



Esej
Zodpovědná volba místa porodu?
Normativita rizikovosti porodu

SOC 589: SOCIOLOGIE MEDICÍNY

Daniela Rendl
UČO: 65273

Počet znaků: 16 435

Ve své eseji se budu zabývat *normativitou* pojící se s možností svobodné volby místa porodu v České republice. Toto kontroverzní téma budí velké vášně, na jedné straně je byt' i jen myšlenka na jeho realizaci projevem hazardérství¹, na straně druhé je ilustrací snahy o zodpovědnou volbu aktivních rodičů². Způsob, kterým na tento fenomén pohlížíme, je závislý na diskursu³, skrze který ho uchopujeme.

Výrazně dominantní postavení na tomto poli zaujímá *biomedicínský diskurs*⁴, který akcentuje především trvalou přítomnost rizik, jimž je třeba preventivními zásahy nejen předcházet, ale skrze poukaz k nim je možné *disciplinovat* rodičí a těhotné ženy k podrobení se poskytované péči. Druhým možným diskursem pohledu na porod, v naší společnosti výrazně minoritním je *diskurs porodní asistence*⁵, který pracuje s představou těhotenství a porodu jako přirozených procesů, které je třeba podporovat.

Současný stav porodnické péče v ČR se vyznačuje výraznou hegemonií poskytované péče na základě vztahu lékař / lékařka – rodička. Jak píše Slepíčková, Šlesingerová a Šmídová, v České republice je nastavení péče o těhotnou a rodící ženu takové, že téměř všechny ženy rodí (a mnohé páry i plodí) pod dohledem lékařů, existuje už i předtěhotenský lékařský dohled, a tento systém těhotenského dohledu je detailně propracován a silně normován (Slepíčková, Šlesingerová, Šmídová 2012:101). Podoba této péče se odvíjí od dominantního postavení *biomedicínského diskursu*, který rámuje těhotenství a porod jako vysoce rizikové procesy, které je třeba kontrolovat, testovat, opravovat, usměrňovat a léčit. Naopak odmítnout riziko jako úhelnou charakteristiku obrazu těhotenství a porodu symbolicky znamená být „nečistý“⁶, nebýt hoděn uznání.

Nastavení, v němž by každá žena měla skrze předepsanou sadu vyšetření, tedy na základě empirických dat poskytovat důkazy, že je zdravá a tedy nemá nárok na specializovanou léčbu, zcela odpovídá *medicině dohledu*, jak ji popsal David Armstrong (Armstrong 1995). Tato současná podoba medicíny vyhledává rizika nejen na úrovni genů, ale také v konkrétním životním stylu, ale také pracuje s konceptem morální zodpovědnosti za zdraví, tedy přisuzování „viny“ jednotlivým aktérům (Armstrong 1995). Představa morální zodpovědnosti za zdraví v sobě zahrnuje také představu, že zdraví je něco, čeho lze dosahovat, žena tak skrze podstoupená vyšetření a terapii dokazuje, že si zaslouží „zdravé

¹ Vladimír Dvořák: „my vůbec nezpochybujeme svobodu té ženy, rodit, kde chce, ale nemůžeme říci, že je to srovnatelně bezpečné a že to doporučujeme, že my nejsme ti, co zakazují, my jenom říkáme, že je to nezodpovědný hazard“ (Masarykovy 2012).

² Petra Sovová: „že ženy se v drtivě většině rozhodují pro porod doma, aby nebyl narušen jejich vztah s dítětem, aby to jejich dítě, mělo ty nejlepší podmínky pro svůj vstup do života“ (Masarykovy 2012).

³ Foucault zavedl termín diskurs jako určování způsobu, jak o jakémkoli předmětu smysluplně hovořit: „*Diskurs uvádí moc do pohybu a produkuje ji, posiluje ji, ale také ji podkopává, vystavuje ji pohledu, činí ji zranitelnou a umožňuje její omezování.*“ (Foucault 1999: 118) Diskursy definují témata, produkují objekty / předměty znalosti. Vztah moci a diskursu není jednosměrný, diskursy moci slouží a zároveň jí také omezují.

⁴ Označovaného také jako technokratický či lékařský.

⁵ Jindy označovaného jako holistický, přirozený, model zaměřený na ženy či komunitní.

