mého výzkumu ale

ukazují, že tato alternativní forma vědění nebyla akceptována jako plnohodnotná a že to byl právě diskurs rizika, který byl nejčastěji používán jako forma argumentace posilující pozici prenatalní diagnostiky.

V druhé výzkumné kapitole jsem se rozhodla věnovat tématu mateřství. Snažila jsem se ukázat, že přítomnost rizika jak v podobě označení těhotenství jako rizikového, tak v případě komplikací vedoucích k hospitalizaci žen se výrazně promítá do způsobů, jakým ženy své mateřství uchopují a v jakých pojmech jej popisují. Diskurs rizika stavěl mé informantky do pozice, která do určité míry problematizovala jejich status „dobré“ matky. V této kapitole jsem se snažila nastínit mechanismy konstrukce této představy a zároveň poukázat na důsledky, které měla jejich pozice pro vztah k lékařským autoritám. Výpovědi těchto žen ukazují na jejich potřebu hledat nové mechanismy, které by jim umožnily vyjednávat jejich roli matky (ještě nenarozeného) dítěte. Jedním z těchto mechanismů byl i „diskurs obětování se“ - podřízení své každodennosti zájmům nenarozeného dítěte a odsunutí vlastních potřeb do pozadí, který je možné vnímat také jako prostředek, jak vyjednávat svou roli „dobré“ matky.

Nazvala jsem svou práci „Dokonalé dítě“ jako metaforu procesů, které utvářejí současný pohled na těhotenství. V této práci jsem se snažila poukázat na sociální zakotvenost rizik a zároveň ilustrovat, jakým způsobem byla a je tělesná zkušenost těhotenství konstruována na pozadí společenských představ ženského těla, jeho medikalizace a diskursů mateřství. Metafora dokonalého dítěte spojuje téma jednotlivých kapitol, které se na první pohled mohou zdát jako velice rozdílné. Mým cílem bylo ukázat, jakým způsobem diskurs rizika ovlivňuje subjektivní konceptualizaci mateřství a vlastní tělesnosti a zároveň mechanismy, jakým je utvářena pozice žen v rámci medicínského systému. Metafora dokonalého dítěte tyto prvky spojuje. Adjektivum „dokonalé“ přitom mohlo v různých kontextech a pro různé aktéry nabývat odlišné významy. Dokonalé dítě bylo dítětem, které „prošlo“ bez výhrad testy prenatalní diagnostiky, které bylo tělem matky vnímáno jako zdravé, které se vůbec narodilo, které žena nijak svým chováním neohrozila.... Představa dokonalého dítěte je opravdu jen metaforou, která ale jasně odkazuje na dominantní diskursy mateřství, které, jak jsem se pokoušela ukázat, rezonují i v přístupu k ženské tělesnosti v těhotenství.

## 8 LITERATURA

- Anderson, Kathryn, Dana C. Jack (1991): "Learning to listen: Interview techniques and analysis" In Sherna Berger Gluck and Daphne Patai (eds.) *Women's Words*. New York: Routledge.
- Atkinson, Robert (1998): *The Life Story Interview*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Atkinson, Paul, David Silverman (2006): "Kundera's Immortality: The Interview society and the invention of the self." Pp.: 1-25 in Paul Atkinson and Sara Delamont (eds.) *Narrative Methods. Volume II. Narrative Applications*. London: SAGE Publications.
- Badinter, Elisabeth (1998): "*Materská láska od 17. storočia po súčasnosť*." Bratislava: Aspekt.
- Bailey, Lucy (2001): „Gender Show: First-Time Mothers and Embodied Selves.“ *Gender & Society* 15(1): 110-129.
- Beauvoir de, Simone (1966): *Druhé pohlaví*. Praha: Orbis.
- Beck, Ulrich (2004): *Riziková spoločnosť. Na cestě k jiné moderně*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Belenky, Mary Field, Blythe Clinchy, Nancy Goldberger, Jill Tarule (1986): *Women's ways of knowing: The development of self, voice and mind*. New York: Basic Books.
- Bertaux, Daniel (2003): „The usefulness of life stories for a realist and meaningful sociology” In Robin Humphrey, Robert Mille and Elena Zdravomyslova (eds.) *Biographical Research in Eastern Europe*. Gower House: Ashgate Publishing Limited.
- Betterton, Rosemary (2002): "Prima gravid. Reconfiguring the maternal body in visual representations." *Feminist Theory* 3(3): 255-270.
- Bondas, Terese, Katie Eriksson (2001): „Women's lived experience of pregnancy: A tapestry of joy and suffering.” *Qualitative Health Research* 11 (6):824-840.
- Borland, Katherine (1991): ""That's not what I said": Interpretive conflict in oral narrative research." In Sherna Berger Gluck and Daphne Patai (eds.) *Women's Words*. New York: Routledge.
- Brook, Barbara (1999): *Feminist perspectives on the body*. London: Longman.
- Browner C.H., Nancy Press (1996): „The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care.“ *Medical Anthropology Quarterly* 10(2): 141-156.

