

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Bc. Markéta Suchánková

**Analýza diskursů porodu ve vybraných
českých médiích**

Diplomová práce

Praha 2015

Autor práce: **Bc. Markéta Suchánková**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Jiří Kabele, Ph.D.**

Rok obhajoby: 2015

Bibliografický záznam

SUCHÁNKOVÁ, Markéta. *Analýza diskursů porodu v českých médiích*. Praha, 2015. 75 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce Prof. PhDr. Jiří Kabele, Ph.D.

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na analýzu sporu ohledně domácích porodů a diskursů s ním spojených. Možnost volby místa a průběhu porodu je českém prostředí stále velmi omezená a domácí porody jsou předmětem kontroverze mezi odbornou lékařskou veřejností a státními institucemi na straně jedné a porodními asistentkami, občanskými hnutími a angažujícími se matkami na straně druhé. Téma rozděluje laickou i odbornou veřejnost. Je nastolováno mimo jiné prostřednictvím diskursů, které odrážejí názory a stanoviska dvou znesvářených skupin – zastánců lékařsky vedeného porodu a stoupenců porodu přirozeného. V rámci mediálního zpravodajství lze identifikovat dva hlavní proudy diskursivní formace, rozptylu konceptů, tematických výběrů, objektů a modalit dospívání ke tvrzením – diskurs lékařský a diskurs přirozený.

Kontroverze obou diskursů v českých médiích eskalovala kauzou s porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou, která v roce 2009 asistovala u domácího porodu, který skončil tragicky – vážným poškozením a následnou smrtí dítěte. Právě na případu Ivany Königsmarkové a jeho prezentace v médiích ilustruji, jakým způsobem stoupenec obou soupeřících koncepcí konstruuje diskursivní objekt (domácí porod), jaké prostředky využívají k produkci svých tvrzení, čím se ospravedlňují a legitimizují své jednání a jaké využívají strategie k prosazení svých idejí. Analyzovat budu články k danému tématu ve třech nejčtenějších českých „seriózních“ denících – Mladé Frontě Dnes, Právu a Lidových novinách. Pomocí koncepce režimů ospravedlňování Luca Boltanskiho dále ukážu, že se diskursy pohybují v odlišných hodnotových systémech a svá tvrzení podpírají pomocí jiných řádů hodnot.

Abstract

The thesis focuses on the analysis of a dispute regarding home birth and discourses associated with it. The thesis focuses on the analysis of a dispute regarding

home birth and discourses associated with it. The thesis focuses on the analysis of a dispute regarding home birth and discourses associated with it. Choice of location and process of giving birth in Czech environment remains very limited and domestic deliveries are subject of controversy among professional medical community and state institutions on the one hand and midwives, civil movements and committed mothers on the other hand. Theme divides lay and expert public. It's established through discourses, reflect the views and opinions of the two quarreled groups - supporters of medically controlled childbirth and supporters of natural birth. In the context of media reporting can be identified two main streams of discursive formations, scattering of concepts, thematic choices, objects and modalities of coming to the statement - medical discourse and natural discourse. The controversy both discourses in the Czech media escalated with court case with midwife Ivana Königsmarková, who in 2009 assisted at home birth that ended tragically - serious damage and subsequent death of a child. Just on the case of Ivana Königsmarková and its presentation in the media I want illustrate, how the supporters of the two competing concepts constructed discursive object (home birth), what means are used to produce their claim, how they justify and legitimize their actions and what strategies are used to promote their ideas. I will analyze articles on the topic in the three most widely read Czech "serious" newspapers - Mlada Fronta Dnes, Pravo and Lidove noviny. Using the concept of justificative regimes by Luc Boltanski also show that the discourses vary in value frameworks and support their claims using other systems of values.

Klíčová slova

domácí porod, diskurs, diskursivní analýza, diskurs lékařsky vedeného porodu, diskurs přirozeného porodu, porodní asistentka, Ivana Königsmarková

Keywords

"homebirth", "discourse", "discourse analysis", "discours of natural childbirth", "discourse of medical childbirth", "midwife", "Ivana Konigsmarková"

Rozsah práce

124 190 znaků s mezerami

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Bc. Markéta Suchánková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce za cenné připomínky a trpělivost a mamince za její neutuchající podporu v mém studiu.

Institut sociologických studií

Teze diplomové práce

Předpokládaný název diplomové práce

Analýza diskursů porodu ve vybraných českých médiích

Student: Bc. Markéta Suchánková

Konzultant: Prof. PhDr. Jiří Kabele, Ph.D.

Námět práce – formulace a vstupní diskuse poznávacího problému

Porod je nejen ústřední a významnou událostí v životě ženy a rodiny, ale význam má i z hlediska sociálního, protože díky procesu rození se společnost reprodukuje, a tím pádem obnovuje. Zejména narození prvního potomka je důležitým mezníkem ženského a rodinného života a přechodovým rituálem, prostřednictvím něhož nabývají jedinci nového statusu – rodičů.

Porod má značný význam z hlediska individuálního a psychologického, sociologického, kde jsou sledovány jeho dopady na životní a rodinný cyklus či postavení žen na pracovním trhu, demografického, neboť počet, pořadí a vliv koncepce na uzavření sňatku jsou dlouhodobě sledované statistické ukazatele a antropologického, kde je chápán jako významný přechodový rituál. Sociální věda přistupuje k porodnímu procesu z perspektivy sociologie medicíny. *„tematika reprodukce, především pak ve vztahu k ženskému zdraví, zaujímá na poli sociálního studia zdraví výsadní postavení“* a většina prací se také zabývá problematikou ženské reprodukce na úkor té mužské. (Hrešanová, 2008: 8)

Ve své práci se zaměřuji na sociální dimenzi porodu a na sociokulturní kontext, kterým je obklopen. V českém prostředí tento kontext formuje především mediální debata o volbě místa porodu a přípustných praktikách během porodu užívaných. Fakt, že rození dětí je pro společnost prostředkem její reprodukce, je také důvodem, že perinatální a prenatalní péče představuje jednu z klíčových sfér zdravotnictví, ačkoliv se tato péče na první pohled liší od jiných oblastí medicíny, protože se, vyjma malého množství patologických případů, soustředí na zdravé ženy a zdravé novorozence. Přesto jsou však zdravé ženy a děti nazíráni jako „pacienti“, kteří by se měli podrobit ve svém vlastním zájmu lékařem navržené „léčbě“. S tímto pohledem však řada nejenom

tuzemských rodiček, ale ani porodních asistentek nesouhlasí a požadují méně autoritativní, intervenující a rutinní přístup. Některé se snaží prosadit humanizaci a demokratizaci porodnické praxe ve zdravotnických zařízeních, jiné se uchylují k alternativám nemocničních porodů. Protože však jediné alternativní, státem posvěcené zdravotnické zařízení, kde bylo možné vést porody pouze za přítomnosti porodních asistentek, Porodní dům U Čápa, už oprávnění k vedení porodů nemá, jedinou možností žen, které odmítají lékařsky vedený porod, je porod v domácnosti. Toto jednání se však střetává s odmítnutím lékařů, kteří se proti němu snaží všemi dostupnými prostředky bojovat a bojkotovat ho.

Téma domácích porodů je tudíž předmětem kontroverze mezi odbornou veřejností tvořenou především lékaři, zdravotníky či představiteli Ministerstva zdravotnictví, a soukromými porodními asistentkami, humanitně vzdělanými odborníky a samotnými matkami. V současné době se spor ohledně místa porodu neomezuje jen na medicínu a zdravotnictví, ale vstupuje do sféry právní, politické a prostřednictvím mediálních diskursů se dostává též k široké veřejnosti. Kontroverze má tudíž rozměr nejenom odborný, ale také politický, ekonomický a právní. Mediální diskursy jsem identifikovala jako diskurs přirozený a diskurs lékařský. V rámci těchto dvou diskursů jednotlivé strany sporu legitimizují své jednání. Analýzou mediálních článků referujících o soudním sporu mezi porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou a Ministerstvem zdravotnictví demonstruji, z jakých pozic obě strany sváru ospravedlňují své postupy, v jakých hodnotových rámcích se pohybují a jakým způsobem konstruují argumenty. Popíšu, jaké jsou strategie jednotlivých stran sporu při utváření diskursů.

Výzkumné cíle a otázky

Jaké jsou strategie stran sporu pro utváření diskursů? Jakým způsobem je prezentována kauza porodní asistentky Ivany Königsmarkové ve vybraných médiích a jaké výpovědi média vybírají?

Předpokládané metody zpracování

Předpokládanou výzkumnou metodou je diskursivní analýza. Diskursivní analýza je vhodnou metodou v případě nejasných, ambivalentních či kontroverzních veřejných témat, a domácí porody kontroverzním tématem nepochybně jsou. Prostřednictvím analýzy mediálních článků v denících MF Dnes, Právo a Lidové noviny

v období 2009–2013 se pokusím zjistit, jak je výzkumný objekt (domácí porod) konstruován lékařským diskursem a diskursem přirozeným. Kódování článků bude probíhat v programu pro zpracování kvalitativních dat – Atlasu.Ti.

Předpokládaná struktura práce

1. Úvod
2. Stav současného poznání
3. Teoretická část
4. Metodologická část
5. Zjištění
6. Závěr

Orientační seznam literatury

- Boltanski, L., L. Thévenot. 2006. *On Justification: Economies of Worth*.
- Davis – Floyd, R., C. F. Sargent. 1997. *Childbirth and Autoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press
- Foucault, M. 2002. *Archeologie vědění*. Praha: Herrmann a synové.
- Foucault, M. 1994. *Diskurs, autor, genealogie: tři studie*. Praha: Svoboda.
- Hasmanová Marhánková, J., E. Hrešanová. 2008. „Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami.“ Sociologický časopis 44 (1): 87 – 112.
- Hašková, H. 2001. *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Hrešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita.
- Trampota, T., M. Vojtěchovská. 2010. *Metody výzkumu médií*. Praha: Portál.
- Zábrodská, K. 2009. *Variace na gender. Poststrukturalismus, diskursivní analýza a genderová identita*. Praha: Academia.

Obsah

ÚVOD	12
1 FORMULACE PROBLÉMU	14
1.1 Porod v kontextu společenského vývoje v ČR	14
1.2 Dvě soupeřící koncepce vedení porodu	16
1.2.1 Lékařsky vedený porod	17
1.2.2 Přirozený porod	18
1.2.3 Svár idejí.....	19
1.3 Ztělesnění kontroverze v praxi	21
1.3.1 Příklad porodní asistentky Ivany Königsmarkové	21
1.3.2 Další soudní kauzy střetu dvou koncepcí vedení porodu	23
1.4 Organizace a sdružení angažující se v rámci sporu	25
1.4.1 Česká lékařská komora	25
1.4.2 Česká gynekologická a porodnická společnost.....	26
1.4.3 UNIPA - Unie porodních asistentek.....	27
1.4.4 HAM - Hnutí za aktivní mateřství	28
1.4.5 Aperio – společnost pro zdravé rodičovství.....	28
1.4.6 Liga lidských práv.....	28
1.5 Právní rámec poskytování porodní péče v ČR	29
1.5.1 Právní regulace porodní asistence v ČR.....	30
1.5.2 Registrace porodních asistentek	32
1.5.3 Otázka úhrady péče porodních asistentek.....	33
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	34
2.1 Ulrich Beck – povaha rizik v současné společnosti	34
2.2 Hodnotové systémy a režimy ospravedlňování v pojetí L. Boltanski a L. Thévenota	35
2.3 Analýza diskursu dle Michela Foucaulta	38
2.4 Brigitte Jordan – konstrukce „autoritativního“ vědění	40
3 METODOLOGIE	44
3.1 Stručné seznámení s metodou	44
3.2 Výběr dat pro diskursivní analýzu	45
3.3 Identifikace diskursů	45
3.4 Kódování	46
4 ZJIŠTĚNÍ	48
4.1 Diskurs lékařsky vedeného porodu v mediálních článcích	48
4.1.1 Legitimizace jednání na základě statusu lékaře.....	49
4.1.2 Statistiky a výsledky českého porodnictví	50
4.1.3 Psychosociální argumenty pro nemocniční porod.....	50
4.1.4 Konstrukce nelegálnosti domácích porodů.....	51
4.1.5 Nekompetentnost porodních asistentek k vedení porodu bez přítomnosti lékaře	52
4.1.6 Kritika jednání porodních asistentek či jejich profesních sdružení	52
4.1.7 Neakceptování zdrojů kontradiskursu.....	53
4.1.8 Stigmatizace „domorodiček“ a jiných stoupenců domácích porodů	53
4.1.9 Odpovědnost za porod	54

4.2	Diskurs přirozeně vedeného porodu v mediálních článcích.....	54
4.2.1	<i>Porovnání porodnických praktik v českých porodnicích s vyspělými státy.....</i>	56
4.2.2	<i>Porovnání zdravotních rizik porodů s asistentkou a porodů s lékařem</i>	56
4.2.3	<i>Důraz na kauzalitu psychického stavu rodičky a průběhu porodu</i>	57
4.2.4	<i>Poukázání na absenci porodní zkušenosti a necitlivost vůči rodičkám.....</i>	58
4.2.5	<i>Poukázání na svévolné jednání a nadřazenost lékařů</i>	59
4.3	Mediální články jako prostor pro manifestaci diskursů	59
4.4	Strategie diskursu lékařsky vedeného porodu k udržení hegemonie.....	60
4.5	Strategie aktérů diskursu přirozeného porodu	61
4.6	Identifikace řádů ospravedlňování v diskurzech	62
	ZÁVĚR.....	65
	POUŽITÁ LITERATURA.....	70

Úvod

Porod je nejen ústřední a významnou událostí v životě ženy a rodiny, ale význam má i z hlediska sociálního, protože díky procesu rození se společnost reprodukuje a tím pádem obnovuje. Zejména narození prvního potomka je důležitým mezníkem ženského a rodinného života a přechodovým rituálem, prostřednictvím něhož nabývají jedinci nového statusu – rodičů.

Porod má značný význam z hlediska *individuálního* a *psychologického*, dále *sociologického*, kdy jsou sledovány jeho dopady na životní a rodinný cyklus či postavení žen na pracovním trhu, *demografického*, neboť počet, pořadí a vliv koncepce na uzavření sňatku jsou dlouhodobě sledované statistické ukazatele, a *antropologického*, kdy je chápán jako významný přechodový rituál.

Sociální věda přistupuje k porodnímu procesu z perspektivy sociologie medicíny. „*Tématika reprodukce, především pak ve vztahu k ženskému zdraví, zaujímá na poli sociálního studia zdraví výsadní postavení*“ a většina prací se také zabývá problematikou ženské reprodukce na úkor té mužské. (Hrešanová 2008: 8)

Ve své práci se zaměřuji na sociální dimenzi porodu a na sociokulturní kontext, kterým je obklopen. V českém prostředí tento kontext formuje především mediální debata o volbě místa porodu a o přípustných praktikách užívaných během porodu.

Fakt, že rození dětí je pro společnost prostředkem její reprodukce, je také důvodem, že prenatální a perinatální péče představuje jednu z klíčových sfér zdravotnictví, ačkoliv se tato péče na první pohled liší od jiných oblastí medicíny, protože se, vyjma malého množství patologických případů, soustředí na zdravé ženy a zdravé novorozence. Přesto jsou však zdravé ženy a děti nazíráni jako „pacienti“.

Výzkumné práce zabývající se českým porodnictvím dochází k závěru, že v ČR s tímto pohledem však řada nejenom tuzemských rodiček, ale ani porodních asistentek nesouhlasí a požadují méně autoritativní, intervenující a rutinní přístup. (Hašková, 2001, Hrešanová, 2008)

Některé z žen se snaží prosadit humanizaci a demokratizaci porodnické praxe ve zdravotnických zařízeních, jiné se uchylují k alternativám nemocničních porodů. Protože však jediné alternativní, státem posvěcené zdravotnické zařízení, kde bylo možné vést porody pouze za přítomnosti porodních asistentek, Porodní dům U Čápa, už oprávnění k vedení porodů nemá, jedinou možností žen, které odmítají lékařsky vedený

porod, je porod v domácnosti. Toto jednání se však střetává s odmítnutím lékařů, kteří se proti němu snaží všemi dostupnými prostředky bojovat a bojkotovat ho.

Téma domácích porodů je tudíž předmětem kontroverze mezi odbornou veřejností tvořenou především lékaři, zdravotníky či představiteli Ministerstva zdravotnictví na jedné straně a soukromými porodními asistentkami, humanitně vzdělanými odborníky a samotnými matkami na straně druhé. V současné době se spor ohledně místa porodu neomezuje jen na medicínu a zdravotnictví, ale vstupuje do sféry právní, politické a prostřednictvím mediálních diskursů se dostává též k široké veřejnosti. Kontroverze má tudíž rozměr nejenom odborný, ale také politický, ekonomický a právní.

Mediální diskursy jsem identifikovala jako diskurs přirozený a diskurs lékařský.¹ V rámci těchto dvou diskursů jednotlivé strany sporu legitimizují své jednání. Analýzou mediálních článků referujících o soudním sporu mezi porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou a Ministerstvem zdravotnictví a o problematice domácích porodů z období let 2009 až 2013, kdy kauza probíhala, demonstruji, z jakých pozic obě strany sváru ospravedlňují své postupy, v jakých hodnotových rámcích se pohybují a jakým způsobem konstruují argumenty. Tuto kauzu považuji za mezník v mediálním zpravodajství ohledně domácích porodů a vyvrcholení kontroverze dvou znesvářených diskursů.

Téma jsem si zvolila proto, že je mi osobně blízké a o tuto problematiku se zajímám již delší dobu, navíc je stále aktuální, protože do dnešní doby nebylo dosaženo konsensu o tom, za jakých podmínek by porody mimo nemocnice mohly být vedeny a jaká by měla být podoba péče u tzv. normálního (fyziologického) porodu v porodnicích.

¹ Při pojmenování diskursů vycházím z práce Hany Haškové (2011), která formuluje proti sobě stojící koncepce přirozeného porodu a aktivně lékařsky vedeného porodu.

1 Formulace problému

V této části práce představím dva protichůdné přístupy k porodu, nastíním teoretická východiska jejich kontroverze a přiblížím spor mezi Ministerstvem zdravotnictví a porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou ohledně tragického domácího porodu, při kterém Königsmarková asistovala. Stručně představím aktéry a jejich úlohu ve sporu. Popíši právní rámec, který hraje důležitou roli v dalších částech práce.