⁶ Klasická práce Mary Douglas ukazuje, že společnost zachovává svou stabilitu skrze uznávání symbolického řádu, v jehož základu jsou binární opozice bezpečný / nebezpečný, čistý / nečistý a právě volba porodu mimo instituci nemocnice takto konstruovaný sociální řád narušuje, neboť neuznává a zpochybňuje ritualizovanou „čistotu“ a „bezpečnost“ porodu (Douglas 1966).

dítě“. Neboť moderní medicína skrze péči o zdraví získala moc nad celou společností. Všichni jsme „povinni“ pečovat o své zdraví, tedy snižovat rizika, která pojmenovává / konstruuje / *normativizuje* moderní medicína. Deborah Lupton píše, že současná medicína je „vnímána jako prostředek ke zmírnění odlišností, shovívavý způsob, jak pacienty vrátit k normativitě, a tím i k udržování společenského řádu v konsenzuální společnosti (Lupton 2012:43). Byl to již Michael Foucault, kdo při svém zkoumání moderní moci poukázal právě na její úzké propojení s výrazným vzestupem významu *normy* a *normativity* (Foucault 1999: 167).

Skrze *medicínu dohledu* naše postmoderní současnost zužuje *normu*, čímž významně snižuje naši tolerance k rozdílům. Jak píše Clarke stále se rozšiřující dosah medicínské interpretace životních událostí, jako patologie dochází k zužování kategorie normativity a také ke konstruování nemocné a odlišné většiny (Clarke et al. 2003). Ivan Illich ve své radikální kritice současné medicíny píše, že medicínské instituce vytvářejí nerealistické představy o zdraví, a na základě takto konstruovaných představ se ve společnosti zvyšuje poptávka po léčbě a současně také závislost společnosti na lékařských zásadách (Illich 1967). Současná *medicína dohledu* skrze ustavování kategorií *normativity* zužuje představu zdravého porodu⁷, jako fyziologického procesu až k současné obavě označit za zdravé cokoli před ukončením porodu⁸. Jak píše Šmídová, Šlesingerová a Slepíčková: „reprodukční biomedicína má vysoce normativní charakter, odráží dominantní sociální hodnoty a opatření, současně je přičemž je současně napodobuje i ovlivňuje⁹“ (Slepíčková, Šlesingerová, Šmídová 2015:14). Autorky také zmiňují, že definuje charakteristiky toho, kdo je vhodný k reprodukci, jaké dítě je „normální, či jak by se měla chovat zodpovědná matka nebo otec (Šmídová, Šlesingerová, Slepíčková 2015:14).

Ženy volící asistovaný porod mimo zdravotnické zařízení, čímž zásadně vystupují mimo *normu* „zodpovědné matky“. Pokud si uvědomíme, že současně také považují za vhodnou péči u porodu takovou¹⁰, která má shodné rysy s péčí, jež poskytovali sami lékaři v historicky starší éře *medicíny u lůžka* (Armstrong 1983), je nasnadě, že takováto volba je zastánci *biomedicínského diskursu* dehonestována jako kvalitativně nižší, zastaralá a překonaná a ženy, které ji volí, nebo požadují, jako „hazardérky“. Moderní porodnictví je totiž na rozdíl od této historicky starší podoby péče, která je definována podporou

⁷ Hannah Kjaergaard představila názorný příklad posunu vnímání normy z pohledu minimalizace rizika komplikací v medicíně. Na základě citací z lékařských učebnic porodnictví předložila přehled vývoje doporučení k porodu vzhledem k jeho délce: zatímco ve 20 letech byla jediným doporučeným lékem na slabé kontrakce a dlouhý porod trpělivost (stejně tak ještě v roce 1935), učebnice z roku 1967 konstatuje, že do 30 hodin porodí % žen a tyto mohou bez potíží porodit mimo nemocnici, v učebnici z roku 2002 se píše: „dysfunkčním porodem rozumíme takový, který postupuje méně než 1,2cm za hodinu, a je třeba ho urychlit užitím amniotomie a/nebo oxytocinem.“ (Překlad autorky.) (Kjaergaard 2010).