- Cartwright, Elizabeth, Jan Thomas (2001): "Constructing Risk." Pp.: 218-228 in De Vries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. van Teijlingen and Sirpa Wrede (eds.) *Birth by Design*. New York: Routledge.
- Chase, Susan, E (2005): "Narrative inquiry: Multiple lenses, approaches, voices" In: Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln (eds.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. London: SAGE Publications.
- Conrad, Peter (1992): "Medicalization and Social Control." *Annual Review of Sociology* 18: 209-232.
- Davis-Floyd, Robbie, Carolyn Sargent (1996): "Introduction." *Medical Anthropology Quarterly* 10(2): 111-120.
- Davis-Floyd, Robbie E. (1993): „The Technocratic Model of Birth.“ Pp. 297-326 in *Feminist Theory in the Study of Folklore*. Susan Tower Hollis, Linda Pershing, and M. Jane Young (eds.) University of Illinois Press.
- Charo, R. Alta, Karen H. Rothenberg (1994): „The good mother“: The limits of reproductive accountability and genetic choice.“ Pp. 405-130 in Karen H. Rothenberg, Elizabeth J. Thompson (eds.) *Women and prenatal testing*. Columbus: Ohio State University Press.
- Cockerham, W. C., M. Ch. Snead, D.F. Dewaal (2002): "Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage." *Journal of Health and Social Behavior* 43: 42 -55.
- Earle, Sarah. 2003. "Bumps and Boobs": Fatness and Women's Experience of Pregnancy." *Women's International Forum* 26(3): 245-252.
- Ettorre, Elisabeth (2000): "Reproductive genetics, gender and the body: "Please doctor, may I have a normal baby?"" *Sociology* 34(3): 403-420.
- Firestone, Shulamith (1970): *The dialectics of sex*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Fox, Bonnie, Diana Worts (1999): "Revising the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth." *Gender & Society*. 13 (3): 326-346.
- Gabe, Jonathan, Mike Bury, Mary Ann Elston (2004): *Key concepts in medical sociology*. London: SAGE Publications.
- Getz, Linn, Anne Luise Kirkengen (2003): „Ultrasound screening in pregnancy: advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas.“ *Social Science and Medicine* 56: 2045-2057.
- Georges, Eugenia (1996): "Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece." *Medical Anthropology Quarterly* 10(2): 157-175.