1.1 Porod v kontextu společenského vývoje v ČR

Diskuze o alternativních způsobech vedení porodu a zároveň snaha o jejich legitimizování je v posledních několika letech aktuálním tématem, které prostupuje mediální, expertní medicínský, politický, ale i občanský prostor. Požadavky humanizace a přehodnocení některých dosavadních rutinních praktik užívaných v českém porodnictví jsou součástí společenského trendu založeného na kritice podoby současné biomedicíny a medikalizace moderního života vůbec, který v západní Evropě započal již v 60. letech 20. století. V českém prostředí se snahy o reformu zdravotnictví začaly prosazovat zhruba s dvacetiletým zpožděním, ovšem veřejný dialog o podobě porodní péče a občanská participace v podobě vzniku různých ženských sdružení a hnutí se objevily až několik let po revoluci.² Reformní tendence a kritiku dosavadní praxe je potřeba chápat v kontextu politického, historického a společenského vývoje, kterým Česká republika prošla za několik posledních desetiletí. (Hašková 2001: 7-8)

S nástupem socialismu se etablovala všeobecně dostupná, veřejná zdravotní péče a současně došlo k zestátnění veškerých léčebných a ošetrovatelských ústavů. Do té doby tradiční péče o těhotnou a rodící ženu v domácím prostředí, kterou zajišťovaly porodní asistentky provázející ženu těhotenstvím, porodem i šestineděním, postupně ustoupila požadavku koncentrovat tuto péči do zdravotnických zařízení. Po roce 1948 došlo ke zrušení všech profesních sdružení kromě České lékařské společnosti, čímž zaniklo sdružení porodních asistentek a zrušeno bylo též podnikání a živnosti – čímž se z původně nezávislých asistentek staly zaměstnankyně podléhající státu. Česká lékařská

² Bezprostředně po roce 1989 se pozornost médií obracela k jiným aspektům společenského a ekonomického vývoje a témata vztahující se k postavení žen ve společnosti a jejich spoluúčasti na veřejném rozhodování o společensky významných záležitostech, tedy témata „*týkající se genderu nebo genderovou optikou nahlížená, nebyla reflektována buď vůbec, nebo byla považována za společensky méně naléhavá*“. (Hašková 2001: 7)

společnost hájila především zájmy lékařů a zájmy porodních asistentek tak neměl kdo zastupovat. (Marešová 2006: 16) Ačkoliv byly asistentky formálně podřízené lékařům, zachovaly si, zvláště na Moravě, značnou autonomii, co se týče asistence u porodů: *„Lékař byl sice porodu často přítomen, ale pokud nevznikly komplikace, do práce porodní asistentky nezasahoval. Část porodních asistentek stále pracovala v terénu, starala se o ženy během těhotenství, na počátku porodu a po porodu.“* (Doležalová 2006: 14)

V 60. letech došlo k omezení kompetencí a transformaci oboru – název profese byl změněn z porodní asistentky na ženskou sestru, porodní asistence se fakticky stala součástí oboru ošetrovatelství, čímž ztratila svou svébytnost a pokleslo i její postavení. (Hrešanová 2011: 130) Porodní asistentka přestala být asistentkou rodičky, ale stala se asistentkou lékaře a přišla tím pádem o svou dosavadní samostatnost při vedení nekomplikovaných porodů. Tradice domácích porodů a autonomie porodních asistentek s nástupem socialismu dlouhodobě upadala, až téměř zanikla, a rodit v porodnici se stalo takřka povinností každé ženy. (Cangdiliota 2010, Doležalová 2006)

Socialistický systém zdravotnictví se vyznačoval vysokou mírou centralizace, hierarchické organizace, byrokratické správy, a také značnou dehumanizací vztahu mezi lékařem a pacientem. Vztah mezi lékařem a pacientem byl popisován jako *„paternalistický, připomínající vztah mezi rozumným, akceschopným, kompetentním dominantním otcem a pasivním, submisivním pacientem.“* (Křížová, 2002: 124)

System socialistické porodní péče byl silně medikalizovaný: *„K rodičkám se přistupovalo jako k nemocným a zdůrazňovalo se, že během celého těhotenství a porodu musejí být pod kontrolou lékařských expertů“.* (Hasmanová Marhánková, Hrešanová, 2008: 88–89)

Předporodní i porodní péče byla poskytována na základě rezidenční příslušnosti, což znemožňovalo výběr porodnického zařízení, o výběru způsobu vedení porodu nemluvě. Podoba péče byla striktně daná: novorozenci byli separováni na novorozeneckém oddělení, vyjma doby kojení, kdy byli přivázeni matkám, přítomnost jiných osob než rodičky a personálu na porodním sále nebyla možná, rodička měla v průběhu porodu zakázáno konzumovat veškeré jídlo i pití, dobu hospitalizace a způsob „léčby“ určoval personál bez reálné možnosti o postupu diskutovat a volit mezi alternativními způsoby. Důraz byl kladen především na úspěšný porod a fyzický stav novorozence a rodičky, pocity ženy a její spokojenost s poskytovanou péčí byly víceméně opomíjeny. (Hasmanová Marhánková, Hrešanová 2008: 88–89)

K opouštění od některých z těchto postupů, jako je např. separace matky a dítěte či přehnaná aseptická opatření, došlo až počátkem 80. let pod vlivem nových vědeckých poznatků, jde však o změny, které byly iniciovány „shora“, tedy samotnými lékaři a zdravotnickými odborníky, nikoliv „zdola“, jak tomu bylo v zemích západní Evropy, kde byly změny zaváděny pod tlakem pacientů a různých konzumeristických hnutí. (Hašková 2001)

Porod byl dlouhou dobu nahlížen jako přesně vymezený medicínský problém, o kterém není potřeba diskutovat s laickou veřejností, navíc tehdejší společenská situace v ČSSR neumožňovala zformování podobných hnutí, která by byla nezávislá na státní a odborné lékařské kontrole a která by prosazovala alternativní pohledy na porod a porodní péči. „*Omezení svobodného výběru ohledně místa a způsobu porodu v době minulého režimu nepochybně souviselo i s atmosférou ve společnosti v dané době – upřednostňováním celospolečenské vůle před jedincem, potlačení individuálních zájmů před zájmy kolektivními.*“ (Candigliota 2010: 5)

Veřejný dialog se tudíž mohl začít rozvíjet až po revoluci, kdy došlo k reálnému uplatnění svobody projevu a nastolení občanské participace, což vedlo ke vzniku různých sdružení, hnutí a profesních organizací porodních asistentek, angažujících se v prosazování změn porodní péče, humanizaci porodnictví a většího zapojení samotných žen - laiček do diskuze.

Z nejznámějších uveďme *Hnutí za aktivní porod*, později přejmenované na *Hnutí za aktivní mateřství*, dále *Aperio – společnost pro zdravé rodičovství*, *Liga lidských práv*, *Nesehnutí – nezávislé sociálně ekologické hnutí* či *ČAD – Českou asociaci dul*. V České republice působí také dvě profesní organizace porodních asistentek: *ČKPA – Česká konference porodních asistentek* a *UNIPA – Unie porodních asistentek*.

1.2 Dvě soupeřící koncepce vedení porodu

V souvislosti s rozvíjením dialogu o způsobech vedení porodu můžeme identifikovat dvě základní koncepce, podporované odlišnými argumenty a různými skupinami odborné i laické veřejnosti.

Na jedné straně názorového spektra stojí zejména odborná lékařská veřejnost, Ministerstvo zdravotnictví, soudy a státní instituce obecně, které obhajují nutnost aktivně lékařsky vedeného porodu, odehrávajícího se výlučně ve zdravotnickém zařízení.

Na straně druhé stojí především některé porodní asistentky a jejich profesní organizace, dále potom hnutí, usilujících o reformu českého porodnictví směrem k větší humanizaci porodu a posílení práv rodiček, a v neposlední řadě samotné matky. Zastánci této koncepce formulují ideu přirozeného porodu, tedy porodu, u kterého dochází pouze k minimálním a nezbytně nutným zásahům do jeho průběhu, kde nejsou preventivně prováděny některé rutinní praktiky a podávána farmaka a kde je kladen značný důraz na pocity a přání rodičky. Přirozený porod se může odehrávat v nemocnici, porodním domě, ale též v domácnosti.

V další části tyto dvě koncepce stručně představím.

1.2.1 Lékařsky vedený porod

Hlavním argumentem pro plošné zavedení praxe aktivně lékařsky vedeného porodu a přesunu porodního procesu do nemocnic byl rapidní pokles mateřské a perinatální úmrtnosti. Jeho masové rozšíření bylo umožněno objevem sterilizace a aseptických zákroků, rozvojem analgezie a anestezie v porodnictví a prostaglandinů, užívaných k urychlení porodu. Vliv měl též technologický pokrok. Takový porod však nebylo možné zajistit v domácím prostředí, kde chybělo technologické zázemí a kde nebyly zajištěny sterilní podmínky, proto byla potřeba rodičky soustřeďovat do nemocnic, kde se koncentrovala jak technická zařízení, tak odborníci. (Hašková, 2001)

Lékařsky vedený porod byl jako termín i jako rutinní praxe na území ČR zaveden po 1. světové válce za účelem zajištění bezpečnosti rodičky a dítěte. Spočívá zejména v „*preventivních činnostech lékaře za účelem eliminace možných komplikací*“ a „*psychosomatickém komfortu rodičky plynoucím z minimalizace bolesti*“. (Hašková 2001: 15)

Lékařsky vedený porod lze chápat jako takový model, který je postaven na „*dominantní roli porodníka a lékařské vědy a porodní proces považuje za inherentně defektní*“. (Hrešanová 2008: 50)

J. Kapr a B. Koukola (1998) popisují klasický porod takto: „*Děj porodu je koncipován jako gynekologická operace. Odehrává se zpravidla na operačním sále za přítomnosti specialistů, pod reflektory koncentrovanými na operační pole. Rodička je dezinfikována, slyší komentáře sester a lékařů v odborném jazyce, kterému nerozumí. Mnohdy se užívá medikace, někdy částečně narkózy, nastříhuje se a potom zašívá perineum, vše ve sterilním prostředí operačního sálu, bez možnosti do průběhu zasáhnout nebo dokonce vyslovit se pro alternativní řešení. Po narození dítěte je*

přestřižen pupečník a novorozenec je urychleně převáděn na okysličování krve dýcháním. Donedávna byl matce zpravidla jen ukázán a odvezen na novorozenecké oddělení. V tomto schématu je z mnoha důvodů pochopitelně vyloučena přítomnost příbuzných i jakékoliv laické osoby. Na začátku první doby porodní je žena zpravidla odvezena do porodnice a zachází se s ní jako s pacientem. Je administrativně přijata, prohlédnuta, je jí přiděleno lůžko, nemocniční oděv a především končí její kontakt s manželem a rodinou.“ (Kapr, Koukola 1998: 51–52)

Je nutno podotknout, že od dob, kdy se v českých porodnicích uplatňoval tento striktně medicínský přístup, uplynula již dlouhá doba a došlo k některým změnám, počínaje zpřístupněním porodního sálu otcům či jiným osobám doprovázejícím ženu k porodu, zavedením systému *rooming in*, což je společný pobyt dítěte s matkou na pokoji, selektivně také možnostmi využití různých porodních pomůcek v první době porodní, jako je na nafukovací míč či vana. Ačkoliv se od některých praktik ustoupilo a došlo k přijetí opatření, která jsou více nakloněna matce a dítěti, idea lékařsky vedeného porodu nebyla potlačena ani příliš oslabena. Většina porodníků a porodních ústavů stále preferuje standardní porod v poloze na zádech, preventivní zákroky a užívání medikamentů. (Hašková, 2001)

V současnosti zahrnuje medicínsky vedený neinstrumentální porod zpravidla takové praktiky, jako je předporodní příprava (klystýr a holení), disrupce vaku blan, aplikace analgetik a oxytocinu pro urychlení děložních stahů, uložení rodičky do polohy vleže či polosedě na zádech, kontinuální či intermitentní užívání fetálního monitoringu, nástřih perinea a jeho následné šití, okamžité přestřihnutí pupečníku a izolace dítěte od matky za účelem jeho vyšetření. V některých případech jsou užívány metody jako přidržení děložního fundu či Kristellerova exprese.³ (Roztočil, 2008)

1.2.2 Přirozený porod

Prvotní snahy o humanizaci porodnictví vycházejí od příslušníků samotného oboru a datují se do 70. let 20. století. Můžeme zmínit francouzského porodníka, gynekologa a později filozofa, Frédericka Leboyera, který roku 1974 vydává knihu *Pro porod bez násilí*, kde se vymezuje proti konvenčnímu lékařskému vedení porodu spojeného s medikací a preventivními zásahy a představuje vlastní koncepci, která má být k rodící ženě a novorozenci šetrná jak z fyzického, tak psychického hlediska. Na

³ Která je však považována za metodu *non lege artis*, tedy v nesouladu s dosavadními vědeckými poznatky.

tuto tradici navazuje jeho nejznámější žák, porodník Michel Odent, který na základě aplikování těchto zásad vybudoval blízko Paříže porodní ústav a věnuje se osvětě v porodnictví. (Roztočil 2008: 150)

„Porod bez násilí“ má spočívat v co nejnižší aplikaci medikamentů a aktivních zásahů během porodu, zajištění neformálnosti prostředí, které má spíš než operační sál připomínat civilně zařízený pokoj, omezení rušivých efektů jako je světlo, hluk, pachy či počet osob účastnících se porodního procesu, v neomezování projevů rodičky, bezprostředním přiložení novorozence po porodu na matčino břicho a zajištění okamžitého přísátí. Dále je kladen důraz na přestřížení pupečníku až po jeho dotepání a stimulaci dítěte matčinými doteky. (Roztočil 2008: 151)

Současná idea přirozeného porodu vycházející z této koncepce podporuje takový porod, který je prost všech zbytečných vnějších zásahů, u kterého se rutinně nepodávají medikamenty pro vyvolání či urychlení porodního procesu jako např. syntetický oxytocin, ani léky tišící bolest jako epidurální anestezie a jiná analgetika. Porod také není urychlován mechanickými zásahy (protržení vaku blan, tlačení na břicho, preventivní epiziotomie). Rodička má během celého porodu možnost volného pohybu, může si zvolit porodní polohu, případně využít porodnické pomůcky (porodní stolička, bazén, míč) a k dispozici má také řadu nefarmakologických prostředků k tišení bolesti. Po porodu je dítě položeno matce na břicho nebo do náručí, vysoký důraz je kladen na nepřetržitý kontakt s matkou několik hodin po porodu (tzv. bonding). Pupečník není přestřížen okamžitě, ale nechá se dotepat, a stejně tak se počká na spontánní vypuzení placenty. V rámci filosofie přirozeného porodu je také podporováno přiložení dítěte k prsu v co nejkratší době od narození a kojení. (Porodní dům U Čápa) Přirozený porod se může odehrávat kdekoli, kde jsou dodrženy výše uvedené zásady, tzn. v porodnici, v porodním domě nebo v domácnosti.

1.2.3 Svár idejí

Na úvod je nutno zdůraznit, že polemika mezi zastánci lékařsky vedených a alternativně vedených porodů se týká porodů fyziologických, nikoliv cca 5 % porodů patologických, které jsou řešeny akutní biomedicínou. (Hašková 2001: 14)

V České republice převládají lékařsky vedené porody v porodnicích, které jsou však jejich odpůrci označovány za příliš medikalizované, odosobněné, technické a nepřirozené. (Hašková 2000: 13)

Tuzemské porodnictví je hodnoceno jak samotnými rodičkami, tak některými organizacemi jako příliš autoritativní. (Liga lidských práv 2009) Takto hodnotí české porodnictví i výzkumné práce, které se zabývají podobou porodní praxe u nás. (Hašková 2001, Hrešanová 2011)

Stoupenci přirozeného porodu požadují především přehodnocení rutinních porodnických praktik a postupů, stejně jako změnu přístupu personálu k rodičce.⁴ Odvolávají se přitom ohledně porodu na standardy nadnárodních organizací, jako je WHO, které prý nejsou ve většině českých porodnic dodržovány, a reflektovány nejsou ani nejmodernější vědecké poznatky. Ačkoliv se situace po roce 1989 částečně zlepšila a mnohé kritizované body byly přehodnoceny – například přítomnost otců na porodním sále či společný pobyt matky s dítětem na jednom pokoji jsou dnes již samozřejmostí – stále se v porodnicích uplatňují rutinní postupy, které odpůrci aktivně lékařsky vedeného porodu chápou jako zbytečné, stresující či dokonce škodlivé.

Jeden z aktérů, angažujících se v rámci sporu o vedení porodů, Liga lidských práv, ve své publikaci *Péče porodních asistentek mimo porodnice* (2010) kritizuje české porodnictví za to, že systematicky porušuje práva rodiček a dětí – například právo rodičky na informovaný souhlas⁵, na odmítnutí zákroků, na volbu polohy během druhé doby porodní a na nepřetržitý kontakt se zdravým novorozencem. Většina zařízení podle tvrzení Ligy též neumožňuje, případně aktivně brání tzv. ambulantnímu porodu, neboli opuštění porodnice s prospívajícím novorozencem pár hodin po narození, ačkoliv není stanovena zákonná lhůta, po kterou by matka s dítětem měly setrvávat v porodnici. Problematické je i zachování soukromí a důstojnosti rodičky, zejména ve velkokapacitních ústavech. (Candigliota, Z. 2010: 5)

Tento neuspokojivý stav porodnictví je také často důvodem k tomu, tvrdí stoupenci přirozeného porodu, že nespokojené ženy hledají alternativy k lékařsky vedenému porodu.

⁴ Členské organizace České ženské lobby (například Unie porodních asistentek, Hnutí za aktivní mateřství, Aperio, Nesehnutí, Česká asociace du, Porodní dům u Čápa, Česká konfederace porodních asistentek) dlouhodobě poukazují na fakt, že se v českých nemocnicích rutinně používají praktiky a intervence, které považují mnohé evropské země za škodlivé nebo dokonce zakázané

⁵ Informovaný souhlas je úmluva zakotvená v Zákonu o zdravotních službách, § 28, odst. ustanovující, že „Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.“ Informovaný souhlas může mít podobu písemnou a ústní. Občanský zákoník. 2012. 89/2012 Sb., § 96. Dostupné také z URL <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#p96>>.

S ohledem na skutečnost, že v ČR de facto neexistuje žádné zařízení poskytující možnost alternativního porodu a jen malé množství porodnic reálně praktikuje přirozené porody, volí tyto ženy porod v domácnosti s porodní asistentkou. Samozřejmě existují i ženy, které i přes eventuální zlepšení podmínek v porodnicích budou chtít z rozličných důvodů родit v domácím prostředí. Odhadem se jedná o čísla v řádu jednotek procent, protože statistika plánovaných domácích porodů se v České republice nevede, eviduje se pouze počet porodů mimo zdravotnická zařízení, jejichž počet se pohybuje mezi 2–4 %. (ÚZIS, 2011)

Obdobná čísla uvádějí též zahraniční statistiky, kde se v západních zemích pohybuje průměrný počet domácích porodů mezi 1–3 % z celkového počtu, a ve státech, kde jsou tyto porody tradičně podporované, je jejich počet ještě mnohem vyšší (Wales 8–9 %, Nizozemsko 29 %). (Liga lidských práv, 2010)

S možností domácího porodu bez lékařského vedení však nesouhlasí stoupenci lékařsky vedených porodů, kteří za jediný bezpečný standard považují porod v porodnici. Poukazují na značné riziko pro matku a pro dítě, plynoucí z okamžité nedostupnosti technologického a odborného zázemí. Časová prodleva, vzniklá převozem rodičky do zdravotnického zařízení v případě komplikací, může podle nich ohrozit život a zdraví matky a dítěte. Porod je dle jejich názoru jev nepředvídatelný, a ani fyziologický průběh těhotenství nezaručí bezproblémový porod – nelze proto předem určit, u které rodičky nastanou komplikace a „vytipovat“ tak ženy, pro které je relativně bezpečný.

1.3 Ztělesnění kontroverze v praxi

1.3.1 Případ porodní asistentky Ivany Königsmarkové

Spor mezi zastánci medicínsky vedených a přirozených porodů eskaloval v českých médiích prostřednictvím dnes dobře známé kauzy s porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou, která v roce 2009 asistovala u domácího porodu, jenž skončil tragicky – vážným poškozením a následnou smrtí dítěte.

Případ se dostal z podnětu Ministerstva zdravotnictví k soudu, kde byla porodní asistentka uznána vinnou z neúmyslného ublížení na zdraví. Soudní spor se však táhl v důsledku řady odvolání obou stran několik let a skončil teprve v roce 2013, kdy byla Ivana Königsmarková definitivně zproštěna viny.

Případ pronikl do většiny tištěných i elektronických médií, a posléze do veřejného povědomí. Vzbudil zájem veřejnosti a stal se jakýmsi mezníkem v medializování domácích porodů – od roku 2009 se počet článků věnovaných tomuto tématu zněkolikanásobil.

Mediální zpravodajství se ovšem neomezilo pouze na vývoj případu samotného, ale tím, jak média dávala prostor k vyjádření jednotlivým mluvčím, zaujímavých rozdílná stanoviska, se rozvinula debata o přípustnosti a legitimitě domácích porodů vůbec. Média posloužila živná půda pro etablování dvou znesvářených diskursů, diskursu zastánců a odpůrců domácích porodů.

Z tohoto důvodu jsem se rozhodla studovat a posléze ilustrovat kontroverzi právě na mediální prezentaci soudního sporu mezi porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou a Ministerstvem zdravotnictví a s ním souvisejících otázek.

Ivana Königsmarková, naše asi nejznámější porodní asistentka, je žena s bezmála 40letou praxí, která asistovala u mnoha nemocničních porodů a od roku 2000 začala též doprovázet u porodu ženy, které se rozhodly pro porod v domácích podmínkách. Podle svých slov asistuje cca u 70 domácích porodů ročně. Je propagátorkou přirozeného porodu s co nejmenší intervencí, věnuje se též osvětové činnosti; píše knihy, účastní se mediálních debat s odborníky i laiky, vede přípravné kurzy pro nastávající rodiče. V 90. letech stála u vzniku prvního porodního domu v ČR – Porodního domu U Čápa. (Příběhy pro Ivanu)

Ivana Königsmarková vedla v červenci 2009 domácí porod, během kterého se právě narozenému chlapci zastavil krevní oběh, nedýchal a oživit se ho podařilo až přivolané záchranné službě, kterou musel být v kritickém stavu převezen do Ústavu péče o matku a dítě V Podolí. Chlapec utrpěl kvůli nedostatečnému okysličení organismu nevratné poškození mozku a v důsledku těžké choroby, navazující na toto poškození, o 20 měsíců později zemřel.

Ministerstvo zdravotnictví s podolskou porodnicí podalo na Königsmarkovou žalobu z těžkého ublížení na zdraví z nedbalosti. Soud uznal porodní asistentku vinnou ze spáchání trestného činu ublížení na zdraví a vyměřil ji dvouletý podmíněný trest, pětiletý zákaz činnosti a pokutu 2,7 miliónu korun, kterou měla zaplatit jako náhradu pojišťovně za péči o dítě postižené následkem porodu.