⁸ „Rozpoznat, zda těhotenství skončí fyziologickým porodem, či nutností porodnické operace, je dopředu nemožné, neboť porod je dynamický proces, který se může zkomplikovat v kterékoliv fázi svého průběhu. Kdykoliv může dojít k akutním komplikacím, bezprostředně ohrožujícím život plodu (...), nebo matky (...), nebo k ohrožením obou současně (...).“ (ČLK 2013)

⁹ (Překlad autorky)

¹⁰ Tato podoba péče je charakterizována primárně vztahem mezi porodní asistentkou a z něj plynoucí odpovědností konkrétního poskytovatele péče, komunikací tváří v tvář, z níž pocházejí informace, jež artikuluje žena a domov jako místo péče.

fyziologických procesů, založeno na technických intervencích do porodního procesu i ženského těla, skrze expertní manipulaci,¹¹ Podobu této péče lze popsat skrze foucaultův koncept *pastýřské moci*, který popisuje takovou moc, která nejenže pečuje o prospěch jednotlivce a tím celé společnosti, ale také si nárokuje znát, co se děje v hlavách členů společnosti, tedy implikuje znalost svědomí a schopnost je řídit (Foucault 2003:205). *Pastýřská moc* je charakterizována snahou kontrolovat to o čem a jak příjemkyně péče přemýšlejí, neboť podstatným rysem moderní moci není viditelné násilí, ale snaha o internalizaci hodnotových rámců moci každým jednotlivým členem společnosti. Tato forma moci není represivní, *normativita* ovlivňuje jednotlivce i skupiny lidí především na základě jejich vlastního přijetí *normy* a jejich internalizované *disciplinace* (Foucault 2000).

Normativita těhotenství a porodu stanovovaná moderní medicínou, tedy nositeli *biomedicínského diskursu* výrazně ovlivňuje, jaké chování je ve společnosti vnímané jako vhodné a zdravé, tedy odpovídající *normě*. Peter Conrad a Kristin K. Barker ve své práci upozorňují, že „nemoc“ je ve stejné míře produkt sociální, jako lékařsko-vědecký (Conrad, Barker 2010:s76). Deborah Lupton zase upozorňuje, že *norma* jako je „nemoc“, je výsledek „specifických historických a politických okolností, na něž lékařská praxe reagovala“ (Lupton 2012:43). Tedy nemoc, diagnóza a tedy i těhotenství jsou *normy*, které se v čase a v různých společnostech, tedy v odlišných *diskurzech* proměňují, což jasně ilustruje fakt, že „na počátku dvacátého století, nebylo těhotným ženám doporučeno řídit auto nebo tančit, z důvodu, že tyto činnosti ohrožují zdraví jejího nenarozeného dítěte (Conrad, Barker 2010). V rámci *medicíny dohledu* a její představě, že zdraví je něco, čeho lze skrze *normativně* ustavené jednání dosahovat, se tedy každá těhotná žena skrze podstoupená vyšetření, terapii a „zdravý životní styl“ přibližuje, nebo vzdaluje *normě* zodpovědné matky a tím dokazuje, zda si zaslouží „zdravé dítě“.

Koncepty *pastýřské moci* a *medicíny dohledu* a z nich plynoucí ustavování *normativity* bych ráda ilustrovala na výpovědích žen, které mají opakovanou porodní zkušenost, jež zahrnuje porod v nemocnici i mimo zdravotnické zařízení. Během rozhovorů¹² bylo v několika momentech zcela zřejmé, že se odehrávají v prostředí, v němž je nezpochybnitelná dominance *biomedicínského diskursu*, a v němž je plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení považován za překročení *normativity*. Hegemonie *biomedicínského diskursu* významně ovlivňuje samotnou podobu toho, jak o svých porodech sami aktérky přemýšlí:

11 „Vzestup mužské účasti a intervencí do porodního procesu byl následkem širokého kulturního přijetí metafory „těla stroje“ na Západě a doprovodného přijetí metafory pro ženské tělo jako vadného stroje – to je metafora, která stvořila filozofické základy moderního porodnictví. Porodnictví se již od svých počátků snažilo vyvinout nástroje a technologie pro manipulaci a zlepšení neodmyslitelně vadného, a proto nelogického a nebezpečného procesu rození.“ (Davis-Floyd 1992:51)

¹² Rozhovory jsem vedla v rámci přípravné fáze mé diplomové práce, uskutečnily se na podzim roku 2015, mluvila jsem se dvěma ženami, které žijí ve městě, mají vysokoškolské vzdělání a porodily tři děti. Použila jsem metodu hloubkových polostrukturovaných rozhovorů, které jsem začínala obecnou otázkou na jejich porodní zkušenost a následně jsem se snažila vytvořit důvěrné a bezpečné prostředí, v němž by pro ženy bylo snadnější mluvit o zpracovávání rizika, které se v jejich pohledu vázalo k jejich volbám. Označuji je fiktivními jmény. Některé části rozhovorů a jejich analýzu jsem použila v závěrečné práci do kurzu SOC560 Sociologický výzkum.