- Gray, Bobbe Ann (2006): "Hospitalization history and differences in self-rated pregnancy risk." *Western Journal of Nursing Research* 28(2): 213-229.
- Hašková, Hana (2001): *Názorové diferenciacie k súčasným zmenám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Hašková, Hana (2001): "Sociální aspekty porodu. Bude to porod, ale jaký?" (available at [http://iham.cz/old/diplomka\\_obsah.php](http://iham.cz/old/diplomka_obsah.php), accessed 20.6.2008).
- Hašková, Hana, Lenka Zamykalová (2006): "Mít děti – co je to za normu? Čí je to norma?" *Biograf* 40-41.
- Heaman, Maureen, Annette Gupton (1998): "Perception of bed rest by women with high-risk pregnancies: A comparison between home and hospital." *Birth* 25(4): 252-258.
- Heitlinger, Alena (1987): *Reproduction, Medicine and the Socialist State*. New York: St. Martin's Press.
- Harris, Gillian, Linda Connor, Andrew Bisits, Nick Higginbotham (2004): "'Seeing the baby': Pleasures and dilemmas of ultrasound technologies for primiparous Australian women." *Medical Anthropology Quarterly* 18(1): 23-47.
- Hoffman, Lily M. (1997): "The Professional Autonomy Reconsidered: The Case of Czech Medicine under State Socialism." *Comparative Studies in Society and History* 39(2): 346-372.
- Hrešanová, Ema (2004): "Porodní asistentky ve svou porodnicích ČR: etnografická studie." Pp:284-294 in Jolana Darulová a Katarína Košťalová (eds.) *Sféry ženy*. Banská Bystrica: Sociologický Ústav Akadémie Vied Českej Republiky.
- Hrešanová, Ema, Jaroslava Hasmanová Marhánková (2008): "Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami." *Sociologický časopis* 44(1): 87-112.
- Isaacson, Nicole (1996): "The 'Fetus-infant': Changing classification of 'In utero' development in medical texts." *Sociological Forum* 11(3): 457-482.
- Jordan, Bridgitte (1993): *Birth in four cultures: A cross-cultural investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. IL: Waveland Pres.
- Kaplan, Deborah (1994): "Prenatal screening and diagnosis: The impact on persons with disabilities." Pp. 49-62 in Karen H. Rothenberg, Elizabeth J. Thompson (eds.) *Women and prenatal testing*. Columbus: Ohio State Univerity Press.
- Kent, Julie (2000): *Social Perspectives on Pregnancy and Childbirth for Midwives, Nurses and the Caring Professions*. Maidenhead: Open University Press.
- King, Patricia A. (1994): „Ethics and reproductive genetic testing: The need to understand the parent-child relationship.“ Pp. 98-104 in Karen H. Rothenberg, Elizabeth J.

- Thompson (eds.) *Women and prenatal testing*. Columbus: Ohio State University Press.
- Königsmarková, Ivana (2006): „Genetický screening“ (available at [http://www.aperio.cz/download/geneticky\\_screening.pdf](http://www.aperio.cz/download/geneticky_screening.pdf), accessed 15.8.2008).
- Koudelková, Vlasta (2007): “Problematika žen hospitalizovaných s rizikovým těhotenstvím.” *Moderní babičtví* 12: 22-30.
- Křížová, Eva (2004): ” Současné proměny lékařské role a vědění jako nástroj moci v demokratizující se společnosti.” Pp. 147-164 in Hana Mášová, Eva Křížová, Petr Svobodný (eds.) *České zdravotnictví. Vize a skutečnost složité peripetie od plánů k realizaci*. Praha: Karolinum.
- Kukla, Rebecca (2005): “Pregnant Bodies ad Public Spaces.” Pp.: 283-305 In Sarah Hardy, Caroline Wiedmer (eds.) *Motherhood and Space*. New York: Palgrave Macmillan.
- Landsman, Gail H. (1998): “Reconstruction motherhood in the age of "perfect" babies: mothers of infants and toddlers with disabilities.” *Sights* 24(1): 69-99.
- Layne, Linda L. (1996): „How’s the Baby Doing?” Struggling with Narratives of Progress in a Neonatal Intensive Care Unit.” *Medical Anthropology Quarterly* 10(4): 624-656.
- Lee, Christina (1998): *Women’s health*. London: SAGE Publications.
- Lee, Ellie, Emily Jackson (2002): „The pregnant body.“ Pp.:115-133 In Mary Evans, Ellie Lee (eds.) *Real Bodies*. Houndmill: Palgrave.
- Leichtentritt, Ronit D., Nurith Blumenthal, Anat Elyassi and Sigi Rotmensch (2005): „High-Risk Pregnancy and Hospitalization: The Women’s Voices.“ *Health & Social Work* 30(1): 39-47.
- Lesser, Yael, Jonathan Rabinowitz (2001): „Elective amniocentesis in low-risk pregnancies: Decision making in the era of information and uncertainty.“ *American Journal of Public Health* 91(4): 639-729.
- Lippman, Abby (1994): „The genetic construction of prenatal testing: Choice, consent, or conformity for women?“ Pp. 9-34 in Karen H. Rothenberg, Elizabeth J. Thompson (eds.) *Women and prenatal testing*. Columbus: Ohio State University Press.
- Lupton, Deborah (1999): “Risk and the ontology of pregnant embodiment” Pp.: 59-86 In Deborah Lupton (ed.) *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Macků, František, Evžen Čech (2002): *Porodnictví*. Praha: Infomatorium.
- Malacrida, Caludia (2002): “Alternative therapies and attention deficit disorder. Discourses of maternal responsibility and risk.” *Gender and Society* 16(3): 366-385.
- Markens, Susan, C.H. Browner, Nancy Press (1997): “Feeding the Fetus: On Interrogating the Notion of Maternal-Fetal Conflict.” *Feminist Studies* 23(2): 351-372.