V rozsudku Obvodního soudu pro Prahu 3 ze dne 21. 9. 2011 stojí, že porodní asistentka Ivana Königsmarková „*jinému z nedbalosti způsobila smrt*“, a tohoto jednání se dopustila zejména tím, že „*nezajistila nezbytnou hospitalizaci rodičky a provedení*

potřebných vyšetření, medikaci a případnou provokaci porodu a nedodržela tak standardní postup doporučený a schválený výborem České gynekologické a porodnické společnosti (...)“ (Řiháková, 2012)

Soud nechal ustanovit znaleckou komisi složenou z odborníků, porodníků a neonatologů, jejíž závěry bral kromě svědeckých výpovědí v potaz. Komise dospěla k závěrům, že závažný zdravotní stav novorozence svědčí o patologickém průběhu porodu, který nebyl porodní asistentkou včas rozpoznán. Obžalovaná překročila své kompetence a dopustila se řady závažných i méně závažných pochybení, včetně neúplného vedení zdravotnické dokumentace, nedostatečného materiálního, technického a organizačního vybavení k vedení fyziologického porodu a resuscitaci, nedodržení standardního postupu ČGPS pro předčasný odtok plodové vody. (ibid)

Na základě tohoto znaleckého posudku a výpovědi svědků byla porodní asistentka Ivana Königsmarková odsouzena k nepodmíněnému trestu, zákazu činnosti a náhradě škody vzniklé pojišťovně. Proti tomuto verdiktu se však asistentka odvolala s tím, že soud rozhodl na základě zaujatého (lékaři zpracovaného) ústavního posudku. Městský soud v Praze zamítl odvolání jako nedůvodné a potvrdil tak rozhodnutí soudu nižší instance. Ani odvolání k Nejvyššímu soudu nebylo úspěšné a rozhodnutí zvrátil až Ústavní soud, který 28. 8. 2013 vrátil případ k prošetření obvodnímu soudu, jenž původní rozsudek nakonec zrušil.

1.3.2 Další soudní kauzy střetu dvou koncepcí vedení porodu

Ve sledovaném období (2009–2013) média referovala o dalších soudních sporech ohledně domácích porodů, z nichž jsem vybrala tři, které pro účely této práce považuji za relevantní a které demonstrují, že svár diskursů je trvalejšího charakteru.

V roce 2011 žalovala mladá žena z Brna společně s Ligou lidských práv jihomoravskou záchrannou službu. Ta měla podle obvinění pomocí výhrůžek a nátlaku přinutit ženu i se zdravým novorozencem k cestě do porodnice, ačkoliv k tomu nebyl podle žalující strany žádný objektivní důvod. Žena porodila neplánovaně doma a záchrannou službu si zavolala k prohlédnutí a poporodnímu ošetření novorozence. Lékař sice konstatoval, že je dítě v pořádku, ale přesto trval na převozu do nemocnice a k vynucení tohoto převozu si přivolal policejní hlídku. Dítě navíc následkem transportu prochladlo a muselo strávit několik dní v inkubátoru. Žena původně požadovala po záchranné službě pouze omluvu, té se ale nedočkala, a proto se obrátila na soud. Soud konstatoval, že zdravotníci porušili práva rodičky i dítěte, protože dítě

prokazatelně nebylo v ohrožení života a nucený převoz tedy nebyl nutný. Ženě i dítěti přiřkl odškodné. (ČT Brno, 2011)

V témže roce se odehrál také další tragický případ domácího porodu, velmi podobný tomu, za který byla souzena I. Königsmarková. Porodnice v Motole podala trestní oznámení na porodní asistentku Zuzanu Štromerovou, která asistovala u domácího porodu, v jehož průběhu zemřelo dítě. Soudní znalec, porodník Antonín Doležal, konstatoval, že *„zavinění obžalované nespočívá v nedbalosti, lajdáctví či vědomém zanedbání povinností porodní asistentky, nýbrž v jejím přesvědčení stoupenkyně tzv. alternativních metod. Nemám ji za člověka, který by byl nečestný, ale ona má své přesvědčení, které ji dovedlo do takové situace. Je tady mrtvé dítě a je to následek, když to mírně nazvu, velice nejapného chování.“*

Soud se s posudkem ztotožnil a uložil asistentce za usmrcení z nedbalosti podmíněný trest a dvouletý zákaz činnosti. Štromerová však proti rozsudku podala dovolání k Nejvyššímu soudu a uspěla. (Válková, 2013)

Poslední ze soudních kauz ve sledovaném období se týkala dvou žen, které žalovaly Českou republiku u Evropského soudu pro lidská práva (dále jen ESLP) za porušení práva na sebeurčení, respektive práva na respektování osobního a rodinného života, které mělo spočívat v tom, že jim bylo *„fakticky odepráno právo zvolit místo porodu“*. (Česká ženská lobby, 2013)

Ženy si stěžovaly na nemožnost sehnat k domácímu porodu asistentku – jedna nakonec rodila doma bez ní a druhá byla nucena porodit dítě v porodnici, ačkoliv předchozí dvě děti přivedla bez problémů na svět doma. Tím, že stát brání porodní asistentkám v činnosti a péče o ženy rodící doma není zajištěna ani jinak, tvrdily, vystavuje stát tyto ženy i jejich děti zdravotnímu riziku a zasahuje do jejich práva na rodinný život.

ESLP rozhodoval v podobném případě již v roce 2010 ve věci Ternovszky proti Maďarsku, kdy dal za pravdu stěžovateli v tom, že nejednoznačná legislativa odrazuje zdravotnické pracovníky od toho, aby asistovali u domácího porodu, což představuje diskriminační zásah do jejího práva na respektování rodinného a soukromého života, a odsoudil tak obdobnou právní praxi v Maďarsku. Jednalo se o pilotní rozhodnutí k této problematice a toto rozhodnutí se stalo jedním z argumentačních pilířů příznivců alternativních porodů. (Řiháková 2010)

Případné pozitivní rozhodnutí soudu v českém případě by mohlo iniciovat změnu ve stávajícím systému porodní péče i právní úpravě. V případě dvou českých

stěžovatelek se však ESLP nakonec přiklonil na stranu českého státu. Faktické znemožnění poskytování zdravotní péče porodními asistentkami při domácích porodech v Česku práva rodiček podle jeho názoru neporušuje. Nicméně dal obou ženám v několika bodech za pravdu: „*Porod mimo porodnice je co do rizik srovnatelný s porodem v porodnici, pokud se jedná o nízkorizikovou rodičku, které asistuje kvalifikovaná porodní asistentka, a je státem zajištěna návazná péče.*“ Uznal také nedostatečnost volby rodiček a nedostatečnou činnost Ministerstva zdravotnictví v oblasti porodnictví. (ČT 24, 2014)

1.4 Organizace a sdružení angažující se v rámci sporu

Jak již bylo nastíněno výše, hlavními aktéry pře o domácí a přirozené porody obecně jsou na jedné straně porodní asistentky, angažované matky a odborníci z některých humanitně zaměřených profesí (psychologové, sociologové, právníci, sociální antropologové) a na straně druhé jsou to porodníci, gynekologové, neonatologové a jiní profesionálové se zdravotnickým vzděláním společně s představiteli Ministerstva zdravotnictví. Představím nejvýznamnější organizace, spolky a hnutí, která se v rámci sporu na obou stranách angažují. Jedná se o *Českou lékařskou komoru, Českou gynekologickou a porodnickou společnost a Českou neonatologickou společnost*, které porody v domácnosti a priori odmítají, a *Unii porodních asistentek, Českou konfederaci porodních asistentek, Hnutí za aktivní mateřství, Aperio a Ligu lidských práv*, které prosazují možnost svobodné volby místa porodu.

1.4.1 Česká lékařská komora

Česká lékařská komora (dále jen ČLK) je samosprávná profesní organizace, která sdružuje všechny lékaře, kteří na území České republiky vykonávají lékařské povolání. ČLK zaručuje odbornost svých členů a posuzuje splnění podmínek k vykonávání lékařské profese, dále dbá, aby členové jejích komor vykonávali své povolání odborným, zákonným a etickým způsobem, posuzuje a hájí práva a profesní zájmy svých členů a vykonává nad nimi disciplinární moc. (Čeká lékařská komora)

V odborném stanovisku své Vědecké rady z 8. 3. 2012 ČLK prezentuje svůj postoj k porodům v domácnosti. Vyjadřuje se v tom smyslu, že jakýkoliv porod plánovaný mimo zdravotnické zařízení je postup *non lege artis*, tedy v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Za jediné řádné a bezpečné místo

k vedení porodu *lege artis* způsobem prezentuje vybavené zdravotnické pracoviště – porodní sál, které splňuje věcné, organizační a personální požadavky na zajištění péče. Své stanovisko podporuje statistickými ukazateli českého porodnictví, díky nimž se české porodnictví řadí mezi nejvyspělejší země světa, a zároveň tak zavrhuje jakékoliv organizační změny, které by mohly tyto výsledky ohrozit.

Domácí porody explicitně odmítá: „*Mnohaleté snahy o propagaci vedení porodů v domácnosti vedené některými soukromými porodními asistentkami a laickými společnostmi jsou negativním jevem, který by mohl vést ke zvýšení komplikací, k nárůstu mateřské i novorozenecké nemocnosti i úmrtnosti.*“ (ibid)

Též odsuzuje argumentaci zahraničními zkušenostmi jako lichou, protože prý všechny země tolerující domácí porody mají horší výsledky perinatální úmrtnosti než Česko. Porod představuje jako a priori rizikový, dynamický proces, který se může kdykoliv zkomplikovat a vypočítává potenciální obtíže, které mohou nastat. „*Porody v domácnosti zkrátka přinášejí jak pro matku, tak pro její dítě, zbytečná rizika, která nemohou být vyvážena pochybnými výhodami domácího prostředí... Vědecká rada ČLK považuje plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení za postup „non lege artis“, a to z důvodu nemožnosti stoprocentní předvídatelnosti zvýšených bezpečnostních rizik pro matku i její dítě.*“ (ibid)

Představení postoje ČLK považují za důležité z důvodu, že všichni lékaři i soudní znalci z oboru porodnictví, kteří se angažují v soudních sporech nebo promlouvají v médiích, musí být ze zákona členy této profesní organizace a její odborná stanoviska jsou pro ně závazná.

1.4.2 Česká gynekologická a porodnická společnost

Česká gynekologická a porodnická společnost (dále jen ČGPS) České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně je dobrovolnou odbornou společností, rozvíjející obor gynekologie a porodnictví a sdružující lékaře a jiné vysokoškolsky vzdělané pracovníky, kteří se podílejí na prevenci, diagnostice, léčbě anebo výzkumu chorob tohoto oboru.

Společně s příslušnými odbornými institucemi se podílí na expertní činnosti a specializované výchově v gynekologii a porodnictví, vysílá své delegáty do poradních orgánů a komisí Ministerstva zdravotnictví a udržuje styky s ostatními odbornými společnostmi v ČR. (ČGPS)

ČGPS vydává doporučení ohledně postupů užívaných v porodnictví a gynekologii, na která se odvolával Obvodní soud pro Prahu 3 ve svém rozsudku nad Ivanou Königsmarkovou. Nedodržení standardního postupu u porodu a postupů v perinatologii uvádí obvodní soud jako jeden z argumentů, proč shledal Ivanu Königsmarkovou vinnou. (Řiháková 2012)

ČGPS se staví proti jakémukoliv způsobu vedení porodu, kde nejsou splněny technické a personální požadavky péče: „*Materiálně technické vybavení musí umožnit vykonání akutního císařského řezu se zahájením operace do 15 minut od vzniku indikace (stanovení diagnózy) v naléhavých případech. (...) Technické zázemí musí umožnit hospitalizaci po dobu nezbytnou k výkonu diagnostických a léčebných procedur. (...) Pro operační řešení náhlých stavů musí být zajištěn adekvátní lékařský tým.*“ (Hájek, Měchurová, Velebil 2013)

Gynekologicko-porodnická společnost také odmítá definici fyziologického, nízkorizikového porodu: „*Porod je však několikahodinový proces, v jehož průběhu může dojít bez jakýchkoliv předcházejících známek k závažné komplikaci, která vyžaduje neodkladné řešení, jak bylo již opakovaně zmíněno. Není tedy možná jednoznačná diferenciacie populace těhotných na rodičky, které porodí fyziologicky, a které nikoliv.*“ (ibid)

1.4.3 UNIPA - Unie porodních asistentek

UNIPA je profesní organizací sdružující porodní asistentky na základě dobrovolného členství. Cílem Unie je poskytovat profesní podporu, propagovat práci porodních asistentek veřejnosti a poskytovat informace a podporu rodičům. UNIPA podporuje asistentky v jejich samostatné činnosti, monitoruje změny právních předpisů a monitoruje též mediální dění, týkající se profese i různých kauz spojených s činností porodních asistentek. (UNIPA)

UNIPA podporuje svobodnou volbu ženy v otázce volby místa porodu; domácí porod je v jejím pojetí za dodržení určitých pravidel stejně bezpečný jako porod v nemocnici. Nabízí poradenství pro rodiče, kteří se k porodu doma rozhodli, mimo jiné interaktivní mapu, která jim má pomoci vyhledat v místě jejich bydliště porodní asistentku, která je ochotná asistovat u porodu v domácnosti, nebo radí rodičům, jak postupovat při jednání s úřady, například s matrikou. Za zmínku stojí též fakt, že v době sporu byla Ivana Königsmarková prezidentkou této organizace a UNIPA ji podporovala, mimo jiné zřízením finanční sbírky. (ibid)

1.4.4 HAM - Hnutí za aktivní mateřství

Hnutí za aktivní mateřství (dále jen HAM) vzniklo jako platforma pro iniciování změn v českém porodnictví v roce 1999. Usiluje o to, aby české porodnictví nabízelo bezpečnou péči podle nejnovějších vědeckých poznatků, která však bude přátelská vůči matce a dítěti. Zabývá se osvětovou činností v podobě pořádání přednášek, konferencí a diskuzí, každoročně se podílí na organizaci Světového týdne respektu k porodu a poskytuje zdravotně právní poradenství. Cílem HAM je podpora normálního zdravého porodu, možnosti volby během těhotenství a porodu a prosazování práv a zájmů rodičů a dětí. (HAM)

1.4.5 Aperio – společnost pro zdravé rodičovství

Posláním občanského sdružení APERIO je podpora aktivního přístupu k rodičovství a zejména pak aktivní účasti rodičů při obhajobě vlastních práv. Usiluje o zlepšení a rozšíření služeb v oblasti porodnické péče a služeb spojených s péčí o děti, podporuje rovné zacházení se ženami a muži jak na pracovním trhu, tak v rámci rodiny a v neposlední řadě napomáhá k posílení práv osob pečujících o děti. APERIO organizuje vzdělávací aktivity, jako jsou kurzy, semináře, workshopy či konference a diskusní setkání, kde šíří osvětu o „normálních“, přirozených porodech. Provádí též výzkumná šetření a odborné analýzy a věnuje se vlastní publikační činnosti. Na poli legislativy se APERIO angažuje prostřednictvím prosazování právních norem souvisejících s problematikou porodů, rodičovství a uplatněním rodičů na trhu práce.

1.4.6 Liga lidských práv

V oblasti zdravotnictví a porodnictví se angažuje také Liga lidských práv (dále jen LLP), nezisková organizace, hájící práva a svobody občanů ČR v různých sférách lidského života. Pomáhá lidem, aby znali svá práva a aktivně je bránili, a snaží se, zejména v legislativě, prosazovat systémové změny, které mají usnadňovat a zkvalitňovat život.

Na oblast zdravotnictví a s ním spojenou problematikou se zaměřuje prostřednictvím projektu *Férová nemocnice*, který jednak poskytuje bezplatnou právní poradnu pro pacienty, jednak se snaží šířit srozumitelné a ucelené informace o právech pacientů a medicínském právu.

V sekci „Děti, rodiče a těhotenství“ informuje rodiče o jejich právech během těhotenství a porodu a osvětluje z právního hlediska některé sporné situace, které

mohou nastat až už při porodu v porodnici, nebo doma. LLP vyzývá ženy, aby si nenechaly líbit zásahy do svých práv při porodu a bránily se proti nim právní cestou. Poukazuje na to, že v současné době vzrůstá počet případů, kdy dochází k porušování práv žen rodících doma i v nemocnici a kdy orgány sociálně-právní ochrany dětí šikanují rodiny, které se rozhodly své dítě přivést na svět v domácím prostředí tím, že jim odmítají vydávat rodné listy. „*V porodnicích dochází každodenně k násilí na ženách i dětech v podobě finančně i mocensky motivovaných invazivních zásahů do porodu, zejména k podání syntetického oxytocinu, nástřihu hráze a separace dítěte. Zásahy jsou prováděny bez souhlasu rodičů, často i v přímém rozporu s ním, násilí je označováno jako porodní péče, ve skutečnosti ovšem jde o zásah do svobody, důstojnosti a zdraví ženy a dítěte.*“ (Liga lidských práv)

Kromě výše zmíněných aktivit LLP pro veřejnost publikuje manuály, analýzy a systémová doporučení, připomínkuje zákony, týkající se práv pacientů a rodiček, a zastupuje strategické případy soudních sporů před českými i mezinárodními soudy.

V českém prostředí se LLP angažovala v některých mediálně známých kauzách ohledně porodů, například ohledně práva ženy na domácí porod, nerespektování přání rodičky při nemocničním porodu či bezdůvodného zadržování zdravého novorozence v nemocnici proti vůli rodičů. V soudním sporu MZ s I. Königsmarkovou právníci Ligy zastupovali asistentku u soudu a LLP na svých stránkách označila trestní stíhání asistentky za „*součást státní represe*“. (ibid)

1.5 Právní rámec poskytování porodní péče v ČR

Základním právním dokumentem, upravujícím práva pacientů včetně rodiček a novorozenců, je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která vstoupila v platnost 1. 10. 2001. Úmluva upravuje zejména etické otázky spojené s lidským zdravím a práva pacientů. Pro účely této práce je vhodné zmínit zvláště obecné pravidlo na informovaný souhlas: „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.*“ (Česká lékařská komora)

Nikomu tedy není možné provést vyšetření či léčebný výkon bez jeho souhlasu, nebo v případě dítěte či jiné nesvéprávné osoby souhlasu jeho zákonného zástupce.

Jedinou výjimkou z tohoto pravidla je situace ohrožení zdraví nebo života dítěte (případně jiné nesvéprávné osoby), kdy je k jeho záchraně potřeba provést akutní léčebný výkon nebo vyšetření. (Candigliota, 2011: 32)

Právo na volbu místa porodu vyplývá z faktu, že právně způsobilý jedinec může svobodně činit cokoli, co mu zákon nezakazuje, a naopak není povinen činit nic, co mu zákon neukládá. Toto pravidlo je zakotveno v ústavě.

V české legislativě neexistuje žádný zákon, jenž by ženám nařizoval, kde mají rodit či jim naopak některá místa zapovídal. (Cangliota 2011: 32) Nicméně právní úprava zdravotní péče při porodu mimo zdravotnické zařízení byla ještě donedávna vágní, protože neexistoval obecně závazný právní předpis, který by upravoval podmínky vedení domácího porodu nebo specifikoval materiální a technické vybavení zdravotníků u něho asistujících.

Toto právní vakuum vedlo v některých případech k dezinterpretaci právních norem a jejich chybnému aplikování. Některé orgány si povinné vybavení porodních asistentek vykládaly po svém a docházelo například k tomu, že registraci podmiňovaly vybavením shodným s tím, které je k dispozici na porodním sále. (Liga lidských práv)

Nedostatečná právní regulace stavěla rodičky do situace, kdy si na jedné straně teoreticky mohly zvolit místo porodu, na druhé straně ale pro řadu z nich byla zdravotní péče během porodu doma nedostupná, protože tím, že nebyla dostatečně upravena podoba péče porodních asistentek mimo nemocnice a úřady si podmínky registrace vykládaly svévolně, jen minimum asistentek touto registrací disponovalo. Mnohé rodičky tak nabyly dojmu, že přítomnost porodní asistentky u domácího porodu je nelegální nebo dokonce, že nelegální je takový porod sám. Přitom, jak uvádí Zuzana Candigliota, právnička LLP, dostupná zdravotní péče je nezbytná pro snížení rizik jak pro novorozence, tak pro rodičku. (Candigliota 2011: 33)

1.5.1 Právní regulace porodní asistence v ČR

Profese asistentek je regulovaná v rámci EU směrnici *Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES O uznávání odborných kvalifikací*, která mimo jiné upravuje minimální požadavky na vzdělávání porodních asistentek a jejich odborné kompetence. Evropská legislativa považuje činnost PA za samostatnou zdravotnickou profesi a stanovuje jí široký rozsah kompetencí a výkonů, které smí samostatně provádět. Podle evropské směrnice je porodní asistentka oprávněna k těmto činnostem a výkonům:

- Poskytovat správné informace a rady v oblasti plánovaného rodičovství.

- Diagnostikovat a sledovat normální těhotenství, provádět vyšetření nezbytná ke sledování jeho průběhu.
- Předepisovat nebo doporučovat vyšetření nezbytná pro diagnostiku rizikového těhotenství.
- Vypracovávat program přípravy budoucích rodičů na jejich úlohu, zajišťovat úplnou přípravu na porod včetně poradenství a výživy.
- Pomáhat rodičce při porodu a sledovat stav plodu v děloze vhodnými klinickými a technickými prostředky.
- Provádět spontánní porody, včetně případné episiotomie, v naléhavých případech vést porody koncem pánevním.
- Rozpoznávat u matky nebo dítěte příznaky patologií, které vyžadují lékařský zásah a pomáhat v případě zásahu lékaři.
- Vyšetřovat a pečovat o fyziologického novorozence.
- V případě nutnosti provádět resuscitaci novorozence.
- Uplatňovat lékařem předepsanou léčbu.
- Vypracovávat písemné zprávy.