„ ... kdyby nás nespojovala tato volba, tak bych asi o rizicích, která jsem si připouštěla, vůbec nemluvila, já nechci nikoho přesvědčovat, že je to skvělý extatický zážitek, který je duchovně obohací. Pro mě bylo období před mým druhým porodem velmi náročné.“ (Joan)

Z této citace je zřejmé, že má konverzační partnerka si uvědomuje, že její volba porodit své druhé dítě mimo zdravotnické zařízení neodpovídá společenské normě. Popisuje, že tato volba pro ni byla „náročná“, a není ochotná o rizicích, které se s ní pojí jen tak mluvit, protože si *normativitu*, která se s porodem pojí, uvědomuje. To se odráží také v následující pasáži, v níž popisuje svůj první porod, který se odehrál v nemocnici:

„no víš, ono to zní divně, ale já chtěla, aby mě pochválili, a oni vždy přišli, zkontrolovali mě zevnitř a monitorem a to jim stačilo. Když to postupovalo, tak se patka usmála a už na odchodu se ptala, jestli něco nepotřebuju, když to nepostupovalo, tak se nesmála (...) a chrlila návrhy po sobě, tak jsem vybrala to, co mě vadilo nejméně, jsem myslela, hlavně, aby nás nezařadili do potíživců, když jsem chtěla to dítě u sebe hned. Teď zpětně vím, že to je nesmyslný obchod ... jako chápeš to, kdyby na mě houkli, nebo něco nařídili, že „tak se to dělá“, to by asi muž mě bránil, anebo já se ozvala, ale oni byli fakt laskaví a tak já dělala, co řekli, jak ovce.“ (Joan)

Má konverzační partnerka se během vlastního porodního procesu zajímala o to, jak ji hodnotí personál nemocnice, což je přímá ukáзка disciplinace k normě, která má původ v internalizaci těchto norem samotnou respondentkou, ona zde není objektem disciplinární moci medicíny, ale disciplinujícím se subjektem. Sama koriguje své chování, aby se vyhnula zařazení do skupiny „potíživců“, tedy mezi ty, jež v hodnocení poskytovatelů péče neodpovídají *normativitě*. Ona sama reflektuje, že „obchoduje“ svou konformitou s rolí pacientky v nemocnici za následnou „vstřícnost“ personálu. Tedy ona sama, vědoma si toho, co je od ní očekáváno, volí jednání, které je v souladu s *normativitou* a artikuluje také podmíněnost svého chování tím, že poskytovatelé péče byli „laskaví“, což zpětně ona sama vnímá jako podmínku toho, že ona sama „dělala, co řekli, jak ovce“, čímž umocňuje obraz aplikace *pastýřské moci*, neboť právě laskavost je její významnou charakteristikou.

Koncept *pastýřské moci* lze ilustrovat nejen na péči poskytované v rámci *biomedicínského diskursu*, ale velmi dobře se tento koncept ukazuje také v případě péči poskytované v *diskursu porodní asistence*:

„Na jedné poradně u Rebeky (fiktivní jméno porodní asistentky, pozn. autorky), bylo to ve 35 týdnu, jsme mluvily o tom, že toho mám moc, že jsem unavená, že nemám klid, že pak všechno hůř snáším a ona řekla, že vody mám naopak dost málo a že by to viděla na kontrolu v nemocnici, to mě donutilo, fakt jsem dala nohy nahoru, odpočívala pila, mluvila na miminko a bylo to to nejlepší, co jsem mohla udělat ... nikam jsem nemusela“ (Suzanne)

Sama Suzanne používá výraz „donutilo“ tedy jazykově reflektuje mocenský aspekt tohoto vztahu. Porodní asistentka ji nabádá k vyšetření, pokud nebude věnovat více pozornosti svému tělu a svému těhotenství. Lze říci, že „pohrůžka“ nevídaným vyšetřením ji motivuje k chování, které je žádoucí. Vědomě se podrobila změně životního stylu, zcela v intencích

péče skrze dohled na *normativitu* a morální zodpovědnost za zdraví, tak jak ji chápe *pastýřská moc* (Foucault 2003) a také *medicína dohledu* (Armstrong (1983).