- Markens, Susan, C.H.Bowner, Nancy Press (1999): "“Because of the risks”: how US pregnant women account for refusing prenatal screening.” *Social Science and Medicine* 49: 359-369.
- Martin, Emily (1987): *The Woman in Body*. Boston: Beacon Press.
- Mitchell, Lisa M., Eugenia Georges (1997): “Cross-cultural cyborgs: Greek and Canadian women’s discourses on fetal ultrasound.” *Feminist Studies* 23(2): 373-402.
- Mrzliková Susová, Ilona (2005): *Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004*. Praha: Aperio.
- Mullin, Amy (2002): “Pregnant bodies, pregnant minds.” *Feminist Theory* 3(1): 27-44.
- Ortner, Sherry (1998): “Má se žena k muži jako příroda ke kultuře.” Pp.: 90-114 in Libora Oates-Indruchová (ed.) *Dívčí válka s ideologií*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Pilnick, Alison (2004): ““It’s just one of the best tests that We’ve got at the moment”: the presentation of Nuchal Translucency Screening for fetal abnormality in pregnancy.” *Discourse and Society* 15(4): 451-465.
- Press, Nancy, Carole H. Browner (1994): “Collective silences, collective fictions: How prenatal diagnostic testing became part of routine prenatal care.” Pp. 201-218 in Karen H. Rothenberg, Elizabeth J. Thompson (eds.) *Women and prenatal testing*. Columbus: Ohio State University Press.
- Press, Nancy, C.H. Browner (1997): “Why women say yes to prenatal diagnosis.” *Social Science and Medicine* 45(7): 979-989.
- Rabušic, Ladislav (2002): *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako výzva?* (available at: [http://www.vupsv.cz/Starnuti\\_populace.pdf](http://www.vupsv.cz/Starnuti_populace.pdf) , accessed 21.3.2006).
- Rapp, Rayna (1994): “Women’s responses to prenatal diagnosis: A sociocultural perspective on diversity.” Pp. 219-233 in Karen H. Rothenberg, Elizabeth J. Thompson (eds.) *Women and prenatal testing*. Columbus: Ohio State University Press.
- Rapp, Rayna (1998): “Refusing prenatal diagnosis: The meaning of bioscience in a multicultural world.” *Science, Technology and Human Values* 23(1): 45-70.
- Rapp, Rayna (2001): „Gender, body, biomedicine: how some feminist concerns dragger reproduction to the centre of social theory.“ *Medical Anthropological Quarterly* 15(4): 466-477.
- Rodier, Kristin Anne (2007): *Biologism and Simone de Beauvoir: A phenomenological re-reading of the givens biology*. A Thesis Submitted to the College of Graduate Studies and Research. University of Saskatchewan (available at



<http://library2.usask.ca/theses/available/etd-09132007-183027/unrestricted/rodier.pdf>, accessed 13.7.2008).

*Rodička a novorozenec 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006.* (dostupné na: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

Rosenblatt, Roger A., Sharon A. Dobie, Gary Hart, Ronald Schneeweiss et al. (1997): "Interspeciality differences in the obstetric care of low-risk women." *American Journal of Public Health* 87(3): 344-350.

Rúdólfssdóttir, Annadís Greta (2000): „I'm not a Patient and I'm not a Child": The Institutionalization and Experience of Pregnancy." *Feminism & Psychology* 10(3): 337-350.

Sandelowski, Margareth (1994): „Separate, but less unequal: Fetal ultrasonography and the transformation of expectant mother/fatherhood." *Gender and Society* 8(2): 230-245.

Santalahti, Paivi, Elina Hemminki, Anne-Maria Latikka, Markku Ryyanen (1998): "Women's decision making in prenatal screening." *Social Science and Medicine* 46(8): 1067-1076.