Česká republika se zavázala k přijetí této směrnice do svých právních předpisů se vstupem do EU. Obsah směrnice byl implementován do zákona o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. *O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.*

Zákon předepisuje, co je náplní práce PA: *„Poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie.“* (Porodní dům U Čápa)

Zákon dále stanovuje, že porodní asistentka, která získá studiem odbornou způsobilost a splní další podmínky, je *„způsobilá vykonávat své povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu.“* (ibid)

Ačkoliv ČR směrnici přijala a včlenila do svého právního řádu, nedošlo však k zákonnému ukotvení profesní samosprávy asistentek, nebyly nastaveny podmínky pro alternativní porodní péči, například v porodních domech či domácnostech, a v neposlední řadě, Ministerstvo zdravotnictví nepřipravilo standardy, pomocí nichž by

se dala posuzovat správnost jednání a postupů PA asistujících u porodů mimo zdravotnická zařízení. (Candigliota 2011: 35)

1.5.2 Registrace porodních asistentek

Každá asistentka, která hodlá provozovat privátní praxi, podléhá zákonu o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních a potřebuje mít platnou registraci čili oprávnění k provozování nestátního zdravotnického zařízení. Kromě toho musí také doložit, že disponuje příslušným technickým vybavením. Jak o registraci, tak o posouzení vybavenosti asistentky rozhoduje příslušný krajský úřad. (UNIPA)

Jak už bylo zmíněno výše, v minulosti docházelo k potížím s udělením registrace, protože Ministerstvo zdravotnictví dostatečně nespécifikovalo vybavení nestátních poskytovatelů zdravotní péče, včetně porodních asistentek, a úřady při jejich udělování měly vycházet z vlastního, tzv. správního uvážení. V praxi to vedlo k tomu, že jednotlivé úřady vydávaly registrace pouze k předporodní a poporodní péči, nikoliv k porodům samotným. Vykonáváním činnosti bez platné registrace se PA vystavovala postihu až do výše 1 000 000 Kč a zároveň riziku, že v případě poškození zdraví matky nebo dítěte bude muset pojišťovně plně hradit léčebné výlohy. Tato situace vedla fakticky k tomu, že porodní asistentky, kterým úřady upíraly udělení registrace, nemohly legálně asistovat u domácích porodů, aniž by se vystavovaly sankcím.

Postup krajských úřadů prověřoval v letech 2009 až 2010 úřad veřejného ochránce práv a shledal řadu pochybení, se kterými se obrátil na MZ.⁶ Ministerstvo zdravotnictví na tento podnět reagovalo tím, že částečně sjednalo nápravu a definovalo podmínky pro samostatné působení porodních asistentek, ale zároveň uvedlo, že zákon ani registrace porodním asistentkám nezakládá oprávnění k vedení porodu mimo zdravotnická zařízení. Zdůvodnilo to tím, že v zákoně se mluví ve spojitosti se samostatným vedením asistentkou o fyziologickém porodu, a podle názoru ministerstva o žádném porodu nelze předem s jistotou říct, že proběhne fyziologicky. Z toho

⁶ Veřejný ochránce práv došel k názoru, že ze strany krajských úřadů není v řízení o registraci postupováno jednotně, což vede „k nerovnému přístupu k žadatelům o registraci... tato nejednotnost je zapříčiněna zejména neuspokojivou právní úpravou a také jejím výkladem“. Ombudsmanka dále konstatovala, že MZ nevyvíjí dostatečnou legislativní činnost a v některých aspektech chybně interpretuje právní předpisy. (Seitlová, J. 2010)

ministerstvo zdravotnictví dovodilo, že porodní asistentky u porodů mimo zdravotnická zařízení asistovat nemohou.⁷

V nově přijaté právní úpravě jsou podmínky, které musí soukromé asistentky splnit, aby dostaly registraci, již obsaženy. V současné době je upravuje vyhláška č. 92/2012 Sb., *O požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče* a zákon č. 372/2011 Sb., *O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. (UNIPA)

Vyhláška i zákon stanovují, že pracoviště pro poskytování péče během porodu musí být vybaveno řadou přístrojů a zařízení. Vybavení musí kromě jiného zahrnovat například porodní lůžko, kardiograf (měří tepovou frekvenci plodu a napětí děložní stěny), pulzní oxymetr, laryngoskop a pomůcky k zajištění dýchacích cest či zdroj medicínského kyslíku. Podmínkou je rovněž zajištění císařského řezu nejdéle do 15 minut od zjištění komplikace. Úřady však asistentkám nadále odmítají vydávat oprávnění k samostatnému vedení porodů mimo zdravotnická zařízení a asistentky, pokud chtějí pomáhat rodičce u domácího porodu, tak musí dělat de facto ilegálně. (Porodní dům U Čápa)

1.5.3 Otázka úhrady péče porodních asistentek

Problémem je rovněž způsob úhrady péče, protože ze zdravotního pojištění je proplácena pouze jedna návštěva porodní asistentky v těhotenství a tři v šestinedělí. Soustavná péče během celého těhotenství, ani asistence u domácího porodu, nejsou pojišťovnou propláceny a rodičky je musí hradit ze svého. (Candigliota 2011: 39)

⁷ Vyjádření mluvčí Ministerstva zdravotnictví na kritiku veřejného ochránce práv v plném znění: „*Platná právní úprava zákona č. 96/2004 Sb. nezakládá možnost vedení porodu mimo zdravotnické zařízení pouze porodní asistentkou, a to především z důvodu, že ustanovení § 6 odst. 3 tohoto zákona uvádí, že za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, tj. zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, přičemž o fyziologickém porodu je možno hovořit až poté, co proběhl tzv. porod bez komplikací, tedy následně. Z toho plyne, že nelze nikdy předem s úplnou jistotou předvídat, že porod bude fyziologický, nebo že zdárně probíhající porod se nezmění v porod patologický. Z těchto důvodů se tudíž domníváme, že porodní asistentky nemohou samostatně vést porod, a tedy ani provozovat nestátní zdravotnické zařízení za tímto účelem, aniž by neměly odborného zástupce, který by splňoval podmínku odborné způsobilosti.*“ (Seitlová, 2010)

2 Teoretická východiska

V diplomové práci vycházím z koncepcí Ulricha Becka a jeho pohledu na konstrukci rizik v postmoderní společnosti, pragmatické sociologie Luca Boltanskiho a Laurenta Thévenota, Michela Foucaulta a jeho pojetí diskursu a přístupu k „porodnímu vědění“ sociální antropoložky Brigitte Jordan.

2.1 Ulrich Beck – povaha rizik v současné společnosti

Jedním ze způsobů, jakým lze charakterizovat současnou společnost, je konstrukce její rizikovosti na základě průmyslové nadprodukce, která je úzce spjata s vědou a technologií. Beck v souvislosti s tím hovoří o proměně kvality rizik; zatímco v dřívějších společnostech šlo o nebezpečí podmíněná „zvenčí“ (příroda, bohové), povaha dnešních rizik se zakládá na jejich vědecké a sociální konstrukci. V současné době je věda vnímána nejen jako možný řešitel problémů, ale také jako jeden ze zdrojů jejich příčin. Věda je jednak (spolu)příčinou rizik, prostředkem k jejich definování a zároveň zdrojem jejich řešení. Je konfrontována s bilancí svých úspěchů, ale v čím dál hojnější míře i výčtem neúspěchů a nesplněných slibů. Důvody tohoto stavu plynou podle Becka zejména z faktu, že s úspěchy vědeckotechnického vývoje rostou neúměrně i jeho rizika. (Beck 2011: passim)

Beck rozlišuje mezi *vědeckou racionalitou* (nebo také přírodovědnou racionalitou), naplněnou vírou v technologický pokrok a produktivitu, jejímž jádrem je trvání na striktním kauzálním důkazu, a *sociální racionalitou*, požadující zajištění sociálních hodnot – ochrany životního prostředí, humanitního pokroku a kultury. Sociální racionalita kritizuje industriální systém za vytváření civilizačních rizik, která jsou vedlejším účinkem nadměrné produktivity a pokroku. (Beck, 2011: 77, 83)

Vědecká racionalita pak podle Becka není schopna reagovat na civilizační rizika, protože právě věda se významně podílí na jejich vzniku a reprodukci. (Beck, 2011: 77–78) I když se tedy na první pohled rozcházejí, jsou zároveň v mnohém propojeny a odkázány. Vědecká konstrukce rizik industriálního vývoje je úzce svázána se sociálními očekáváními a hodnotovými horizonty, zatímco sociální vnímání rizik je odkázáno na vědecké argumenty. Ačkoliv je řada rizik konstruována z pozic sociální racionality, nakonec se vědecko-kritické civilizační vědomí musí stejně odvolat a nalézt ospravedlnění ve vědecké racionalitě. (Beck, 2011: 77-80)

Věda si vyhrazuje monopol na pravdu: pokud nejsou rizika vědecky uznána, de facto neexistují, alespoň ne právně, medicínsky, technologicky a sociálně. „*Vědomí rizika tedy není vědomím tradičním ani laickým, nýbrž je v podstatné míře určováno a orientováno vědou.*“ (Beck 2011: 95) Jiné než vědecké důkazy nejsou akceptovány: „*A přesto musí tito lidé brzy poznat, že jejich vlastní vysvětlení a zkušenosti nemají vůbec žádnou váhu (...) Krávy rolníků žijících vedle nově vybudované chemické továrny mohou zežloutnout, pokud to ale není „vědecky prokázáno“, nemůže se o tom diskutovat.*“ (Beck, 2011: 81)

Přesto se však podle Becka věda důsledkem tlaku veřejnosti podrobuje sebekritice, což otřásá její dosavadní nezpochybnitelností a do pohybu se dává proces demystifikace věd, během nějž struktura vědy, praxe i veřejné sféry prochází zásadní proměnou. Dochází tak k „*dalekosáhlé demonopolizaci vědeckých nároků na poznání: věda se stává něčím stále nutnějším, zároveň ale také stále méně dostatečným pro společenskou definici pravdy*“ (Beck, 2011: 259)

2.2 Hodnotové systémy a režimy ospravedlňování v pojetí

L. Boltanski a L. Thévenota

Ve své práci vycházím z koncepce Luca Boltanskiho, zakladatele a předního představitele pragmatické sociologie. Boltanski společně s Thévenotem formulovali ideu existence režimů ospravedlňování, která se jeví jako vhodný analytický rámec pro rozbor různých typů kontroverze.

Tato koncepce se zakládá na myšlence, že ve sporech, kde je jednání konfrontováno s veřejnou kritikou, vzniká „*nutnost opřít se o režimy ospravedlňování, postavené na principech, jejichž vnitřní hodnota není zpochybňována*“ (Boltanski, 2010) Odkazování se na kolektivní hodnoty těchto režimů, které jsou vnímány jako nezávislé na vlastnostech a moci lidí, kteří je formulují, může přispět ke shodě v dané kontroverzi.

Boltanski tvrdí, že se sociální řád v současné společnosti nezakládá na jednom jediném principu spravedlnosti, ale že koexistuje několik různých hodnotových režimů, které se uplatňují v závislosti na charakteru situace. Tyto režimy ospravedlňování neboli obce jsou odvozeny od politických filosofí z různých epoch vývoje a legitimizují určité způsoby jednání. Každá obec pak v závislosti na hodnotovém řádu, kolem kterého je vystavěna, prosazuje jiný princip posuzování. (Boltanski, 2010)

Každý z režimů ospravedlňování musí splňovat určité podmínky, které ho legitimizují, to znamená, že ne každá argumentace může být považována za relevantní. Podmínky legitimacy jsou ovšem částečně protichůdné; první princip, imperativ společného lidství, říká, že všechny lidské bytosti jsou rovnoprávné a proto má každá nárok na stejnou důstojnost, a zároveň je každá bytost hierarchizována na základě její hodnoty, tedy odlišena od jiných, což umožňuje jejich srovnávání.

Každý z režimů je spjat se sadou objektů a pojmů, které jsou pro řád podstatné a které „*dohromady vytvářejí obrysy jistého světa a se škálou standardizovaných testů (zkoušek), které pomáhají konfrontovat tvrzení s realitou*“. (Boltanski, 2010)

Luc Boltanski a Laurent Thévenot identifikovali a popsali několik režimů ospravedlňování (obcí), které vedle sebe koexistují a zároveň se vzájemně vylučují – jedná se o obec inspirovanou, domácí, občanskou, obchodní, průmyslovou a o obec proslulosti. Z pozice každé obce lze jednání jak zdůvodňovat a obhajovat, tak kritizovat. Kritika se vztahuje k uspořádání a hodnotovému řádu jiné obce, argumentace potom vychází z logiky uspořádání obce, která se zpochybňování dopouští. (Boltanski, 2010)

Představím ty režimy ospravedlňování, na které se odkazují aktéři ve sporu o domácí porody.

Průmyslová obec

Průmyslová obec je světem technologických objektů a vědeckých metod. Nejvyšší společný princip obce je výkonnost, která má za cíl zajišťovat pokrok. S obcí se pojí hodnoty jako je produktivita, účinnost, efektivita, kapacita zajišťovat určité typy činností a účinně uspokojovat požadované potřeby. Nejvýše ceněné přednosti jedinců jsou efektivita jejich práce, profesionalita, schopnost integrovat se do průmyslové mašinerie, spolehlivost a předvídatelnost. Jako bezcenný je potom chápán ten, kdo je málo produktivní, nevytváří nic užitečného, pracuje neefektivně či je nějakým jiným způsobem na pracovním trhu hendikepovaný. Dalšími nevýhodami jsou statičnost, rigidita a špatná adaptabilita.

Objekty industriálního světa jsou nástroje, prostředky a technologie sloužící k naplňování produkce. Výbava nástrojů, metod a metodologií musí být neustále k dispozici, aby v každý moment mohlo být využito nejlepší možné vybavení a nevhodné mohlo být odloženo stranou. Lidské tělo je primárním nástrojem v úsilí dosáhnout co nejvyšší produkce, technické objekty jsou brány pouze jako mechanismy doplňující tělesnou práci.

Objekty v industriálním světě je potřeba dávat do souvislostí, aby se daly porovnávat výsledky, k čemuž slouží čísla, průměry, statistiky, pravděpodobnosti, hodnoty a ukazatele. Stejně tak je důležité umět stanovit míru pokroku, k čemuž se užívá sad měřících nástrojů, jako jsou grafy, tabulky, rozvrhy, kalendáře, které pomocí definic a kritérií standardizují výsledky. Dokonce i lidská těla mohou být posuzována podle průmyslových kritérií.

Další ceněnou dovedností je schopnost orientovat se v prostoru, kde se nachází nějaký „problém“ – průmyslová obec si tudíž zakládá na schopnostech jako je odhalování, objevování, identifikace, měření, analyzování a rozkládání příslušných prvků. (Boltanski, Thévenot, 2006: 203 - 2011)

Hierarchie hodnot této obce má základ ve škále kvalifikací a s ní spojených kompetencí a odpovědnosti. Každá bytost je posuzována na základě své profesní kvalifikace, která odráží její schopnosti a aktivitu. Pojetí zodpovědnosti v průmyslové obci je úzce svázáno s produkcí; odpovědnost nadřízeného je především odpovědností za produktivitu podřízených.

Organizace jednotlivců zakotvená v průmyslovém uspořádání jde ruku v ruce s organizací funkčnosti celku a se stabilizací procedur. V průmyslovém světě je také patrná výrazná orientace na budoucnost; efektivní fungování jedinců rozšiřuje přítomnost do budoucnosti a umožňuje předvídatelnost, což je vlastnost v této obci vysoce ceněná. Tato orientace usiluje o dosažení technicky předvídatelného universa.

Rovnováhu průmyslového řádu zajišťuje organizace systému a jeho struktura, která každému prvku určuje jeho funkci. Pokud každý prvek tuto funkci efektivně naplňuje, v industriální obci vše funguje hladce. Úskalí logiky tohoto řádu tkví v tom, že s lidskými zdroji je často zacházeno podobně jako s neživými věcmi, tím pádem může být v některých případech ohrožena lidská důstojnost. (Boltanski, Thévenot, 2006: 203 - 211)

Domácí obec

Domácí obec je obcí odvolávající se na tradice, minulost a minulé generace, původ a posloupnost pozic. Vyšší obecné principy by se daly shrnout jako rod, hierarchie, tradice a autorita. Nejvýše postavený je ten, kdo je zpodobněním otce – postavení takového jedince v rámci hodnotové hierarchie je nejvíce ceněné, protože ztělesňuje tradici a stojí nejvýše v hierarchii. Domácí obec se orientuje na rodinu, domácnost a otcovskou autoritu, která je však laskavá vůči jejím chráněncům. Vysoce

hodnocené atributy této obce jsou dobré způsoby, laskavost, diskrétnost, moudrost, věrnost, loajalita a delikátnost. (Boltanski, Thévenot, 2006: 164 – 178)

2.3 Analýza diskursu dle Michela Foucaulta

Výraz *diskurs* znamená doslova rozpravu, promluvu, diskuzi či pronesené sdělení, dá se také chápat jako „*verbalizované vědění, které je sdíleno*“. (Vávra, 2008: 208)

Pokud do definice zapojíme pojem moci, můžeme říci, že diskurs je „*sada textů (psaných, vyřčených) k určitému tématu kolujících ve společnosti, které se vzájemně podílejí na budování významu a které nějakým způsobem reflektují také mocenské uspořádání společnosti*“. (Trampota, Vojtěchovská, 2010: 170)

V pojetí různých autorů nabývá diskurs různých podob, já jsem se zaměřila na pojetí Michela Foucaulta, který se diskursem ve spojitosti s věděním a mocí zabývá nejpodrobněji.

Francouzský filozof a historik idejí Michel Foucault měl totiž pro rozvoj diskursivní analýzy bezpochyby stěžejní přínos. Mimo jiné se Foucault proslavil zejména svými historickými analýzami vztahů moci a vědění, na nichž ukázal, že naše vědění o různých fenoménech nevychází ze samotné povahy těchto jevů, ale je formováno v rámci diskursu. (Zábrodská, 2009: 34)

Propracovaný přístup k analýze diskursu je patrný v dílech, jako je *Zrod kliniky* (1963), *Slova a věci* (1966) a *Archeologie vědění* (1969) – diskurs je zde pro Foucaulta totožný s věděním o určitém tématu, je systémem pravidel, který „*dovnitř i vně vymezuje prostor pro tvorbu aktuálních výpovědí*“. (Vávra, 2008: 208)

„Uvnitř“ je utvářen řádem strukturace výpovědí, vně tak, že zaujímá vztahy k jiným typům diskursů a vymezuje tak své hranice. Diskurs samotný chápe Foucault dost abstraktně, spíše jako rámec a logiku uvažování než jako způsob užití jazyka v sociálním kontextu. (Alvesson, M., Sköldberg, K. 1999: 224) Pojímá ho nikoliv jako pouhý soubor znaků (prvků, jež odkazují k obsahům nebo reprezentacím), ale jako soubor praktik, které systematicky vytváří objekty. (Foucault, 2002: 78 – 79) Můžeme se také setkat s názorem, že Foucault používá diskurs v několika různých významech, jak upozorňuje Mills (2004), což uplatnění pojmu znesnadňuje. (Mills in Zábrodská, 2009: 81)

Centrem jeho zájmu není toliko diskursivní proces tvorby výpovědí, ale spíše pravidla pro jejich formování a vztahy výpovědí k jiným výpovědím v rámci

diskursivního pole. Foucault si klade otázku, na čem by se mohla zakládat jednota velkých skupin výpovědí, systémů, jakými jsou například medicína, ekonomie či gramatika. Odpověď je podle něj potřeba hledat ve způsobu rozptýlení a pravidelnosti mezi prvky – v řádu jejich objevování, pozici ve společném prostoru, recipročním fungování či propojené a hierarchizované transformaci. (Foucault, 2002: 61)

„V případě, že by bylo možné popsat mezi určitým počtem výpovědí stejný systém rozptýlení, že by bylo možné mezi objekty, mezi typy výpovědí, mezi pojmy či volbami tématu definovat nějakou pravidelnost (řád, korelace, pozice a způsoby fungování), řekněme, že se jedná o diskursivní formaci.“ (Foucault, 2002: 62)

Například medicínský diskurs Foucault chápe jako *„souhrn uznaného legitimního vědění v této oblasti“*, neboli principy strukturující a určující lékařské vědění v dané epoše, umožňující rozlišovat mezi vědeckým a nevědeckým, mezi řešitelnými a neřešitelnými problémy a mezi přijatelnými a nepřijatelnými způsoby jejich řešení. (Vávra, 2008: 208)

Ve Foucaultově pojetí je diskurs spojen s mocí a touhou. Z toho důvodu je v každé společnosti produkce diskursu kontrolována a organizována sadou procedur, které mají za úkol odvrátit jeho moc a nebezpečí. Jedná se o tři velké systémy kontroly a vylučování, mezi něž patří zákaz slova, dělba na šílenství a rozum a vůle po pravdě. (Foucault, 1994: 13)