Spojení těhotenství a porodu s *normativitou*, ukazuje i poslední z ukázek rozhovorů, které jsem vedla se ženami, jež mají zkušenost s porody, které proběhly v obou zmiňovaných *diskurzech*:

„Jasně, že každý porod je jiný, protože se rodí jiné dítě, ale tak máš nějakou představu, já pořád hledala polohu, aby mi bylo dobře a abych mohla já dítě chytit, když jsem o tom pak přemýšlela, tak mě nevadilo, že na něj šahala, já jsem jen nějak žila s tou představou, že musím sama, kvůli těm pachům a tak, ale stejně, co bych dělala, kdybych byla sama.“ (Joan)

V této části rozhovoru je zřetelně vidět, že pokud opustíme nároky dominantního *diskursu*, *normativity* se tím nezbavíme. Také *porodně asistentský diskurs* má svou *normativitu*, což se odráží v respondentčině vyprávění, ze kterého je zřejmé, že ona sama nevnímala fyzický kontakt mezi porodní asistentkou a jejím právě narozeným dítětem jako nevhodný, ale *normativita* vytvářená *diskursem porodní asistence* ovlivňovala její chování při porodu.

Analýzou vybraných částí rozhovorů jsem se pokusila přiblížit mocenské pole a vlivu *normativity* na podobu obrazu porodu v naší společnosti. Skrze pozornost k minoritní zkušenosti porodu mimo zdravotnické zařízení jsem se snažila ukázat, že obraz porodu závisí na tom, jaký *diskurs* ho rámuje a, že nelze uplatnit představu jediné neměnné a nezpochybnitelné *normativity* porodu. Stejně jako je třeba při posuzování legitimacy zodpovědnosti volby místa porodu zohlednit, že *biomedicínský diskurs* nepředstavuje objektivní, neměnnou a hodnotově neutrální sadu vědění a proto je otázka, zda je oprávněné označení této volby jako „nezodpovědného hazardérství“.

Použitá literatura:

Armstrong, D. 1983. *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press. Cahill, Heather A. 2001 „Male Appropriation and Medicalization of Childbirth: A Historical Analysis.“ *Journal of Advanced Nursing*. 33(3): 334-342.

Armstrong, D. 1995. „The rise of surveillance medicine.“ *Sociology of Health & Illness* 17 (3): 393 – 404.

Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine. *American sociological review*, 161-194.

Conrad Peter and Kristin K. Barker. 2010. „The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications“. *Journal of Health and Social Behavior*.

ČLK 2013. *Odborné stanovisko Vědecké rady ČLK k porodům v domácnosti*. [online] Praha: ČLK. [cit. 2. 1. 2016] Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_99307](http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99307)

- Douglas, Mary. 1966. *Purity and Danger: an Analysis of the concept of Pollution and Taboo*.
- Davis-Floyd, Robbie. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. University of Berkeley: California Press
- Foucault, Michel. 1999. *Dějiny sexuality I. Vůle k vědění*. Praha: Hermann & synové.
- Foucault, Michael. 2000. „The Birth of Social Medicine“ in Michael Foucault, *Essential Works III: Power*. New York: The New Press.
- Foucault, Michel. 2003. „Subjekt a moc.“ In *Myšlení vnějšku*. Praha: Hermann & synové.
- Kjaergaard, Hannah. 2010 „Medicalisation of childbirt - have we gone too far?“ [online] 18. kongres blev afholdt fra den 3.-5. juni 2010. Bella Centeret i København: NJF 2010. [cit. 2. 1. 2016] Dostupné z: <http://www.jordemoderforeningen.dk/fag-forskning/internationalt-samarbejde/njf-2010/>.
- Lupton, D. 2012. *Medicine as culture: illness, disease and the body*. Sage.
- Masarykovy debaty 2012. Nemocnice je jediné bezpečné místo pro porod. [online] Brno: Masarykovy debaty. [cit. 10. 1. 2015] Dostupné z: <http://www.masarykovydebaty.cz/debaty/nemocnice-je-jedine-bezpecne-misto-pro-porod>
- Slepičková, Lenka, Eva Šlesingerová, Iva Šmídová. 2012. „Biomoc a reprodukční medicína: konceptuální inspirace pro český kontext.“ *Sociologický časopis* 48 (1): 85-10
- Šmídová, I, Šlesingerová, E. Slepičková, L. 2015. *Games of Life. Sociological Perspectives*. Brno: Munipress.