

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

Diplomová práce

2015

Kristýna Tichá

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

Kristýna Tichá

**Diskursy vedení porodu v českých
internetových člancích**

Diplomová práce

Praha 2015

Autor práce: **Bc. Kristýna Tichá**

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

Rok obhajoby: **2015**

Bibliografický záznam

TICHÁ, Kristýna. *Diskursy vedení porodu v českých internetových člancích*. Praha, 2015. 76 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce Prof. PhDr. Jiří Kabele, Ph.D.

Abstrakt

Předmětem diplomové práce jsou diskursy vedení porodu. Orientuji se na povahu samotných diskursů a na podobu kontroverzí provázejících jejich střetávání v internetových českých člancích. Diskursy a jejich svár zkoumám jednak v člancích aktivních účastníků sporu a také v člancích nejpoblárnějšího webu určeného (budoucím) rodičům. Diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu, který je dominantní v naší společnosti, pojímá porod jako nevyzpytatelný rizikový jev, který je nutné lékařsky vést vždy v nemocničním zařízení s personálním i materiálním zázemím pro řešení možných komplikací. Tento diskurs kritizuje porody vedené mimo nemocnice a jejich propagandu. Diskurs přirozeného porodu vnímá porod jako přirozenou součást života, která většinou probíhá bez komplikací, pokud je přítomen vyškolený odborník, který ovšem do přirozeného procesu porodu nezasahuje bez nutných lékařských důvodů. Za splnění určitých podmínek je vhodným místem pro porod i domov rodičky. Tímto diskursem jsou čtenáři upozorněni na nevhodnou rutinní péči v českých porodnicích, která je v rozporu s potřebami matky a dítěte, a na komplikace porodu, které vznikají v důsledku aktivního lékařského vedení porodu. Články populárního webu jsou ovlivněny především diskursem aktivně lékařsky vedeného porodu. Vyzývají těhotné ženy, aby při začátku porodu vždy jely do nemocnice a volbu podoby porodní péče podřídily rozhodnutí lékaře dané porodnice, a jednání mimo tuto normu popisují jako nerozumné a nezodpovědné svévolné ohrožení života ženy a dítěte. Diskursy vedení porodu v českých internetových člancích vytváří dvě normy, které vyvíjejí tlak na těhotné ženy, jak mají jednat, ale tyto normy si odporují a v českých podmínkách jim ženy nemohou vyhovět.

Abstract

I focus on the nature of the discourses of the birth themselves and on the form of their controversies, which are tied to their confrontations in Czech web articles. I examine the discourses and their strife in the articles of active participants of the dispute and on the most popular website in the articles dedicated to (future) parents. The discourse of the actively medically controlled delivery, perceives a birth as an inscrutable risky phenomenon which is medically necessary to keep always in a hospital with a staffing and material background to deal with possible complications. This discourse criticizes the births that are led outside hospitals. The discourse of the natural birth sees a birth as a natural part of life, during which usually no complications occur, if there is present a trained expert, who does not interfere in the natural process of labor, except any required medical reasons. A natural birth can be taken place in home. The reader are warned by this discourse on the improper routine care in Czech hospitals, which is inconsistent with the needs of the mother and the child, and on complications of a birth caused by the active medical leading of labor. The articles on the popular website are mainly influenced by the discourse of the actively medically controlled birth. These articles encourage pregnant women to always go to the hospital immediately after the beginning of a labor and to subordinate in the matter of the form of a maternity care to a judgment of a doctor. And the behavior outside this norm is described as an irrational and irresponsible self-inflicted threat to the life of women and children. The discourses in the Czech web articles creates two norms that put pressure on pregnant women, how to act, but these standards are contradictory, and women cannot meet this norms in the Czech conditions.

Klíčová slova

Porod, porodní péče, diskurs, diskursivní analýza, přirozený porod, lékařsky vedený porod, porod doma, internet, rizika.

Keywords

Birth, care for childbearing women, discourse, discourse analysis, natural birth, medical model of childbirth, home birth, internet, risk.

Rozsah práce: 151 891

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

Kristýna Tichá

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu profesoru Jiřímu Kabelemu za odborné vedení práce, věnovaný čas a za cenné rady, které mi poskytl. Děkuji také mým nejbližším, rodině a přátelům, kteří mě podporovali při psaní diplomové práce i po celou dobu studia.