Nejzřetelnější je zákaz; zahrnuje „tabu předmětu“ – nemůžeme říkat všechno, co nám přijde na mysl, „rituál okolnosti“ – nemůžeme mluvit o něčem za jakýchkoliv okolností, a „privilegované právo subjektu“ – kdokoliv nemůže mluvit o čemkoliv. Tyto tři typy zákazů se navzájem podporují a vytvářejí komplexní mřížku, jež se na základě okolností modifikuje. (Foucault, 1994: 9)

Tyto tři výše popsané systémy působí na diskurs zvnějšku; existují však i vnitřní procedury kontroly a vylučování, *„protože samy diskursy vykonávají rovněž kontrolu nad sebou samými; jsou to postupy, jež působí spíše jako zásady klasifikace, pořádání, distribuce (...)“*. (Foucault, 1994: 14)

V duchu „obratu k jazyku“ v sociálních vědách, který znamenal změnu chápání jazyka jako neutrálního prostředku komunikace směrem k chápání jeho sociální podmíněnosti, Foucault postuloval tezi, že ani odborné vědění není objektivním poznáním a popisem nějakého jevu, ale je konstruováno v rámci určitého sociálního kontextu. (Hájek, 2014: 129) Vědění taktéž vykazuje principy moci a donucení:

„Vědění určuje, kde je poznání lokalizováno, kdo je jeho producentem, jak je možné ho vytvářet, kdo má právo jeho jménem vystupovat.“ (Foucault in Hájek, 2014: 117)

Odborné vědění není dostupné všem členům společnosti stejnou měrou, jeho vytváření je doménou úzkého spektra jedinců a institucí, legitimních reprezentantů vědění. Jen oni mají právo produkovat odborné vědění, například o povaze neduhů lidského těla a jejich léčení: *„Řeč medicíny nemůže vycházet od kohokoliv; její účinnost nelze oddělovat od statutárně definované osoby, která má právo ji artikulovat a vyžadovat pro ni moc zažehnat utrpení a smrt.“* (Foucault, 2002: 81)

Foucault proto formuluje pravidla výpovědi: kdo je oprávněn daný diskurs pronášet, kde se nachází institucionální umístění diskurzu, či jak diskurs čerpá svoji legitimitu. Měřítkem modality, tedy postoje mluvčího ve výpovědi, je jeho status, který k sobě váže oprávnění promlouvat daným typem jazyka a pronášet určitý diskurs. V medicínském diskurzu je to status lékaře, který *„zahrnuje kritéria, kompetence a vědění; instituce, systémy, pedagogické normy; legální podmínky, jež mu dávají právo – a spolu s tím stanovují meze – praktikovat vědění a experimentovat s ním. Zahrnuje také systém diferenciací a vztahů k ostatním jedincům či skupinám, které mají svůj vlastní status (s politickou a soudní mocí, s různými profesními organizacemi, s náboženskými skupinami)“*. (Foucault, 2002: 80)

Status mluvčího zahrnuje rovněž roli, která se od něj vůči jedincům i společnosti očekává, která definuje jeho fungování ve vztahu k celku. Na základě smlouvy, uzavřené mezi lékařem a mocí, případně komunitou, která mu svěřila úkol *„být dohlížitelem, strážcem a garantem zdraví populace“*, je mu v rámci klinického diskursu přiznána svrchovanost a právo na rozhodování, intervenci a způsob léčby. Tato role také předurčuje vztah s okolím - status lékaře (léčitele) je značně specifický napříč různými kulturami a společnostmi, je to osoba nezaměnitelná a vážená. (Foucault, 2002: 81)

2.4 Brigitte Jordan – konstrukce „autoritativního“ vědění

Sociální konstruktivismus vychází z myšlenky, že realita není objektivně daným faktem, ale že je neustále konstruována v procesu sociální interakce. Ani vědění či významy jednotlivých objektů nejsou neměnné a předem dané, ale jsou vytvářeny aktéry v rámci komunikace.

V polovině 20. let začíná na vědu jako sociální instituci pohlížet sociolog R. K. Merton, o desetiletí později T. Kuhn poukazuje na to, že vědecké poznatky jsou historicky a kulturně podmíněné, podléhající paradigmatu své doby a že vědecký

pokrok nelze chápat jako postupné přibližování se jediné a objektivní „pravdě“. (Hašková, 2001)

V tomto světle je možné nahlížet na definici porodu a formulaci rizik na obou stranách sporu jako na sociálně konstruované. Významy pojmů jako jsou „přirozený porod“, „bezpečný porod“, „odpovědnost“ či „rizikovitost“ jsou závislé na tom, kdo a za jakých okolností je formuluje.

Konstrukcí vědění, které označuje jako „autoritativní“, se zabývá antropoložka Brigitte Jordan (1997). Jordan si při svých pozorováních začala všimnout situací, kdy byl navzdory pravdivostní hodnotě určitý druh vědění považován za relevantní a jiný nikoliv.

V prvním případě se jednalo o studii, kdy zkoumala kompetence žen v souvislosti s časným rozpoznáním těhotenství ještě před jeho potvrzení testem nebo lékařem, v druhém šlo o ženy, kterým byl soudem nařízen císařský řez. V obou případech nebylo „ženské vědění“ považováno za rozhodující a preferováno bylo vědění odborné, ačkoliv se retrospektivně ukázalo, že ženský „pocit“ ohledně jejich těhotenství byl správný a císařský řez nebyl nezbytně nutný. (Jordan, 1997: 65) To vedlo Jordan k názoru, že některé druhy znalostí jsou společností schvalovány, následně se stanou oficiálními a na jejich základě je posléze možné legitimizovat určitý typ jednání, například právě ony zásahy do tělesné integrity těhotné ženy. Takový druh vědění Jordan označuje jako „autoritativní vědění“. (Jordan, 1997: 55)

Autorka dále poukazuje na to, že v mnohých situacích se uplatňují paralelní legitimní systémy znalostí, a lidé mezi nimi mohou volně přecházet a užívat je sekvenčně tak, jak zrovna potřebují. Často se však stane, že jeden ze systémů vědění získá v určitém období a oblasti dominanci, stává se tudíž jediným legitimním systémem a devalvuje či zcela odmítá jiné druhy a zdroje poznání. Delegitimizace neautoritativního vědění je potom účinným mechanismem, pomocí něž jsou generovány hierarchie znalostí v dané sféře. Jedinec, který zastává alternativní systém vědění, je potom nahlížen jako nevzdělaný, zpátečnický, naivní a méně kompetentní než ten, který zastává ideu dominantního systému. Cokoliv si takový jedinec myslí, cokoliv říká k dané problematice, je odsouzeno jako irelevantní, neopodstatněné a nevědecké. (Jordan, 1997: 57)

Dominantní systém vědění tíhne k tomu, co Bourdieu nazývá „misrecognition“, neboli chybné uznání. Chybné uznání spočívá v tom, že autorita a moc uplatňovaná systémem není chápána jako sociálně konstruovaná, relativní nebo dokonce donucovací,

nýbrž je vnímána jako přirozená a legitimní, čímž se ospravedlňuje nadvláda daného systému. „*Autoritativní vědění je přesvědčivé, protože se zdá být přirozené, rozumné a konstruované na základě většinové shody. Z tohoto důvodu je mu umožněno nastolovat účinné sankce, sahající od sociálního vyloučení ze sociální skupiny po fyzické donucovací prostředky.*“ (Jordan, 1997 :57)

Lidé nejenom že takové vědění akceptují, ale také se aktivně zapojují do jeho reprodukce.

V oblasti péče o lidské zdraví dlouhou dobu existoval pluralitní léčebný systém, kde vědění bylo rozloženo mezi chirurgy, lidové léčitele, homeopaty, porodní báby či jiné praktiky, a každý z vyjmenovaných si udržoval vlastní sféru vlivu a jeho vědění bylo považováno za autoritativní pro jiné části populace. Historická transformace, kdy se profesionální medicína stala dominantním producentem vědění o lidském zdraví, však zapříčinila, že se všechny ostatní druhy léčebných znalostí v západní společnosti staly nelegitimními. Jako zdroj jediný zdroj legitimacy začala být v posledních několika desetiletích upřednostňována věda na úkor smyslové zkušenosti a intuice. Profesionální medicína si tak vydobyla pozici kulturní autority a získala ekonomický a politický vliv. Zejména antropologové začali moderní selekci vědění, založenou na odmítání a nerespektování jiných poznávacích možností, kritizovat. (Jordan, 1997: 56)

Jordan upozorňuje, že analogická situace jako v klasické medicíně panuje i v porodnictví, alespoň v tom americkém, kterým se zabývala. Lékařské vědění zde nahrazuje a delegitimizuje jiné potenciálně relevantní zdroje znalostí, jako jsou například ženiny zkušenosti z jejích předchozích porodů nebo znalost stavu a reakcí vlastního těla. Obvykle je „nelékařské“ vědění znehodnocováno a zlehčováno všemi participanty, nejenom zdravotníky, ale také samotnými ženami, které věří v nadřazenost odborných znalostí nad svými zkušenostmi. Ve vzácných případech, kdy *status quo* žena odmítá akceptovat a rozhodne se aktivně bránit, přichází na řadu legální sankce a donucovací prostředky, například soudem nařízený císařský řez. (Jordan, 1997: 61)

Významnou roli, určující, kdo má v porodnictví výsadu disponovat autoritativním věděním a kdo má legitimní rozhodovací moc, hraje porodnická technologie a technické postupy v porodnictví užívané. Dalo by se říci, že autoritativní vědění je v tomto případě na technologickém zázemí (fetálním monitoringu, kardiografu atd.) a jeho výstupech zcela závislé. Přístup k technologii též určuje hierarchickou distribuci vědění: nejvýše stojí lékař, poté porodní asistentka, zdravotní sestra a až na závěr matka. Lékař rozhoduje, kdy, co a jak; jakou polohu má žena

zaujmout, jak má dýchat, kdy má tlačit. Ženské vědění není naopak na porodním sále pokládáno za relevantní a není ani vítané. (Jordan, 1997: 68)

3 METODOLOGIE

V této části práce popíši výběr analyzovaného souboru, vybranou metodu a jednotlivé kroky analýzy, které jsem podnikla. Analýza je volně inspirována postupem navrženým Carlou Willig (2003) a foucaultovským přístupem k analýze diskursu.

3.1 Stručné seznámení s metodou

Diskursivní analýza zkoumá procesy diskursivní konstituce na konkrétních výzkumných datech, například mediálních zprávách. Metodu je vhodné použít v případě nejasného, ambivalentního či kontroverzního veřejného tématu, kde například není jasné, v čí kompetenci má být řešení daného problému. Cílem analýzy rozhodně není říct, zda být pro nebo proti, ale pokusit se objasnit, s čím dané postoje souvisí, na jaké vzorce chování, na jaké uspořádání a ideologické rámce postoje odkazují.

Analýza v takových případech pomáhá odkrýt představy jednotlivých (i znepřátelených) skupin a vytváří prostor jak pro kritickou analýzu, tak pro řešení daného problému. (Durnová, 2011: 101)

Přínosem analýzy a diskursivních přístupů vůbec je pak podle Durnové vysvětlení skrytých kódů, principů a pravidel, podle kterých analyzovaná skupina či společnost funguje. Jelikož domácí porody, jak jsem již dříve zjistila, jsou kontroverzním a výbušným společenským tématem, zvolila jsem si pro svůj výzkum právě tuto metodu.

Diskursivní analýza zahrnuje řadu různých výzkumných směrů, jako je například konverzační analýza, diskursivní psychologie či kritická diskursivní analýza. Jelikož Foucault, ačkoliv koncepci diskursu rozpracovává detailně, nedává ucelený metodický návod, jak diskurs analyzovat, inspirovala jsem se proto kromě něj i analytickým postupem Carly Willig.

Willig (2003) definuje sled kroků, které nám pomohou mimo jiné objasnit, jaké prostředky využívají diskursy k produkci pravdivých tvrzení o realitě a k jejich legitimizaci (Willig in Zábrodská, 2009: 89-90):

7. Diskursivní konstrukce: Jak je diskursivní objekt konstruován? Identifikace odlišných způsobů konstrukce.
8. Diskursy: Identifikace rozdílů mezi jednotlivými konstrukcemi a jejich vztah k diskursům.

9. Orientace na funkci konstrukcí: Čeho tato konstrukce na tomto místě textu dosahuje? Jaký je její vztah k jiným konstrukcím?
10. Pozice subjektu: Jaká umístění k identifikaci diskurs poskytují?
11. Praktiky: Vztah diskursů a možností jednání, které diskurs otevírá, nebo uzavírá. Jak specifická konstrukce umožňuje a limituje, co může být řečeno?

3.2 Výběr dat pro diskursivní analýzu

Jako zdroj článků jsem původně vybrala internetové mutace tří nejčtenějších nejserióznějších českých deníků – MF Dnes, Práva a Lidových novin. Na základě vyhledávání v jejich archivech jsem vyřídila články věnující se soudní kauze Ivany *Königsmarkové* z let 2009 až 2013 a články na téma domácích porodů ze stejného období, které referují o sporu mezi příznivci a odpůrci domácích porodů, případně dávají prostor k vyjádření jednotlivým mluvčím.

Článků však bylo podle mého názoru příliš malé množství, tudíž jsem se rozhodla pomocí databáze AnoPress, dostupné v Národní knihovně, vyhledat všechny články na dané téma za období červenec 2009 až srpen 2013, publikované v celostátních vydáních jednotlivých deníků.

Jako klíčová slova jsem zadala „domácí porod“, „Ivana Königsmarková“ a „porodní asistentka“. Z několika stovek článků, které jsem na AnoPress našla, jsem vybrala ty relevantní vzhledem k tématu. Novinové články jsem vybírala bez ohledu na žánr a sekci, ve které byly publikovány. Jsou mezi nimi tudíž zahrnuty i názory, komentáře či rozhovory, a to z toho důvodu, abych postihla celé diskursivní pole výpovědí. Celkem jsem extrahovala korpus 57 článků.

Jednalo se přitom o články, které buď přímo pojednávaly o tragickém domácím porodu a následném soudním procesu, nebo o články, kde byla předkládána stanoviska aktérů sporu o vedení porodu – soukromých porodních asistentek, lékařů a politiků (ačkoliv některé z nich přímo na kauzu s I. Königsmarkovou neodkazovaly), a nakonec o články prezentující názory novinářů, psychologů, právníků a v několika případech i samotných rodiček, které domácí porod podstoupily.

3.3 Identifikace diskursů

Ve chvíli, kdy jsem shromáždila všechna data, přistoupila jsem k identifikaci diskursu a rozdělení dat do diskursivních skupin. Abychom mohli diskurs identifikovat, je potřeba nejprve vyhledat významy, ty poté setřídit a klasifikovat. Ptáme se: „*Kdo*

jsou oni nositelé významů, kteří nám pomohou odhalit artikulaci hodnot a symbolů v našem konkrétním případě? “ (Durnová 2011: 83)

Posloužit nám mohou v tomto případě i konflikty a kontroverze mezi zkoumanými aktéry, protože díky nim můžeme snáze odkrýt rozmístění aktérů a klasifikovat povahu argumentů. Poté můžeme identifikovat jednotlivé názorové proudy. Přitom však nejde „o určení jednoznačného pro a proti, spíše se v konfliktech a kontroverzích nachází počátek analýz, které umožňují jednotlivé projevy analyticky uchopit a seřadit“. (Durnová 2011: 86)

Zpočátku jsem pátrala, jakým způsobem je diskursivní objekt (domácí porod) v různých výpovědích konstruován a jaké rozdíly lze mezi konstrukcemi najít. Čtením a systematickým kódováním článků jsem nejprve identifikovala dvě konstrukce domácího porodu:

1. porod jako **přirozený fyziologický děj**, který je za dodržení určitých podmínek stejně nebo dokonce méně rizikový v domácím prostředí než v tom nemocničním,
2. konstrukci považující domácí porod za **hazard se životem a zdravím**, protože porod vnímá jako a priori rizikový proces, který se má odehrávat pouze a jedině pod dohledem lékařských odborníků a v technicky vybaveném zázemí.

Hledáním opakujících se systémů zvýznamňování, které diskursivní objekt „artikuluje vnitřně soudržným způsobem a současně se liší od významových systému konstruujících objekt odlišně“, jsem s těmito konstrukcemi ztotožnila dva diskursy, které se v mediálních článcích explicitně střetávají. (Zábrodská 2009: 89)

Označila jsem je jako diskurs přirozeného porodu (diskurs přirozený) a diskurs lékařsky vedeného porodu (diskurs lékařský). V analyzovaném souboru se však vyskytoval typ výpovědí, který nespadal ani do jednoho schématu. Domácí porod byl v těchto výpovědích konstruován jako potenciálně rizikový oproti porodu v porodnici, nicméně bylo vyzdvihováno právo ženy na svobodné rozhodnutí takový porod podstoupit, čímž se konstrukce výrazně lišila od obou předešlých. Tento **3. diskurs** jsem pojmenovala jako **diskurs osobní svobody**.

3.4 Kódování

Kódování je základní analytická technika, používaná v řadě typů kvalitativního výzkumu. Je zároveň procedurou, která z množiny dat dokáže vytáhnout proměnné, které jsou základem budoucí teorie. Například v zakotvené teorii kódování představuje:

„analytické operace, které rozbíjejí data do fragmentů – indikátorů – a ty potom rozřazují k příslušným konceptům. Výstupem je identifikace relevantních konceptů.“
(Šed'ová, Švaříček, 2007: 91)

Ve chvíli, kdy jsem diskursy identifikovala a přiřadila k nim konstrukce objektu, jsem přešla pomocí kódování k vyhledávání pravidelností diskursu v jednotlivých výpovědích. Hledala jsem, jaké prostředky využívají diskursy k produkci tvrzení a legitimizaci svých postojů, abych mohla zodpovědět, jaké jsou jejich dlouhodobé strategie sloužící k sebeprosazení.

Při opakovaném čtení jednotlivých článku jsem vybrala jednotky – významové celky – většinou slovní spojení, věty či více vět, které byly relevantní vůči výzkumnému tématu, tzn. objasnění strategie zkoumaných diskursů, a označila je příslušným kódem. Kódy jsem poté roztřídila do významových kategorií podle toho, k jakému jevu se vztahovaly. Kategorie jsem roztřídila na ty, které se vztahovaly k legitimizaci aktérů, k ospravedlnění postojů a ke konstrukci významů. Zkoumala jsem také jazykové prostředky, které byly použity.

Ze systému výpovědí jsem vybírala ty, které se jevily jako „příkladné“ pro pochopení argumentů, a na ně také v průběhu textu odkazovala. Dále jsem se ptala, jak tvrzení fungují ideologicky. V souladu s Foucaultovým přístupem mě zajímalo, co mohlo být v rámci diskursů řečeno, ale zůstalo zamlčeno: *„Manifestní diskurs není ničím jiným než potlačenou přítomností toho, co neříká (...).“* (Foucault, 2002: 41 – 42)

Hledala jsem také, na jaké sociální praktiky se aktéři diskursu odvolávají.

4 ZJIŠTĚNÍ

4.1 Diskurs lékařsky vedeného porodu v mediálních člancích

Jak už bylo řečeno, diskurs lékařsky vedeného porodu konstruuje porod jako nebezpečný, rizikový a nejistý jev. Riziko je přítomno u každého porodu bez ohledu na jeho předpokládaný průběh a zdravotní stav rodičky. Porod může být označován za „normální“ až retrospektivně, a proto je diskursivním pravidlem, že s každým porodem musí být preventivně zacházeno, jako by byl rizikový. Z toho vyplývá v rámci diskursu demonstrována nutnost vést všechny porody v dostatečně technicky i personálně vybavených zařízeních, pod dohledem odborníků a zdravotnické techniky. Domácí porod, či jakýkoliv jiný alternativní porod plánovaný mimo takto vymezené zdravotnické zařízení, je potom odmítán jako hazard se zdravím a se životem.

Z tohoto důvodu si lékařský diskurs snaží udržet monopol na vedení porodů, čehož dosahuje za prvé tím, že apeluje a zdůrazňuje určité hodnoty, které podporuje řadou argumentů, a za druhé snahou degradovat a bagatelizovat legitimitu i tvrzení mluvčích alternativního diskursu. Nejvyšší hodnotou, kterou lékařský diskurs artikuluje, je fyzické zdraví dítěte a rodičky, další aspekty jsou ve srovnání s touto hodnotou chápány jako podružné. K legitimizaci požadavku na výlučné postavení lékařsky vedeného porodu je využívána řada podpůrných argumentů, jako jsou statistiky novorozenecké a mateřské úmrtnosti, poukázání na kompetentnost lékařů jako nejvýše postavených odborníků v otázce porodnictví, prezentace porodnic jako přátelských míst s rodinnou atmosférou a poukázání na ochotu lékařů vyjít rodičkám v řadě jejich požadavků vstříc. Byť marginálně, objevuje se ve výpovědích také argument nelegálnosti domácího porodu jako takového.