Scheper-Hughes, Nancy, Margareth M. Lock (1987): "The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology." *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 6-41.

Shilling, Chris. 2007. "Sociology and the body: classical tradition and new agendas." Pp: 1-18 in Chris Shilling (ed.) *Embodying Sociology: Retrospect, progress and prospects*. Oxford: Blackwell Publishing.

Stainton. Colleen M. (1985): "The fetus: A growing member of the family." *Family Relations* 34: 321-326.

Wareen, Samantha, Joanna Brewis (2004): "Matter over Mind? Examining the Experience of Pregnancy." *Sociology* 38(2): 219-236.

Williams, Simon J., Michael Calnan (1996): "The "limits" of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in "late" modernity." *Social Science & Medicine* 42(12): 1609-1620.

Woodward, Kath (2003): "Representations of motherhood." Pp.:18-33 in Sarah Earle, Gayle Letherby (eds.) *Gender, Identity and Reproduction*. Houndmills: Palgrave.

Young, Iris Marion (2004): „Pregnant Embodiment: Subjectivity and Alienation.“Pp. 46-61 in *On Female Body Experience*. New York: Oxford University Press.

Zinn, Jens O. (2008): *Social theories of risk and uncertainty*. Oxford: Blackwell Publishing.

## **9 MEDAILONKY INFORMANTEK**

### **Ivana (35 let)**

S paní Ivanou mě seznámila sestřička v nemocnici. Paní Ivana byla hospitalizována několik týdnů před porodem. Do nemocnice přijela sama ve chvíli, kdy měla pocit, že s těhotenstvím není něco v pořádku. Paní Ivana pocházela z Prahy a střeďočeskou nemocnici si vybrala sama díky jejímu prostředí o otevřenosti k přáním rodiček při porodu. Paní Ivana byla podruhé těhotná. Její první syn se jí narodil, když jí bylo dvacet let. Druhé těhotenství bylo neplánované, ale vítané. Paní Ivana měla vysokoškolské vzdělání. Pracovně vytížená byla i v době těhotenství. Paní Ivana měla o svém průběhu těhotenství i porodu jasné představy. Prostor si sama pečlivě vybírala a přišla do něj s vlastním porodním plánem.

### **Lucie (24 let)**

S paní Lucií jsem se seznámila v nemocnici. Paní Lucie byla vyučená cukrářka, která ale pracovala jako prodavačka. Byla podruhé těhotná. První těhotenství proběhlo bez komplikací. V desátém týdnu těhotenství se u ní objevilo krvácení. Od té doby byla na neschopence a její těhotenství bylo onačeno jako rizikové. Paní Lucie ale svůj pobyt na neschopence do značné míry připisovala i pracovnímu prostředí, které bylo pro její stav nevyhovující. V době rozhovoru byla paní Lucie v 32. týdnu těhotenství, kdy se „začala otvírat“ a byla hospitalizovaná.

### **Katka (30 let)**

Paní Katka se ozvala na mou výzvu na stránkách sdružení Aperio. V době rozhovoru pobývala v Norsku. Z tohoto důvodu jsme spolu mluvily prostřednictvím onlinové komunikace (programem Skype). Paní Katka byla v této době několik měsíců po porodu a o svém těhotenství tak vyprávěla zpětně. Paní Katka měla vysokoškolské vzdělání a dál studovala v Norsku. O dítě se s manželem dlouho snažili. První těhotenství ale skončilo samovolným potratem. Na základě této zkušenosti přistupovala k svému těhotenství

s velkými obavami. Během těhotenství se u ní objevil nadbytek plodové vody, který jí ztěžoval pohyb, a voda nakonec musela být odebrána. Porod byl komplikovaný a paní Katce byla následně diagnostikována chronická nemoc, které sama přisuzovala značnou část komplikací v těhotenství.