**Institut sociologických studií
Teze diplomové práce**



TEZE MAGISTERSKÉ PRÁCE

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd

Katedra sociologie

PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV MAGISTERSKÉ PRÁCE:

Diskursy vedení porodu na českém internetu

STUDENT: Bc. Kristýna Greplová

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

Námět práce - formulace a vstupní diskuse poznávacího problému

Porod je důležitou součástí lidského života, je vnímán jako vyvrcholení celého reprodukčního procesu. Porod je biologickým i sociálním procesem, který je kulturně a sociálně podmíněn. Konkrétní porodní praktiky se liší v různých kulturních prostředích. Kultura např. ovlivňuje, kdo bude u porodu přítomný (příbuzní rodičky, jen ženy aj.), jak je zacházeno s rodičkou, které praktiky se při porodu provádí (nastřížení hráze aj.) (Hřešanová 2004). Waldenström se pokoušel napsat definici normálního porodu, avšak naráží na několik různých interpretací a problematik, jako jsou kulturní a časové rozdíly. Někteří za normální porod považují přirozený porod bez intervencí. Pro jiné je normální vaginální porod s epidurální úlevou od bolesti. Světová zdravotnická organizace tvrdí, že při běžném (normálním) porodu by se mělo do přirozeného procesu zasahovat jen z pádných důvodů (Waldenström 2007). Americký porodník M. Odent popsal vedení „přirozeného“ porodu, jako založené na důvěře v instinktivní a intuitivní chování rodičky, které nesmí být narušováno ani aktivními zásahy zdravotníků (Hašková 2001).

V České společnosti se vedou diskuze o různých podobách vedení porodu jejich výhodách a rizicích. Odpůrci přirozeného porodu zdůrazňují nutnost lékařského vedení porodu v důsledku jeho nepředvídatelnosti a rizikovosti, příznivci „přirozeného“ porodu naopak zdůrazňují rizika lékařských zásahů (Hašková 2001). Ve světě (Waldenström 2007) i v ČR lékařská praxe v porodnicích není založena pouze na vědeckých důkazech, na což upozorňují příznivci přirozených porodů. „Podoba porodní praxe v konkrétní porodnici a její argumentace je vyjednávána na jednotlivých pracovištích v závislosti na vnitřních a vnějších tlacích organizace“ (Hašková 2001).

Kromě lékařských znalostí, na které se ženy spoléhají, jsou pro mnohé dalším zdrojem informací média. V médiích nalezneme diskuze o tom, jaký porod je správný, nebo zda jsou lékařské praktiky vedeny z vědeckých důvodů, nebo má vliv více faktorů a lékařské zásahy nejsou vždy založeny na důkazech. Ženy jsou dnes vystaveny velkému množství informací a musí dělat mnoho rozhodnutí, a proto si samy často vyhledávají další informace. Těhotné ženy navštěvují internetová fóra a blogy o těhotenství a porodu. Zejména pro prvorodičky, které získávají pouze zprostředkované zkušenosti, mohou být média velice významným zdrojem informací a mohou ovlivnit průběh jejich porodu blaze i neblaze. Informace v médiích mohou ženy vystrašit, ale i uklidnit. Informace z médií o konkrétních porodních praktikách mohou ovlivnit např. porodní plán žen.

V České republice se již několik let zvyšuje počet uživatelů internetu a internet se stává běžnou součástí života mnoha lidí. V roce 2012 v ČR bylo 93 % lidí z věkové kategorie

16-44 let uživatelů internetu (ČSU 2013). Internet je médiem s velice volným vstupem, kde se lidé mohou zapojovat do diskuzí, číst si články o podobě vedení porodu aj. Internet je médiem zprostředkující informace, které v moderní informační době zaujímá významnou roli ve vývoji společnosti. Rozvojem internetu se zvyšují možnosti k šíření a sdělování informací k co největší veřejnosti. Přicházejí „nové možnosti a široká škála uplatnění prostřednictvím webových stránek elektronických médií, které získávají stále více uživatelů, příznivců, často na úkor klasických, především masových médií“ (Streit 2009). Média dokáží usměrňovat pozornost veřejnosti a ovlivňují priority. Téma objevující se častěji v médiích jsou veřejností považována za důležitější. Vliv působí i obráceně, reálné události ovlivňují obsah médií, která skutečnost reflektují (Kalvas 2007).

Ve společnosti svobodné demokracie předpokládáme, že masová média přináší převážně informace odpovídající demokratickým hodnotám. Média mají poskytovat zpravodajství, které se nemusí slučovat s ekonomickými nebo politickými cíli novinářů ani vlastníků médií. Média mají důležitou veřejnou roli, mají společenskou odpovědnost. Veřejná funkce médií má informativní funkci a funkci veřejného fóra, kdy umožňují jednotlivcům i skupinám šířit fakta a názory (z veřejného fóra se vládnoucí mohou dozvědět, jaké jsou názory mezi lidmi). Další funkcí médií je střežení a kritizování těch, kteří vykonávají moc, nebo ohrožují demokracii, jedná se o funkci kritiky, či kontrolní funkci (Schulz 1998: 56).

Internet je obrovským zdrojem informací a pro některé je i primárním zdrojem, např. ve výzkumu Síkorové respondenti uvedli, že nejčastějším zdrojem informací o onemocnění pro ně byl internet (Síkorová 2011). Důležitá role internetu jako zdroje informací o porodu je vidět např. v práci Kristýny Křemenové, která se zaměřila na prvorodičky. „Součástí aktivní přípravy na porod je vzdělávání se v této oblasti. Prvorodička proto velmi často čte knihy o těhotenství a porodu a na internetu vyhledává podobně zaměřené stránky a diskuze (...) Mnou vybrané ženy nejčastěji volily četbu knih pro budoucí maminky nebo na internetu vyhledávaly stránky věnované těhotenství a porodu“ (Křemenová 2010: 39, 51).