V interakci s kontradiskurem přirozeného porodu se snaží rozporovat jeho tvrzení pomocí několika způsobů. Jedná se o představení porodních asistentek, které jsou klíčovými aktérkami přirozeného diskursu, jako málo kompetentních a vzdělaných k samostatnému vedení porodu, dále kritiku charakterových vlastností asistentek a jednání jejich sdružení, popírání informačních zdrojů kontradiskursu a stigmatizaci stoupců přirozených porodů, zejména rodiček, jako psychicky nezpůsobilých.

4.1.1 Legitimizace jednání na základě statusu lékaře

Foucault si klade zásadní otázku, která má pomoci zodpovědět, proč se na daném místě objevují určité výpovědi a ne nějaké jiné: „*Kdo ze souboru mluvících jedinců je oprávněn promlouvat tímto druhem jazyka? (...) Komu poskytuje ne-li záruku, ale alespoň předpoklad pravdy?*“ (Foucault, 2002: 80)

V diskursu lékařsky vedeného porodu jsou to jednoznačně lékaři. Mluvčí – lékaři – odvozují právo mluvit, posuzovat a hodnotit porodní praktiky ze svého statusu, odbornosti, zkušeností a praxe: „*Domácí porody jsou neuvěřitelný nesmysl. K tomuto názoru mám důvody, které jsem získal během 33 let své praxe.*“ (Vlčková, 2012)

Výše zmíněné atributy lékařů jsou často dávány do protikladu s odborností a zkušenostmi aktérů kontradiskursu, zejména porodními asistentkami, které jsou prezentovány na základě kritérií lékařského diskursu jako méně zkušené a kompetentní: „*Některé soukromé asistentky mají mnohem méně zkušeností než personál v nemocnicích.*“ (Mandausová, 2009)

Aktéři diskursu také nepřímě odmítají jiné druhy autority, které nevychází z lékařského vědění. V reakci na některé rozsudky a výroky soudů deklarují, že v případě nutnosti budou jednat podle svého uvážení, i kdyby to pro ně mělo mít negativní důsledky. Odezvou na rozsudek, který dal za pravdu ženě, jež si stěžovala na nucený převoz sebe a dítěte záchrankou do porodnice, bylo usnesení lékařů záchranných služeb, že „*život dítěte je přednější než hrozba soudního postihu, proto budeme zachraňovat děti i proti vůli rodičů*“. (Karásková, 2011)

Lékaři odmítají akceptovat nejen právně ukotvený požadavek neaktivity, ale též případnou aktivitu předepsanou: „*My ale nejsme povinni jim asistovat. A to nezmění výrok žádného soudu. Dokud si myslíme, že porody doma jsou non lege artis, tedy medicínsky nesprávné, nikdo nás k nim nemůže nutit.*“ (Křivka, 2013)

V návaznosti na chápání porodu jako rizikového děje konstruuje diskurs **nutnost lékařsky vedeného porodu**. Vzhledem k tomu, že porod je optikou diskursu vnímán jako nevyzpytatelný a rizikový, kdy komplikace mohou přijít zcela nečekaně, je potřeba zajistit přítomnost lékaře a takové prostředí, v němž je možné bezprostředně zasáhnout. „*Doporučovat ženě rodit kdekoliv, kde není možné při komplikacích okamžitě zasáhnout a udělat například císařský řez, je hazard se životem.*“ (Vlčková, 2012)

Mluvčí lékařského diskursu konstruuji v případě porodu bez jejich dohledu nejen rizika bezprostřední, ale i ta budoucí, která se nemusí na první pohled projevit.

„Drobnější poškození mozku se ukáže třeba až za rok za dva, kdy dítě začne zaostávat. Pak už se však zpětně těžko odhaluje, co je příčinou – jestli jsou to geny, nebo poškození u porodu.“ (Hadač, 2011)

4.1.2 Statistiky a výsledky českého porodnictví

Nejčastěji užívaným argumentem pro lékařsky vedený porod, na který se mluvčí diskursu odvolávají, jsou statistiky dokazující úspěšnost českého porodnictví v mezinárodním měřítku. Úmrtnost novorozenců v souvislosti s porodem se pohybuje okolo 3,89 promile, díky čemuž je Česká republika na 7. místě světového žebříčku. *„Jaké jsou příčiny tohoto velmi příznivého stavu? Odpověď je jasná: porody v nemocnicích s komplexní péčí porodníka, neonatologa i anesteziologa v návaznosti na přesnou diagnostiku.“ (Štětina, 2012)*

Výsledky jsou dávány do souvislosti právě s podobou porodní péče, která v ČR panuje. To je také nejčastějším argumentem proti snahám diskursu přirozeného o právní ukotvení alternativ, ať už porodních domů nebo domácích porodů. Při domácích porodech prý zemře 5–6 dětí ročně a pokud by se domácí porody rozšířily, znamenalo by to podle mluvčích mnohem více mrtvých či poškozených dětí a matek. Povolením domácích porodů se podle lékařů *„vracíme o padesát let zpět a vytváříme předpoklady pro vyšší kojeneckou i mateřskou úmrtnost“.* (ibid)

4.1.3 Psychosociální argumenty pro nemocniční porod

Argumenty pro porod v porodnici nejsou konstruovány pouze v rovině fyzického zdraví, ale také v rovině psychosociální. Podmínky v porodnicích se výrazně zlepšily a mluvčí diskursu se to snaží na příkladech svých vlastních působišť prokázat. Porodnická zařízení vyšla v různé míře vstříc požadavkům na soukromí, zvolení porodních pomůcek a přáním samotných rodiček. *„Ale i u nás může žena přivést dítě na svět, pokud to zdravotní stav dovoluje, jak si přeje. Třeba na porodní židli, vestoje, vkleče, za pomoci aromatických masáží. Nové porodní sály připomínají moderní byty a respektují soukromí.“ (Mandausová, 2009)*

Není tedy potřeba prosazovat žádné legislativní změny vstřícnější k domácím porodům. Podíl na tomto zlepšení je přičítán i aktivitě porodních asistentek: *„Hnutí porodních asistentek vedlo k tomu, že se snažíme vyjít vstříc přání rodiček, aby neměly důvod rodit doma.“ (Chudáček, 2011)*

Zlepšení podmínek je tedy něčím, co by mělo matky odradit od porodů doma a také důvodem, proč není potřeba prosazovat změny směrem k větší pluralitě porodních možností: *“(…) tam změnili porodníci tak, že tam matky rády chodí rodit a tvrdí, že příště chtějí rodit zase tam. Proč šťourat do dobře fungujícího systému. (...) Když něco funguje, nemá se do toho šťourat.”* (Nepustil, 2012)

Lékaři ve svých výpovědích uvádí i „významnější“ kompromisy, na které byli ochotni přistoupit, aby matky od porodů doma odradili, ačkoliv je nepovažují za ideální – například ambulantní porody: *„Je to stále lepší, než kdyby rodila doma bez pomoci a s obrovským rizikem.”* (Veselá, 2011)

4.1.4 Konstrukce nelegálnosti domácích porodů

Z medicínského hlediska je domácí porod postupem *non lege artis*, tedy praktikou, která odporuje poznatkům lékařské vědy a je považována ve většině případů za zapovězenou, ne-li zakázanou. Diskurs lékařsky vedeného porodu se k této otázce staví jednoznačně: *„Vědecká rada České lékařské komory (ČLK) včera jednomyslně dospěla k závěru, že plánovaný domácí porod je v rozporu s nejmodernějšími poznatky lékařské vědy. (...) ČLK udělá vše pro to, aby práce celé generace porodníků, gynekologů a neonatologů nepřišla vniveč kvůli ideologické zaslepenosti některých fanatiků.”* (ČTK justice, 2012)

Komora prý může, podle slov svého prezidenta, přistoupit na argument, že žena o sobě může rozhodovat sama, ale *„v žádném případě nemá právo vystavovat riziku poškození či smrti své nenarozené dítě”*. (ibid)

Toto na první pohled zdánlivě nezpochybnitelné tvrzení má působit dojmem, že žena nemá za žádných okolností právo vystavovat dítě nebezpečí domácího porodu, ač ve skutečnosti takové jednání žádný zákon nezakazuje.

Někteří mluvčí lékařského diskursu prezentují domácí porody nejen jako nepřijatelné z pohledu medicíny, ale dokonce jako nezákonné samy o sobě. Výpovědi se snaží navodit zdání, že domácí porody jsou nelegální pro všechny, včetně matek, a o jejich legalizaci se bude teprve jednat: *„Jako zákonodárce pochybuji, že se najde většina poslanců, která by zvedla ruku pro zákon, jenž by domácí porody legalizoval. Vím jistě, že já to nebudu.”* (Štětina, 2012)

Zmíněno je i konkrétní jednání, kdy může ke stíhání ženy dojít: *„Když se však dítěti při porodu něco stane, může ženu vyšetřovat policie. V podstatě jen kvůli dvěma paragrafům.”* (Petrášová, 2009)

4.1.5 Nekompetentnost porodních asistentek k vedení porodu bez přítomnosti lékaře

Mluvčí diskursu lékařsky vedeného porodu v člancích poukazují na nedostatečnost odborných kompetencí porodních asistentek k vedení porodů a řešení následných komplikací. Jedná se zejména o schopnost vést porod samostatně tam, kde není zajištěna rychlá dostupnost lékaře a zdravotnické techniky. Podle mluvčích porodní asistentky nemají k domácímu porodu ani potřebné vzdělání, odbornost a kompetence, ani vybavení. V případě život ohrožujících komplikací nejsou porodní asistentky schopné ženu a dítě zachránit, nejsou školené na určení diagnózy ani na to, určit způsob řešení: „*Matku či dítě je často možné zachránit jen včas provedenou porodnickou operací. Ani jednu z nich žádná porodní asistentka nikdy neprováděla, a není tedy schopna ženu i dítě v případě ohrožení zachránit. To je schopen jen kvalifikovaný lékař.*“ (Krejčí, 2011)

Odpovědnost za šíření falešného dojmu ohledně vzdělání asistentek nenesou jen ony samy, je přičítána také médiím: „*Vytvářejí ve veřejnosti klamný pocit, že zásadně odlišná stanoviska porodních asistentek a lékařů vychází ze stejné úrovně odbornosti a odpovědnosti. Tak tomu není. Jen střední vzdělání porodní asistentky neposkytuje znalosti ani dovednosti pro zvládnutí život ohrožujících komplikací.*“ (ibid)

4.1.6 Kritika jednání porodních asistentek či jejich profesních sdružení

Porodní asistentky, či rovnou celé jejich profesní organizace, jsou z pozice lékařského diskursu podrobovány kritice zejména za to, že vědomě bagatelizují vážná rizika pro rodičku i dítě. Navozují tak prý falešný mýtus bezpečnosti porodu v domácnosti, kterému pak některé rodičky uvěří. „*Takto vytvářený falešný pocit bezpečí pak významně ovlivňuje rozhodnutí žen родit doma.*“ (Krejčí, M. 2011) „*Že родit doma je bezpečné, je iluze.*“ (Křivka, 2013)

V rámci diskursu lékařsky vedeného porodu je rovněž poukazováno na možný ekonomický motiv jednání porodních asistentek: „*(...) že existuje reálná ekonomická motivace porodních asistentek na zájmu veřejnosti o domácí porody. Je pak věcí etiky a charakteru, jak velkou roli tato motivace k přístupu k rizikům sehraje.*“ (ibid) „*Pod pláštikem dodržování lidských práv jde zase jenom o prachy, tentokrát pro porodní*

asistentky.“ (Štětina, J. 2012) U lékařů podle mluvčích nehraje finanční motivace žádnou roli.

V rámci diskursu dochází i k negativnímu hodnocení vlastností a schopností asistentek, na základě kritérií lékařského diskursu je poukazováno na jejich profesní nedostatečnost. Soukromé porodní asistentky jsou prezentovány jako ty, které neobstály v porodnicích. *„Jsou to fanatičky, naprostá minorita (matky), a pár porodních asistentek, které byly tak neschopné, že je vyhodili z porodnice.“* (Drchal, 2009)

4.1.7 Neakceptování zdrojů kontradiskursu

Stoupenci diskursu přirozeného porodu podporují svá tvrzení praxí a výsledky západoevropského porodnictví. Statistiky mají být důkazem, že v některých státech poměrně hojně rozšířená praxe domácích porodů nemá buď žádný, nebo má jen minimální vliv na novorozeneckou úmrtnost. Lékaři však tato tvrzení rozporují, ať už bagatelizováním samotné praxe, nebo tvrzením, že novorozenecká úmrtnost je v zemích, kde jsou domácí porody akceptované, vyšší než česká. *„Ani ve zmíněných zemích odborné společnosti s docházením porodních asistentek do domácnosti nesouhlasí a procento takto provedených porodů je podle něj zanedbatelné.“* (Vlčková, 2012) *„Argumentace zahraničními zkušenostmi např. z Nizozemí je falešná, protože právě v těchto zemích, kde jsou tolerovány domácí porody, mají výrazně horší výsledky v mateřské a novorozenecké nemocnosti a úmrtnosti než v České republice.“* (Právo 2009)

4.1.8 Stigmatizace „domorodiček“ a jiných stoupců domácích porodů

Mluvčí diskursu lékařsky vedeného porodu svými výpověďmi znevažují matky, které rodily doma nebo o takovém porodu uvažují. Znevažování začíná mírnými formami, kdy je rozhodnutí chápáno jako projev laické nevědomosti: *„Matky, případně otcové, za svoji nevědomost nemohou, těm to vyčítat nelze“* (Nepustil, 2012), přes ironizování: *„ať si žena rodí pod smrkem na Sněžce a pomáhá jí kolemjdoucí bába kořenářka“*, po explicitní označení takových žen jako psychicky nemocných *„(...) ty, které by pak přesto chtěly родit doma, patří na psychiatrii“* (Roztočil, 2012), nebo již zmíněný výrok *„Ještě jsem neviděl živou ženu, která by chtěla родit doma. Jsou to fanatičky, naprostá minorita, a pár porodních asistentek, které byly tak neschopné, že je vyhodili z porodnic.“* (Drchal, 2009)

Ženy rodící doma bývají vykreslovány též jako hysterické: „*Za zbytečné považují holení rodidel, podání klystýru a zejména nastřížení hráze (...). Ženy, které rodí doma, je dokonce přirovnávají k ženské obřízce. Hysterie nebere konce.*“ nebo sebestředné „*Pro vlastní komfort ženy chtějí zbytečně riskovat zdraví dětí.*“ (Havránková, 2012)

4.1.9 Odpovědnost za porod

Mluvčí – lékaři – prezentují sami sebe jako ty, kdo nesou za porod největší odpovědnost. Na základě toho konstruují nutnost lékařské přítomnosti od počátku porodu., protože právě oni „*nakonec musí řešit to, co se pokazí doma*“. (Hamplová, 2009)

Nejsou tudíž ani ochotní podělit se případně o odpovědnost s asistentkou, kterou by si žena sama vybrala a přivedla k porodu do nemocnice. „*Odpovědnost za porod nesu já, nikdo jiný,*“ říká primář z havlíčkobrodské nemocnice. Asistentce prý sice vstup nezakáže, ale porod řídí on a má také poslední slovo. (Syslová, 2011)

Argumentem proti diskursu přirozeného porodu je také obava z případné právní odpovědnosti, která by pro lékaře mohla vyplývat z řešení následků domácích porodů. Mezi pražskou záchrannou službou a soukromými porodními asistentkami prý už došlo i k několika konfliktům: „*Máme zkušenost, kdy asistentka svalovala vinu na našeho lékaře a obhajovala se tím, že přece zavolala lékaře. Ten pak nese za průběh porodu zodpovědnost, říká Zdeněk Schwarz, ředitel pražské záchranné služby*“. (ibid)

Řešením takové situace by podle mluvčích mohlo být podepsání informovaného souhlasu, ve kterém se rodička zaváže, že nebude od státní zdravotní správy požadovat náhradu za případné komplikace, což je ovšem v současné právní úpravě absurdním požadavkem. „*Pak by totiž záchranná služba nebyla odsouzena za to, že nepřijede v limitu, (...) porodník nebude v nemocnici zodpovědný za to, že neodkladný výkon nemůže provést včas, neonatolog nebude souzen za to, že z důvodu prodlení nebyla resuscitace novorozence úspěšná.*“ (Štětina, 2012)

4.2 Diskurs přirozeně vedeného porodu v mediálních článcích

Diskurs přirozeně vedeného porodu chápe porod jako normální, fyziologický děj, jehož průběh se dá předpokládat na základě indicií, které jsou patrné již v době těhotenství. Na základě určitých kritérií lze vytrdit nízkorizikové rodičky, které jsou vhodnými adeptkami pro porody vedené pouze porodní asistentkou, bez nutnosti

lékařského dohledu. Takové porody se potom mohou odehrávat v porodnici, porodním domě nebo domácnosti rodičky. Jiné prostory vhodné pro přirozený porod nejsou v rámci diskursu zmiňovány.

V rámci přirozeného diskursu jsou ovšem formulována pravidla, která se týkají jednak samotného porodu, jednak zdravotního stavu těhotné ženy. Porod nemůže podle mluvčích probíhat nahodile s kýmkoliv a kdekoliv, ale pouze pod dohledem zkušené porodní asistentky a ve vhodném zázemí. Diskurs přirozeného porodu také požaduje, aby žena byla zdravá, měla bezproblémové těhotenství, neměla vícečetnou graviditu a očekával se u ní fyziologický průběh porodu. Porodní asistentky potom vybírají mezi ženami ty, kterým jsou ochotny u porodu asistovat: „*Už se mi stalo, že jsem ženu odmítla proto, že nebyla úplně zdravá.*“ (Syslová, 2011)

Mluvčí diskursu vycházejí z toho, že jejich současná pozice je ve vztahu k lékařskému diskursu nerovná, legislativní *status quo*, jež je chápán jako důsledek mocenského tlaku lékařů, asistentkám neumožňuje vykonávat jejich profesi, ačkoliv k tomu mají zákonnou oporu. Kritizována je nesmyslnost právní úpravy, která „*nepohlíží na porodní asistentky jako na živé bytosti, ale jako na zdravotnické zařízení*“ (Drchal, 2010)

Současná právní úprava a zejména nejistota, která v dané oblasti panuje, ohrožuje podle asistentek i dalších mluvčích matky a děti na životě tím, že jim u domácího porodu upírá zdravotní péči: „*(...) lékaři neustále zdůrazňují, jaké riziko domácí porody přinášejí, jenže stát tímto sám zvyšuje riziko pro ženy rodící doma*“ (Kozelka, 2013)

Mluvčí diskursu přirozeného porodu také tvrdí, že v právní sféře dochází k uplatňování „dvojitého metru“. Ten se podle nich projevuje tím, že soudy posuzují jinak jednání lékařů a jinak jednání porodních asistentek asistujících u domácích porodů.