### **Jana (29 let)**

Paní Jana mě kontaktovala sama na základě výzvy na stránkách sdružení Aperio. V době rozhovoru již byla několik měsíců po porodu. V osmnácti letech jí po operaci sdělili, že nemůže mít děti. Přesto ale po sedmi letech poprvé otěhotněla a po dalších pár letech znovu. Obě těhotenství byla riziková a paní Jana byla doma na neschopence, což byla situace, kterou snášela negativně. Paní Jana měla středoškolské vzdělání s maturitou a pracovala v kanceláři. Sama trpěla řadou zdravotních obtíží. Měla vrozenou vadu sluchu a potýkala se s řadou onemocnění, které byly geneticky dědičné. I z tohoto důvodu musela pravidelně docházet do rizikové poradny a byly jí nabízeny vyšetření, z nichž mnohé odmítala. Druhé těhotenství podle ní již probíhalo poklidněji.

### **Marie (28 let)**

S paní Marií jsem se seznámila v nemocnici, kde byla hospitalizována se zánětem močového měchýře. Paní Marie byla vyučená švadlena. V době rozhovoru měla již dvě děti. Jejím posledním těhotenství předcházela nečekaný potrat. Paní Marie si své komplikace nedokázala často sama vysvětlit a spoléhala se maximálně na pomoc lékařů. Její předchozí těhotenství probíhaly podle jejích slov „normálně“, ačkoliv i v jejich průběhu byla několikrát hospitalizována.

### **Lenka (29 let)**

S paní Lenkou jsem se zkontaktovala díky paní Janě, která byla její kamarádkou. Paní Lenka byla v době konání rozhovoru již po porodu a vzpomínala tak na své těhotenství retrospektivně. Paní Lenka měla vysokoškolské vzdělání a pracovala jako sociální pracovnice. Komplikace se u ní v těhotenství objevily hned na počátku. Již v sedmém

týdnu odešla na nemocenskou. Odchod z práce vnímala pozitivně, protože její práce byla fyzicky i psychicky náročná. V sedmnáctém týdnu těhotenství jí pak doktoři řekli, že se „zkracuje“. Od té doby byla upoutaná doma na lůžko, kde zbytek těhotenství ležela s podloženými nohama. Tato situace pro ni byla značně depresivní. Před porodem u ní navíc byla diagnostikována arytmie, která vedla k tomu, že u ní lékaři museli vyvolat porod.

### **Magda (22 let)**

S paní Magdou jsem se seznámila v nemocnici, kde byla hospitalizovaná kvůli plánovanému císařskému řezu. Paní Magda měla středoškolské vzdělání a toto bylo její druhé těhotenství. Oproti svému prvnímu těhotenství, které prožívala ve svých devatenácti letech, se v průběhu druhého těhotenství cítila jako „zralejší“ a snažila se své těhotenství více užít. Obě její těhotenství byla riziková hned od počátku. Paní Magda trpěla tělesným handicapem, který jí znesnadňoval pohyb a byl také příčinou komplikací. V porovnání s ostatními těhotnými ženami se považovala za znevýhodněnou. Absolvovala všechny prenatalní testy. Podle svých slov rovněž proto, že by při svém fyzickém stavu nezvládla starost o handicapované dítě.

### **Zuzana (34 let)**

Paní Zuzanu jsem potkala v nemocnici, kde byla hospitalizovaná z důvodů nečekaného krvácení. Paní Zuzana byla vyučená. Měla již jedno dítě a předchozí těhotenství probíhalo bez komplikací. V době rozhovoru čekala dvojčata, což byl také důvod, proč bylo její těhotenství označené za rizikové. Věk podle jejích slov v tomto ohledu nehrál žádnou roli. Oproti prvnímu těhotenství ale nepocítovala, že by jí byla věnována větší pozornost s ohledem na rizikovost těhotenství. Důvody náhlého krvácení neznala. Lékaři jí na takovéto otázky odpovídaly „že se to stává“.

### **Eva (31 let)**

S paní Evou jsem se seznámila v nemocnici, kde byla v té době hospitalizovaná již několik týdnů. Paní Eva měla vysokoškolské vzdělání. V době rozhovoru studovala další magisterský obor a své studium kvůli těhotenství přerušila. Paní Eva měla již pětiletou dceru. Před popisovaným těhotenství prodělala potrat. Další těhotenství zprvu probíhalo bez komplikací. V šestém měsíci se ale objevily komplikace s odtokem plodové vody. Následně byla na dva týdny hospitalizovaná. Komplikace se ale objevily znovu a paní Eva před porodem strávila šest týdnů v nemocnici. Rozhovor jsme spolu dělaly krátce před jejím plánovaným císařským řezem.