Námítky směřují zejména vůči jednání soudů v kauze I. Königsmarkové; soudu je vytýkána podjatost znaleckých posudků, zpracovávaných znalci – lékaři, kteří jsou prý a priori předpojatí: „*Názor jiné profese by měl být doplňující. A to zvláště v případě porodů doma, kde je u nás obecně známý nepřátelský postoj lékařských společností k tomuto typu porodů, stejně jako k asistentkám.*“ (Candigliota, 2013)

Někteří mluvčí vidí verdikt soudu dokonce jako systémový útok za účelem likvidace soukromých asistentek: „*Domácí porody jsou předmětem doslova nenávisti většiny porodníků a soud v kauze I. K. nebyl ani tak hledáním práva, jako spíš lynčem a exemplární výstrahou pro všechny porodní asistentky.(...) Jsou-li soudy takto snadno*

zneužitelné k likvidaci jedné profesní skupiny (porodních asistentek – pozn. autorky) na základě objednávky skupiny konkurenční, pak je justice věru v bídném stavu.“ (Zvěřina, 2013)

4.2.1 Porovnání porodnických praktik v českých porodnicích s vyspělými státy

Tato argumentace se zakládá na komparaci různých metod a praktik v českých a zahraničních porodních centrech, přičemž je poukazováno na jejich odlišnost. Praxe domácích porodů v některých evropských zemích funguje bez problémů, tvrdí obháječi přirozeného diskursu. *„Samostatné porodní asistentky (...) na západ od našich hranic tvoří nedílnou součást spektra nabídky porodnických služeb, když slouží těm ženám, jimž z nějakého důvodu standardně nabízená péče nevyhovuje.“ (Labusová, E. 2012)*

K represí rodiček a asistentek dochází prý ponejvíce v postkomunistických zemích, jakými jsou Česko, Maďarsko či Bulharsko. Ve srovnání s jinými státy je zdejší přístup lékařů označován jako silně paternalistický a autoritativní. V diskursu je také argumentováno výsledky zahraničních výzkumů, potvrzujících bezpečnost porodů mimo nemocnice za předpokladu jejich systémového začlenění do celkové nabídky porodnických služeb. Profesionální organizace asistentek pak operují studiemi, které tvrdí, že při samostatné péči asistentky mají rodičky v některých vyspělých státech stejnou nebo nižší úmrtnost a méně komplikací než v péči lékaře. *„(...) a nález ÚS cituje statistiky, podle kterých v ČR zemře v souvislosti s porodem 15 až 18 žen na sto tisíc porodů, zatímco v Západní Evropě je to maximálně pět.“ (Zvěřina, M. 2013)*

Zmíněny bývají také postoje nadnárodních zdravotnických organizací, jako je WHO či Mezinárodní federace gynekologů a porodníků, jako protipól stanoviska tuzemských lékařů vůči domácím porodům. Porovnávají jsou české výsledky a podmínky s těmi zahraničními, na základě kterých jsou prezentovány alternativní porody jako stejně bezpečné s těmi v nemocnici: *„Existují státy – třeba Švédsko, kde je přístup k porodům liberální a novorozenecká úmrtnost je tam stejná jako u nás.“ (Drchal, 2010)*

4.2.2 Porovnání zdravotních rizik porodů s asistentkou a porodů s lékařem

Kromě vyzdvihování psychických přínosů domácího porodu se mluvčí diskursu snaží ukázat, že ani po zdravotní stránce nikomu nehrozí žádná újma a u zdravých,

nízkorizikových rodiček jsou rizika srovnatelná s porodem v nemocnici: „*Platí to u ženy, která je nemocná. Pro zdravou ženu, která má u sebe profesionála, tedy porodní asistentku, je to riziko stejně velké jako v nemocnici.*“ (Syslová, 2011)

K podpoře tohoto tvrzení využívají asistentky nejčastěji zahraniční studie, porovnávající počet komplikací a úmrtí z obou typů porodů. Úmrtí dítěte při domácím porodu vedeném I. Königsmarkovou je mluvčími diskursu chápáno jako vzácná výjimka, kterou většina asistentek ve své praxi ještě nezažila, stejně tak jakékoliv komplikace jsou prezentovány jako vzácné. „*Naprostá většina matek, kterým jsem asistovala, rodila bezproblémově doma. Asi v pěti případech jsme s kolegyní převážely rodičku do porodnice. Nešlo ale o žádný náhlý převoz, vše proběhlo v klidu.*“ (Havránková, 2012) Případné komplikace se navíc dají podle mluvčích diskursu rozeznat předem a včas na ně zareagovat: „*Pokud jste zdravá a neužíváte žádné léky, akutní situace během porodu v žádném případě nenastane. Do zdravého zubu také nedostanete zánět z ničeho nic. Ano, zdravé tělo může vyslat signál, že se z normálního stavu vychyluje, ale pak je vždy čas zavelet k odjezdu do porodnice.*“ (Hamplová, 2009)

Naopak v některých aspektech je konstruováno menší riziko domácího porodu pro matku i pro dítě: „*V některých parametrech jsou dokonce šetrnější – nižší množství zásahů do porodu, poranění a jiných poporodních komplikací, domácí novorozenci méně potřebují resuscitaci, mají méně poporodních poranění a infekcí.*“ (Binarová, 2011)

4.2.3 Důraz na kauzalitu psychického stavu rodičky a průběhu porodu

Zastánci filosofie přirozeného porodu konstruují psychické výhody, které domácí, potažmo přirozený porod pro rodičku přináší. Naplnění psychických potřeb rodičky má příznivý vliv na samotný průběh porodu: „*(...) o hladkém průběhu porodu nejvíc rozhoduje psychika rodičky, umožňující nebo naopak bránící přirozenému vyplavování porod řídících hormonů.*“ (Labusová, 2012)

Avšak nejen to, někteří mluvčí poukazují na možnou souvislost mezi způsobem porodu a pocitem nekompetence v mateřské roli, která může vést až ke krizi mateřství a všeobecnému odcizení. Porodnickému establishmentu je vytýkán nezáměr o „psychologické potřeby porodu“, což se projevuje direktivním jednáním, nerespektováním soukromí a studu, nezohledňování přání žen ohledně vedení porodu.

Porod pod dohledem asistentky je naopak chápán jako příznivý pro budoucí mateřskou roli, protože porodní asistentky „*umožňují rodičkám psychologicky bezpečný vstup do mateřství. Podporují tak biologickou podmíněnost schopnosti vytvářet a udržovat vztahy, které odjakživa a pro každého z nás souvisí s matčíným náručím.*“ (ibid)

V diskursu je také poukazováno na vliv průběhu porodu na psychiku novorozence. Vztah matka – dítě je pro budoucí psychosociální vývoj dítěte zcela zásadní, tvrdí mluvčí diskursu a upozorňují na nenahraditelnost této vazby. Ta se podle nich vytváří již bezprostředně po porodu. Mluvčí přitom odkazují na vědecké výzkumy z oblasti psychologie. Pokud je vazba matka – dítě nějakým způsobem narušena, což se děje v porodnicích například ve chvílích, kdy je dítě od matky krátce po porodu separováno, může to mít důsledky do budoucna v podobě psychických následků pro dítě. Jakých konkrétně, však mluvčí dále neuvádí. „Dítě patří k matce a v prvních chvílích po porodu obzvláště – vytváří se totiž důležité vazby. Tak hovoří výsledky vědeckého zkoumání.“ (Horáková, 2011)

Separace matky a dítěte je chápána jako a priori negativní jev, aniž by bylo reflektováno, že k oddělení dítěte mnohdy vede jeho zdravotní stav: „*Výsledky neurobiologických výzkumů přinášejí nové informace o tom, jak určující je období raného věku, včetně porodu, pro vývoj psychiky.(...) Je rozdíl, zda se narozené dítě dívá do očí matky, nebo opuštěné hledí do skel inkubátoru.*“ (ibid)

4.2.4 Poukázání na absenci porodní zkušenosti a necitlivost vůči rodičkám

Stoupenci diskursu přirozeného porodu se snaží poukázat na fakt, že ačkoliv lékařští odborníci mají k vedení porodu potřebnou profesní kvalifikaci a zkušenosti, chybí jim pochopení pro pocity rodičích žen. Diskurs lékařsky vedených porodů je tak kritizován na základě toho, že muži, kteří mezi lékaři – porodníky převládají, se nedokážou do situace těhotné ženy vžít. Nejen oni, ale muži jako celek nemají v tomto ohledu prožitky vlastní porodní zkušenosti. „*Existují však oblasti, pro jejichž plné pochopení formální vzdělání a profesní zkušenosti nestačí. Takovou oblastí jsou například porody. Boris Šťastnému chybí v tomto případě pro komplexní úsudek významná kvalifikace – nikdy nerodil. To by však ještě nemuselo být na závadu, pokud by se uměl do situace zdravé rodičí ženy dostatečně vžít.*“ (Horáková, 2011)

4.2.5 Poukázání na svévolné jednání a nadřazenost lékařů

K domácímu porodu ženy prý nejčastěji vedou špatné zkušenosti z porodnic a obavy z přístupu porodníků. Ženám podle asistentek vadí nedostatek ohledu na potřebu soukromí, omezování pohybu a urychlování porodu umělými zásahy. Lékařům je také vytýkáno nerespektování přání žen a uplatňování moci nad nimi: „*A i když jim žena svoje přání sdělí, je odkázaná na jejich dobrotu.*“ (Syslová, 2011)

Lékaři jsou v rámci diskursu prezentováni jako mocní, rodičky a pacienti obecně jako někdo, kdo se musí podvolit: „*Jste v roli NEmocného a zdravotnický personál v roli mocného. Představa o rovnoprávnosti pacientů a zdravotníků je čirá iluze.*“ (Kamberský, P. 2011)

4.3 Mediální články jako prostor pro manifestaci diskursů

Medializace veřejné, a čím dál častěji i soukromé sféry, je významným trendem současné doby. Média uplatňují čím dál větší vliv na sociální praktiky, způsob jednání, komunikace i na konstituování sociální identity a vztahů. (Jonášová, 2011: 23)

Média se tak významně podílí na prosazování či určitých témat do veřejné debaty a také určují, jak budou preferované náměty zobrazovány a kontextualizovány. Někteří analytici, zabývající se diskursem, v něm vidí ideologicky-politickou praxi, která „*konstituuje, udržuje, naturalizuje anebo mění mocenské vztahy.*“ (Šmídová, 2007: 103) Texty vydané médiu je pak možné chápat jako materializované produkty diskursivní praxe.

Jak už jsem uvedla výše, Foucault postuluje myšlenku, že každá společnost pomocí různých procedur diskurs kontroluje, organizuje a vybírá, co je možné sdělovat a za jakých okolností. (Foucault, 1994) Co se poté objevuje v mediálním diskursu, například v novinových článcích či televizních příspěvcích, je sociálně podmíněno a zároveň ovlivněno procedurami vylučování (zákaz slova, vůle po pravdě, dělba na šílenství a na rozum), které určují, co je v daném tematickém poli považováno za „normální“, patřičné, a co naopak budeme vnímat jako irelevantní a nepatřičné. (Trampota, Vojtěchovská 2010: 171)

Podle Rogera Fowlera (1991) diskursy „*definují, popisují a určují, co je možné říct a co nikoliv... diskurs poskytuje sadu možných výroků o dané oblasti a uspořádává a dává strukturu způsobu, jakým se o určitém tématu, objektu, nebo procesu mluví.*“ (Fowler in Trampota, Vojtěchovská 2010: 42)

Při výzkumu analyzovaného materiálu jsem zjistila, že ačkoliv se diskurs lékařsky vedeného porodu projevuje jako dominantní, protože má explicitní podporu v právním řádu i jednání institucí, jakými je například Ministerstvo zdravotnictví, pojišťovny či úřady, sledovaná média referovala o tématu vyrovnaně a v analyzovaných článcích byl dáván prostor mluvčím obou diskursů zhruba ve stejné míře.

V Mladé frontě DNES mělo z dvaceti čtyř analyzovaných článků pět pouze informační charakter, dalších devět mělo informační charakter a dalo prostor k vyjádření mluvčím obou diskursů, čtyři vyznívaly *proti* domácím porodům a tři *pro*. V jednom z článků jsem identifikovala diskurs individuální svobody.

Deník Právo zveřejnil ve sledovaném období celkem jedenáct článků, z čehož čtyři byly články, které pouze informovaly o průběhu soudní kauzy bez zaujetí stanoviska, dva kromě informování poskytly prostor oběma stranám sporu, tři vyznívaly *proti*, dva *pro* a jeden apeloval na svobodu rozhodování. V Lidových novinách měly tři články pouze informační charakter, v pěti článcích dostaly prostor obě strany, názor *pro* zazněl v deseti a *proti* celkem v osmi článcích.

4.4 Strategie diskursu lékařsky vedeného porodu k udržení hegemonie

Lékařský diskurs jsem identifikovala jako dominantní. Ačkoliv byl oběma diskursům dáván v mediálních článcích zhruba stejný prostor, diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu se těší, na rozdíl od diskursu přirozeného, institucionální podpoře.

Strategií diskursu je jednak prezentování lékařsky vedeného porodu jako jediné správné a bezpečné volby, jednak stigmatizování a normativní znehodnocování kontradiskursu.

První strategie má za cíl udržet monopol diskursu na vedení porodů a tím pádem hegemonii v oblasti porodní péče, nemuset se dělit o prostředky a o moc s nikým dalším. Tato strategie je podporována argumenty o rizikovosti alternativních porodů, kompetentnosti lékařů jako jediných odborníků, kteří jsou schopni porod zdárně vést a statistickými výsledky, které úspěšnost diskursu potvrzují.

Druhá strategie, stigmatizace a znehodnocování, má snížit šance kontradiskursu na přijetí veřejností. (Durnová, 2011: 88)

Přebírání takového pohledu na danou skupinu je tudíž součástí argumentací a výpovědí aktérů, kteří se k diskursu lékařsky vedeného porodu hlásí.

Z analyzovaných výpovědí vyplývá, že ke stigmatizování diskursu přirozeného porodu dochází prostřednictvím artikulace nekompetentnosti porodních asistentek k vykonávání činnosti bez lékařského dohledu, je poukazováno na jejich nedostačující vzdělání a absenci schopnosti řešit naléhavé případy, také však dochází ke stigmatizaci matek, které se rozhodly родit doma, jako psychicky „nenormálních“.

V analýze jakéhokoliv diskursu je potřeba sledovat nejen to, co bylo řečeno, ale také, co řečeno není. V rámci každého diskursu existují tabu, aneb témata, o kterých se nemluví, ačkoliv jsou považovány za normální a v každodenní interakci samozřejmé. *„Naším úkolem je tuto samozřejmost odkrýt: buď střetem s protichůdným názorem, nebo explicitním odkrýváním tabu.“* (Durnová 2011: 89)

V souvislosti s tímto požadavkem diskursivní analýzy jsem shledala, že diskurs lékařsky vedeného porodu nezmiňuje dvě témata. Prvním z nich je úmrtnost a poškození vzniklé v důsledku nemocničních praktik. Nedožíváme se, jaká rizika s sebou může nemocniční prostředí nést, že například skýtá vyšší šanci k nakažení infekcí či vyšší míru poporodních poranění žen v důsledku rutinních intervencí.

Nemluví se ani o možnosti profesního selhání lékařů, určení špatné diagnózy či léčebného postupu. Naopak co je v diskursu zmíněno, je uznání jistých psychických výhod domácích porodů, ty jsou však konstruovány jako druhořadé v porovnání se zdravotními benefity pro matku i dítě v porodnicích.

Druhým takto identifikovaným tabuizovaným tématem je legislativně zakotvená kompetence asistentek k samostatnému vedení „normálního“ porodu a úroveň vzdělání, kterého asistentky v souladu se současnými požadavky disponují. Je prezentováno jako samozřejmost, že asistentky jako celek disponují pouze nižším vzděláním, ač má řada z nich v dnešní době vysokoškolský titul.

V lékařském diskursu se o domácích porodech mluví v souvislosti s různě absurdními místy, která jsou však ve skutečnosti naprosto nereálná, protože porody jen s asistentkou mají svá jasně stanovená pravidla. Ta však nejsou dominantním diskursem vůbec reflektována a zmiňována, a alternativní porody jsou tak prezentovány jako čiré šílenství bez jakýchkoliv mezí.

4.5 Strategie aktérů diskursu přirozeného porodu

Soukromé porodní asistentky, které jsou hlavní hybnou silou diskursu přirozeného porodu, požadují, aby jim bylo přiznáno právo asistovat u fyziologických, nízkorizikových porodů, a to nejen v porodnicích, ale také v domácnostech a porodních

domech, jejichž vznik se snaží, zatím marně, iniciovat. Usilují o uznání své profese jako samostatného, na lékařích nezávislého oboru a vzkříšení jeho váženosti, kterou měl před nástupem socialismu. Ekonomické a legislativní překážky jim však brání v plnohodnotně vykonávat profesi a staví je do marginalizované role, na což reagují (nejen) asistentky tím, že proti dominantnímu lékařskému diskursu staví alternativní diskurs, prostřednictvím něhož se snaží získat podporu veřejnosti a legalizovat svou činnost. Ta zatím probíhá buď v „šedé zóně“, nebo nelegálně. Porodní asistentky se tak chtějí podělit s lékaři o část klientely rodiček, stejně jako se snaží dosáhnout hrazení péče u porodů doma pojišťovny a narovnat tak nerovnou situaci ve financování svých služeb.

Diskurs přirozeně vedeného porodu podpírají argumenty o zdravotní nezávadnosti porodů mimo lékařská zařízení, poukázáním na praxi a výsledky států, které je umožňují, psychologický přínos pro matku a dítě, příznivý vliv intimního prostředí na průběh porodu a nižší finanční náročnost porodní péče pouze s asistentkou.

Hlavní strategie diskursu spočívají v prezentování alternativních porodů jako bezpečných, v některých aspektech dokonce bezpečnějších, než je porod v nemocnici, a konstrukci „nových rizik“, která vznikají v důsledku přetechnizované a zbytečně intervenující lékařské péče. Proto také artikuluji jasná pravidla pro domácí porody, která mají podpořit vědeckost jejich počínání.

Strategie překonávání legislativních bariér tkví v „pololegálním“ jednání – samy asistentky přiznávají, že chodí k porodům bez registrace nebo s registrací zúženou, která je neopravňuje k vedení porodu. „*Nutí nás to, abychom se pohybovaly na tenkém ledě.*“ (Drchal, 2010)

4.6 Identifikace řádů ospravedlňování v diskurzech

Jako relevantní pro danou kontroverzi ohledně alternativních porodů jsem shledala dva režimy ospravedlňování: průmyslovou obec a domácí obec.

Režim ospravedlňování typický pro domácí obec se v určité míře projevuje v diskursu přirozeného porodu, ačkoliv hlavní princip této obce, kterou je hierarchie a otcovská autorita, se s diskursem vylučuje. Avšak přirozený diskurs odkazuje na tradičnost domácích porodů (až do 20. století většina porodů probíhala v domácích podmínkách za přítomnosti porodní báby a s vyloučením mužské přítomnosti), diskrétnost a intimitu porodu, což jsou hodnoty s domácí obcí pevně spjaté. Nedostatek soukromí a intimity rodiček, nedostatečný důraz na jejich potřeby, autoritativní chování

zdravotníků, to jsou aspekty, které jsou v souladu s hodnotami domácí obce kritizovány na porodnicích.

Přestože se domácí obec opírá o hodnoty jako je hierarchie v rámci rodiny i společnosti a autorita otce, je kladen důraz na to, aby jednání nejvýše postaveného (otce) vůči níže postaveným bylo prostoupeno laskavostí, ohleduplností a pochopením. „*Je absolutně zbytečné chovat se odměřeným, pánovitým a ponižujícím způsobem.*“ (Boltanski, 2006: 167)

Oba diskursy se odkazují na hodnoty obce průmyslové, přičemž diskurs lékařsky vedeného porodu s hodnotami obce souzní v mnohém více než diskurs přirozeného porodu. Průmyslová obec je světem technologických objektů a vědeckých metod. Společným principem je výkonnost zajišťující pokrok, produktivita, účinnost, efektivita a předvídatelnost. Málo ceněný je ten, kdo je chápán jako neproduktivní, neaktivní, neúčinný a neefektivní.

Škála kvalifikací zde tvoří základ hierarchie hodnot a s ní spojených kompetencí, což je v souladu s hodnotovým systémem lékařského diskursu, který jako nejvýše postavené v rámci hierarchie kvalifikací uznává porodníky. Ti mají nést nejvyšší „průmyslovou zodpovědnost“ ze všech zúčastněných, protože jsou nejvíce kvalifikovaní a profesionální. Porodní asistentky a jiné zdravotnické profese jsou chápány jako lékařům podřízené. A nakonec nejnižší stojí rodičky jako laičky v oblasti medicíny.

Také předvídatelnost jako hodnota ceněná touto obcí je nositeli lékařského diskursu často zdůrazňovaná, protože předvídatelnost zaručuje úspěch (nižší riziko smrti či poškození), a jelikož porod je v rámci diskursu chápán jako jev nepředvídatelný, je potřeba tuto nepředvídatelnost co nejlépe eliminovat pomocí rutinních procedur. Poškození je znakem neefektivity fungování, tudíž veškeré jednání zvyšující riziko poškození (což je pro nositele diskursu právě domácí porod) je diskursem kategoricky odmítáno.

Průmyslová obec nehodnotí pouze neživé objekty, ale posuzuje podle průmyslových kritérií dokonce i lidské tělo. Za účelem zvýšení průmyslové produktivity může být s lidmi zacházeno jako s věcmi, bez ohledu na jejich důstojnost. Znaky tohoto jednání lze spatřovat i v rámci lékařského diskursu, který jako nejdůležitější kritérium porodní péče předkládá statistiku novorozenecké a mateřské úmrtnosti a tím *de facto* volá po „produkcí“ co nejvyššího množství „nezávadných produktů“, zdravých novorozenců a rodiček. Produkci, která se řídí standardizovanými procedurami, aby byla co nejefektivnější, a nedbá přitom příliš na „lidské“ potřeby.

Argumentace diskursu přirozeného porodu stojí částečně také na základech průmyslové obce, a to zejména odvoláváním se na statistiky, čísla, grafy, ukazatele a jiné typické nástroje obce, srovnávající rizika domácích a lékařsky vedených porodů.

Závěr

Porod v analyzovaných člancích je předmětem několika konstrukcí. V první řadě ho definují dva diskursy, které jsou v antagonistickém sporu – diskurs lékařsky vedeného a diskurs přirozeného porodu. Mimoto je v člancích přítomen třetí diskurs, diskurs individuální svobody, který se a priori nepřiklání ani na jednu stranu a svou legitimitu čerpá z jiných zdrojů. Diskursy se liší především v tom, jakým způsobem konstruují diskursivní objekt (porod) a jak prezentují rizika s ním spojená.

Lékařský diskurs chápe každý porod jako a priori rizikový, nevypočitatelný proces, jehož následky mohou být fatální, pokud se neodehrává v porodnici. Nejvyšší hodnotou, artikulovanou diskursem, je tělesné zdraví matek a dětí.

Přirozený diskurs interpretuje porod jako normální, fyziologický děj, kde se komplikace objevují jen zřídkakdy, a který se může za určitých podmínek odehrávat i mimo zdravotnické zařízení. Ceněnou hodnotou je nejen fyzické zdraví matek a dětí, ale také naplnění jejich psychických potřeb a práva na volbu porodu.

Diskurs individuální svobody naopak zdravotní ani jiná rizika příliš neřeší, ačkoliv s potenciálním rizikem domácích porodů částečně souhlasí. Jako nejvyšší hodnotu pojímá svobodnou vůli a zodpovědnost za své jednání.

Nejvýraznějším ohniskem sváru diskursů přirozeného a lékařsky vedeného porodu je definice „normálního“ porodu. Zatímco aktéři přirozeného porodu formulují kritéria, na základě kterých lze předem roztrždit porody na rizikové a nízkorizikové a ty nízkorizikové poté vést v domácích podmínkách či porodních domech, aktéři kontradiskursu tuto selekci odmítají.

Žádný porod podle nich nelze považovat za fyziologický a nekomplikovaný předem, protože komplikace mohou přijít zcela neočekávaně a bez jakékoliv indicie, a proto se porod dá za bezproblémový označit až retrospektivně. V rámci medicínského diskursu tak není akceptovatelná žádná hranice oddělující rizikové a nízkorizikové porody a proto je potřeba s každým porodem zacházet, jako by rizikový byl. Jediným bezpečným místem k vedení porodů je tak technicky a personálně vybavené zdravotnické pracoviště, kde porod probíhá pod odborným dohledem lékaře.

Z této pozice tak lékařský diskurs odmítá požadavky kontradiskursu na vedení porodů kdekoli jinde než v porodnici jako hazard se zdravím a se životem novorozenců a rodiček. Lékařsky vedený porod je podle mluvčích vhodný pro každou rodičku bez ohledu na její zdravotní a psychický stav. Naopak diskurs přirozeného

porodu artikuluje pravidla, pomocí nichž selektuje rodičky na vhodné a nevhodné adeptky pro tento způsob porodu.

Diskurs přirozeného porodu jako riziko vnímá rutinní lékařskou intervencí do fyziologických porodů a autoritativní přístup lékařů. Tyto praktiky jsou podle nositelů diskursu škodlivé jak ze zdravotního, tak psychologického hlediska, které však diskurs chápe jako propojené nádoby. Rutinní zásahy a nevhodný přístup personálu může mít negativní vliv na psychický stav rodičky, čímž se naruší spontánnost porodního procesu a ten se pak může neúměrně zpomalit, nebo rovnou zastavit, což vede k dalším intervencím.

Znesvářené diskursy se liší rovněž tím, kdo smí diskurs pronášet. Zatímco v rámci lékařského diskursu jsou to pouze a jedině lékaři, kdo má oprávnění tímto druhem jazyka promlouvat a kdo je držitelem diskursu, diskurs přirozeného porodu dává právo promlouvat celé škále aktérů – porodním asistentkám, matkám, psychologům, sociologům a jiným spřízněným profesím. Naopak diskurs lékařsky vedeného porodu neumožňuje promlouvat dokonce ani všem nositelům lékařského titulu, ale omezuje se pouze na ty, kdo praktikují klasickou medicínu – nesetkáme se s výpověďmi lékařů zabývajících se různými směry nekonvenční a alternativní medicíny, jakkoliv jsou jinak v rámci odborné lékařské obce uznávané.

Naopak v čem se diskursy příliš neliší, jsou jazykové prostředky a původ, ze kterého odvozují svoji argumentaci. Ačkoliv argumentace diskursu přirozeného porodu vychází částečně z racionality, kterou Beck (2011) označuje jako sociální, protože kritizuje industriální systém (v našem případě medicínu) za vytváření nových rizik při honbě za vyšší produktivitou (v našem případě za snižování novorozenecké a mateřské úmrtnosti).

Rizika jsou oběma diskursy formulována z pozice vědy a artikulována prostřednictvím vědeckého jazyka, což koresponduje s tvrzením Becka, že pro jakoukoliv kritiku vedlejších účinků pokroku platí, že *„nakonec je nutné odvolat se na to a nalézt ospravedlnění právě v tom, proti čemu se argumentuje – vědecké racionalitě.“* (Beck 2011: 95)

V úvodu této práce jsem si stanovila výzkumnou otázku, jaké strategie uplatňují jednotlivé diskursy ke svému ospravedlnění. Nalezla jsem u každého diskursu dva typy strategií, strategii obrannou, která sloužila k podpoře dané konstrukce porodu, a strategii, která se zaměřovala na kritiku jednání kontradiskursu.

Jako diskursivní strategie byly u lékařského diskursu identifikovány prezentace lékařsky vedeného porodu jako jediné bezpečné možnosti a stigmatizování zastánců kontradiskursu jako nekompetentních, málo vzdělaných a psychicky labilních. Diskursivní strategie stoupců přirozeného porodu spočívaly v prezentaci alternativních porodů jako z hlediska rizikovosti rovnocenné alternativy s nemocničním porodem a v kritice kontradiskursu za vytváření nových rizik, spojených s přetechnizovaným a preventivně intervenčním přístupem k porodu a autoritativního, necitlivého přístupu k rodícím ženám.

Obecně se dá říci, že zatímco strategie dominantního diskursu vedou k udržení monopolu na porodní péči a vytěsnění jiných aktérů „ze hry“, strategie kontradiskursu směřují naopak k pluralizaci péče a uznání svých postupů jako legitimních.

Summary

Childbirth in analyzed articles is the subject of several constructions. First, defined through two discourses in antagonistic dispute - medically controlled discourse and the discourse of natural birth. Furthermore, the articles present the third discourse, the discourse of individual freedom, which a priori does not tally to one side and draws its legitimacy from other sources. Discourses differ primarily in how they build the discursive object (labor) and how to present the risks associated with it. Discourses differ primarily in how they build the discursive object (labor) and how to present the risks associated with it.

Medical discourse understands every birth as a priori risk, unpredictable process whose consequences can be fatal if it does not happen in the hospital. The highest value, articulated by discourse is physical health of mothers and children. Natural childbirth discourse interprets labour as a normal physiological process, where complications occur only rarely, and which may under certain circumstances take place outside medical facilities. Asset, not only the physical health of mothers and children, but also to meet their psychological needs and the right to choose childbirth.

The discourse of individual freedom on the contrary, health or other risks not addressed, although the potential risk of home births partially agrees. As the highest value conceives free will and responsibility for their actions.

The most focal point of contention discourses natural and medically controlled childbirth, the definition of "normal" birth. While the actors natural birth formulate

criteria for determining whether a pre-sort births at risk and low-risk and low-risk ones, then keep at home or maternity homes, actors kontradiskursu reject this selection.

No birth can they be considered physiological and uncomplicated advance because complications may come unexpectedly and without any indicia, and therefore the birth can for convenience to designate retrospectively. Within the medical discourse is not acceptable no boundaries separating risk and low-risk births, and hence the need to treat every birth as if it was a risk. The only safe place to conduct births is so technically and staffed medical facility, where the birth takes place under the supervision of a physician.

From this position, so the medical discourse rejects requests of contradiscourse for births other than the hospital as a health hazard and life of newborns and mothers. Medically births, according to speakers suitable for every laboring woman regardless of her health and mental condition. Conversely discourse natural birth articulates the rules by which maternal selects a suitable candidate, and unsuitable for this kind of labor.

Discourse of natural childbirth perceive risk of routine medical intervention in childbirth physiological and authoritative approach doctors. These practices are understand like damaging discourse by bearers from both the medical and psychological point of view, however, that discourse seen as interconnected vessels. Routine interventions and inappropriate attitude of the staff may have a negative effect on the mental state of mothers, thereby disrupts the spontaneity of the birthing process and it can then be disproportionately slow, or just to stop, which leads to further interventions.

Competing discourses differ also one who may uttering discourse. While in medical discourse it and only doctors who have privileges that kind of language to speak and who holds discourse, the discourse of natural birth gives the right to speak the whole range of actors - midwives, mothers, psychologists, sociologists and other related professions. Conversely discourse medically controlled childbirth does not even speak to all holders of a medical degree, but is limited to those who practice traditional medicine - will meet again with the testimony of the doctors involved in various directions unconventional and alternative medicine, though they are otherwise within the professional medical community recognized.

Conversely, what is not very different, linguistic means and the origin from which they derive their arguments. Although the reasoning discourse natural birth is partly derived from rationality, which Beck (2011) refers to as social because criticizes

industrial system (in our case, medicine) for creating new risks in pursuit of higher productivity (in our case for reducing infant and maternal mortality).

Risks are by both discourses formulated from the position of science and articulated through scientific language, which corresponds with Beck claiming that any criticism of the side effects of progress, the "end it is necessary to refer to it and to find justification in the fact against which it is argued - scientific rationality."(Beck 2011: 95)

At the beginning of this work I set the research question, what strategies pursued by the various discourses to his vindication. I found each of discourse are two types of strategies, defensive strategy that served to support the construction of birth, and a strategy that focused on criticism of the conduct of contradiscourse.

As a discursive strategies were identified by the medical discourse presentation of medically controlled childbirth as the only safe options and stigmatized supporters of contradiscourse as incompetent, poorly educated and mentally unstable. Discursive strategies followers of natural childbirth consisted in the presentation of alternative deliveries as a risk-equivalent alternatives to hospital delivery and criticism of contradiscourse for creating new risks associated with dehumanized intervention and preventive approach to labor and authoritarian, insensitive approach to laboring women.

Generally it can be said that while the strategy of the dominant discourse leading to maintain a monopoly on maternity care and crowding out other actors "from the play" strategy aimed of contradiscourse contrary to pluralization care and recognition of their practices as legitimate.

Použitá literatura

- BECK, Ulrich. Riziková společnost: Na cestě k jiné moderně. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2011, 431 s. ISBN 978-80-7419-047-6.
- BOLTANSKI, Luc; THÉVENOT, Laurent. *On Justification: Economies of Worth*. Princeton: Princeton university press, 2006, 373 s. ISBN 978-0-691-12516-9.
- CANDIGLIOTA, Zuzana. Právní postavení porodních asistentek v ČR. *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies, 2011, 83. ISBN 978-80-86520-38-4.
- CANDIGLIOTA, Zuzana. Porodní asistentky trnem v očích lékařů. *Lidové noviny*. 2013. Roč. 26, č. 205, s. 9.
- ČTK JUSTICE. Porody doma jsou hazard, tvrdí lékaři. *Lidové noviny*. 2012. Roč. 25, č. 59, s. 4.
- DOLEŽALOVÁ, Jana. Hovory s porodní bábou: rozhovor Jany Doležalové s porodní asistentkou Ivanou Konigsmarkovou. Praha: Argo, 2006, 162 s. ISBN 80-7203-792-7.
- DRCHAL, Václav. Domácí porod skončil neštěstím. *Lidové noviny*, 2009, roč. 22, č. 172, s. 4.
- DRCHAL, Václav. Porody mimo porodnici – Hlava XXII. *Lidové noviny*, 2010. roč. 22, č. 272, s. 4.
- DURNOVÁ, Anna. Diskurzivní přístupy v policy analysis. *Současné metodologické otázky veřejné politiky*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 9788024618654.
- FOUCAULT, Michel. *Archeologie vědění*. Praha: Herrmann & synové, 2002, 318 s. ISBN 80-239-0124-9.
- FOUCAULT, Michel. *Diskurs, autor, genealogie: tři studie*. Praha: Svoboda, 1994, 115 s. ISBN 80-205-0406-0.
- HADAČ, Jan. Ublížil dítěti porod? Projevit se to může třeba až za dva roky. *MF Dnes*. 2011, Roč. 22, č. 224, s. 2.

- HÁJEK, Martin. *Čtenář a stroj: vybrané metody sociálněvědní analýzy textů*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2014, 226 s. ISBN 978-80-7419-161-9.
- HAMPLOVÁ, Ludmila. Prima porod s rizikem smrti. *Lidové noviny*, 2009, roč. 22, č. 237, s. 1.
- HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava; HREŠANOVÁ, Ema. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis*, 2008, roč. 44, č. 1, s 87–111. ISSN 0038-0288.
- HAŠKOVÁ, Hana. *Názorové diferenciacie k současným změnám v českém porodnictví*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2001, 52 s. ISBN 80-85950-97-9.
- HAVRÁNKOVÁ, Kateřina. Porod není scéna z nemocnice Chicago Hope. *MF Dnes*, 2012. Rroč. 23, č. 51, s. 3.
- HORÁKOVÁ, Monika. Porody doma? Reakce na kvalitu porodnic. *Lidové noviny*, 2011, roč. 24, č. 214, s. 11.
- HREŠANOVÁ, Ema. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2008, 216s. ISBN 978-7043-748-0.
- CHUDÁČEK, Jiří. Zákaz porodů doma? Prodraží se. *Lidové noviny*, 2011, roč. 24, č. 215, s 5.
- JONÁŠOVÁ, Kateřina. Krev versus rozum – (přirozený) porod a média. *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies, 2011, 83. ISBN 978-80-86520-38-4.
- JORDAN, Brigitte. *The Social Construction of Authoritative Knowledge in Childbirth. Childbirth and Authoritative Knowledge : Cross-cultural Perspectives*. California: University of California Press, 1997.
- KAPR, Jaroslav a Bohumil KOUKOLA. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998, 75 s. ISBN 80-85850-49-4.
- KREJČÍ, Miroslav. Naplnilo se varování lékařů. *Lidové noviny*, 2011, roč. 24, č. 231, s. 11.

- KOZELKA, Petr. Ústavní soud rozdmýchal spor o domácí porody. *Právo*, 2013. roč. 23, č. 201, s. 4.
- KŘIVKA, Vladimír. Ať řeknou soudy cokoli, hazardovat nemíníme. *Lidové noviny*, 2013. roč. 26, č. 201, s. 2.
- KŘÍŽOVÁ, Eva. Současné proměny lékařské role a vědění jako nástroj moci v demokratizující se společnosti. *České zdravotnictví: Vize a skutečnost*. Praha: Karolinum, 2004, 250 s. ISBN 80-246-0944-4.
- KŘÍŽOVÁ, Eva; ŠÍMEK, Jiří. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum, 2002, 157 s. ISBN 80-246-0507-4.
- LABUSOVÁ, Eva. Umožňujeme v Česku bezpečný porod? *Lidové noviny*, 2012, roč. 25, č. 34, s. 12.
- MANDAUSOVÁ, Klára. Riziko, nebo dobrá cesta? *MF Dnes*, 2009, roč. 20, č. 182, s. 9.
- NEPUSTIL, Bohumír. Porodní báby to zvládnou. *Lidové noviny*, 2012, roč. 25, č. 70, s. 15.
- PETRÁŠOVÁ, Lenka. Domácí porod, při němž se dítěti zastavila krev, vyšetřuje policie. *MF Dnes*, 2009. roč. 20, č. 181, s. 4.
- ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
- ROZTOČIL, Aleš. Kvůli represi rodí po telefonu. *Lidové noviny*, 2012, roč. 25, č. 219, s. 4.
- ŘIHÁKOVÁ, Veronika. Rozsudek Obvodního soudu pro Prahu 3 ze dne 21. září 2011. *Domácí porody – jaká lidská práva jsou ve hře?* Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta právnická. Vedoucí práce Kateřina ŠIMÁČKOVÁ.
- SYSLOVÁ, Jana. Pusťte nás do porodnic a porod doma skončí, říkají asistentky. *MF Dnes*, 2011, roč. 22, č. 10, s. 3.

ŠEĐOVÁ, Klára; Roman ŠVARÍČEK. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠTĚTINA, Jiří. Chce rodit doma? Ať podepíše souhlas. *Právo*, 2012, roč. 20, č. 33, s. 6.

TRAMPOTA, Tomáš; VOJTĚCHOVSKÁ, Martina. *Metody výzkumu médií*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 293 s. ISBN 9788073676834.

VÁVRA, Martin. Diskurz a diskursivní analýza v sociologii. *Soudobá sociologie II (Teorie sociálního jednání a sociální struktury)*. Praha: Karolinum, 2008. 392 s. ISBN 978-80-246-1413-7.

VESELÁ, Jiřina. Lékaři začali nabízet "ambulantní" porody. *Lidové noviny*, 2011, roč. 24, č. 48, s. 6.

VLČKOVÁ, Eva. Spor o porody v "obýváku". *Lidové noviny*, 2012, roč. 25, č. 27, s. 17.

ZÁBRODSKÁ, Kateřina. *Variace na gender. Poststrukturalismus, diskursivní analýza a generová identita*. Praha: Academia, 2009, 197 s. ISBN 978-80-200-1752-9.

ZVĚŘINA, Martin. Verdikt rozumu. *Lidové noviny*, 2013, roč. 26, č. 201, s. 10.

ZVĚŘINA, Martin. Vyvlastněná těla. *Lidové noviny*, 2013. roč. 26, č. 203, s. 10.

Elektronické zdroje

APERIO Společnost pro zdravé rodičovství [online]. [cit. 25. 6. 2015]. Dostupné z www: <<http://www.aperio.cz/133/poslani-cile-cinnost>>

BOLTANSKI, Luc.(2010) Nový režim ospravedlňování: Projektová obec. *Biograf* [online]. (52-53): 79odst. [cit. 2014-12-12]. Dostupné z www: <www.biograf.org/clanek.php?clanek=5309>.

CANDIGLIOTA, Zuzana. Péče porodních asistentek mimo porodnice. *Liga lidských práv* [online]. 2010. [cit. 30. 6. 2015]. Dostupné z www: <<http://lp.cz/publikace/pece-porodnich-asistentek-mimo-porodnice/>>

Česká gynekologicko – porodnická společnost. [online]. [cit. 25. 6. 2015]. Dostupné z www: <<http://www.cgps.cz/cgps/stanovy.php>>

Česká lékařská komora. Odborné stanovisko Vědecké rady ČLK k porodům v domácnosti. *Česká lékařská komora* [online]. 8. 2. 2012. [cit. 25. 6. 2015].

Dostupné z www:

<http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz_99307>

Česká lékařská komora. Úmluva o lidských právech a biomedicině. *Česká lékařská komora* [online]. [cit. 27. 6. 2015]. Dostupné z www:

<<http://www.lkcr.cz/mezinarodni-smlouvy-a-umluvvy-432.html>>

České ženské lobby. Právo českých žen na asistovaný domácí porod řeší soud ve Štrasburku. *Normální porod* [online]. 2013. [cit. 23. 7. 2015]. Dostupné z www:

<http://normalniporod.cz/co-se-deje/pravo-ceskych-zen-na-asistovany-domaci-porod-resi-soud-ve-strasburku/>

ČT 24. Štrasburk se v bitvě o domácí porody přiklonil na stranu státu. *ČT 24* [online]. 2014. [cit. 23. 7. 2015]. Dostupné z www:

<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/295131-strasburk-se-v-bitve-o-domaci-porody-priklonil-na-stranu-statu/>

ČT Brno. Porodila doma, záchranáři ji přinutili jet do porodnice. Teď chce odškodné. *ČT 24*. [online]. 2011. [cit. 23. 7. 2015]. Dostupné z www:

<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/regiony/132744-porodila-doma-zachranari-ji-prinutili-jet-do-nemocnice-ted-chce-odskodne/>

HÁJEK, Z., A. MĚCHUROVÁ, P. VELEBIL. Zásady pro poskytování porodní péče v České republice. *Česká gynekologicko-porodnická společnost* [online]. 2013.

[cit. 25. 6. 2015]. Dostupné z www:

<<http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-zasady-pro-poskytovani-porodni-pece-v-ceske-republice.pdf>>

Hnutí za aktivní mateřství. *HAM* [online]. [cit. 25. 6. 2015]. Dostupné z www:

<<http://www.iham.cz/o-nas/>>

Porodní dům U Čápa. Porodní asistentka z hlediska práva. *Porodní dům U Čápa* [online]. [cit. 25. 6. 2015]. Dostupné z www:

<<http://www.pdcap.cz/Texty/PA/PravaPA.html>>

SEITLOVÁ, Jitka. Závěrečné stanovisko ve věci postupu krajských úřadů při rozhodování o udělení registrace k provozu nestátních zdravotnických zařízení, v nichž je možno provádět porody za pomoci tzv. porodních asistentek. *Ochránce* [online]. 2010. [cit. 22. 6. 2015]. Dostupné z www:

<http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/STANOVISKA/Zdravotnictvi/Sprava_ve_zdravotnictvi/Stanovisko_porodni_asistentky.pdf>

UNIPA Unie porodních asistentek [online]. [cit. 25. 6. 2015]. Dostupné z www:

<http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=8>

Ústav zdravotnických informací a statistiky. Rodička a novorozenec 2013. *ÚZIS* [online]. 2013. [cit. 24. 6. 2015]. Dostupné z www:

<<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/novorozenci>>

VÁLKOVÁ, Hana. Soud trestal za další domácí porod, asistentka dostala podmínku. *iDNES* [online]. 2013. [cit. 24. 7. 2015]. Dostupné z www:

<http://zpravy.idnes.cz/dalsi-porodni-asistentka-dostala-podminku-fj8-/domaci.aspx?c=A130826_203241_domaci_hv>

WIESNEROVÁ, Jana. Narození mimo zdravotnická zařízení. *UZIS* [online]. 2011. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z www: <www.uzis.cz/system/files/07_11.pdf>