Výzkumné cíle

V diplomové práci se zaměřím na to, co se lidé mohou na českém internetu dočíst o podobách vedení porodu. Budu zkoumat, jaké internetové servery a jak informují o různých možnostech porodu a jejich výhodách i nevýhodách, respektive rizicích, která se u daných alternativ vedení porodu vyskytují. Zaměřím se na diskursy o vedení porodu. Budu se orientovat na jazykové prostředky, které představitelé diskursů využívají k vytváření a transformování sociální reality. Zaměřím se na analýzu způsobů, kterými jsou různé podoby porodu konstruovány v diskursu. Pokusím se interpretovat, k jakým účelům jsou tyto

konstrukty využívány. Dále se zaměřím na vztah mezi představiteli diskursů. Budu zkoumat, zda a případně jak na sebe představitelé odlišných diskursů odkazují, zda se vymezují od druhých a jak o ostatních informují.

Předpokládané metody

V práci budu využívat diskursivní analýzu. „Ústřední součástí diskursivní analýzy textu je identifikace diskursů“ (Zábrodská 2009: 89). V internetových článcích budu vymezovat opakující se vzorce vytváření významů, a to pomocí opakovaného čtení a kódování. U zjištěných diskursů se zaměřím na odlišné způsoby, kterými je podoba vedení porodu zdůrazňována. Identifikuji rozdíly mezi jednotlivými konstrukcemi a zaměřím se na jejich vztah. Dále pro diskursivní analýzu Willigová navrhuje analyzovat vztah diskursů a možností jednání, které diskurs otevírá, nebo uzavírá. Budu analyzovat, jaké jednání diskurs legitimizuje. Dalším předmětem diskursivní analýzy je zkoumání možných důsledků jednotlivých diskursů na subjekty (Willigová in Zábrodská: 2009).

Předpokládaná struktura diplomové práce

- 1) Úvod
- 2) Výzkumné cíle a otázky
- 3) Metody
- 4) Teoretická východiska
- 5) Deskriptivní část
- 6) Závěry

Orientační seznam literatury

HAŠKOVÁ, Hana. *Náborové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2001. ISBN 80-85950-97-9.

HREŠANOVÁ, Ema. Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů. *AntropoWebzin*. 2012, č. 3.

MCQUAIL, Denis. *Úvod do teorie masové komunikace*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2009, 639 s. ISBN 9788073675745.

SCHULZ, Winfried, Lutz M HAGEN, Helmut SCHERER a Irena REIFOVÁ. *Analýza obsahu mediálních sdělení*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1998, 134 s. ISBN 8071845485.

STREIT, Vincenc. Média a jejich význam v životě. *Kniznica* [online]. 2009, roč. 2009, č. 10, s. 51-53. ISSN 13357026. [cit. 2013-05-16].

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

Waldenström. *Normal childbirth and evidence based practice*. Women and birth. 2007.

ZÁBRODSKÁ, Kateřina. *Variace na gender: poststrukturalismus, diskursivní analýzy a genderová identita*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2009, 197 p. ISBN 80-200-1752-6.

Obsah

Úvod	3
1 Uvedení do problematiky	6
1.1 Historický a sociální kontext střetu diskursů porodu	7
1.1.1 Institucionální kontext - porodnictví v rámci veřejného zdravotnictví	9
1.1.2 Stav poznání o vývoji střetu mezi diskursy vedení porodu v ČR	13
1.1.3 České porodnictví u Evropského soudu pro lidská práva	15
2 Teoretický a hodnotový rámec	19
2.1 Diskurs a moc	19
2.2 Rizika a práce s nimi	20
2.2.1 Rizika a důvěra v expertní systémy	22
2.3 Média a jejich vliv	23
3 Výzkumné cíle a otázky	26
4 Metodologie	27
4.1 Popis jednotlivých diskursů vedení porodu a jejich kontroverze	27
4.2 Identifikace strategií diskursů pro získání dominance	29
4.3 Zdroj dat pro diskursivní analýzu	30
5 Diskursy vedení porodu v českých internetových článcích	32
5.1 Diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu	32
5.2 Diskurs přirozených porodů	35
5.3 Svár diskursů v přístupu k porodu a porodní péči	37
5.4 Srovnání diskursů vedení porodu	40
6 Vliv diskursů vedení porodu	44
6.1 Popis článků nejnavštěvovanějšího webu o porodu a rodičovství	44
6.2 Vliv diskursů vedení porodu na internetové články	46
6.3 Strategie diskursů pro udržení a získání dominance a vlivu	47
6.3.1 Ospravedlnění postojů	48

6.3.2	Konstrukce rizik v diskurzech vedení porodu.....	50
6.3.3	Jazykové prostředky pro nastolení agendy atributů	52
6.4	Možný vliv diskursů vedení porodu a jejich střetu na jednání těhotných žen.....	54
	Závěr	59
	Summary	62
	Diskuse	65
	Seznam literatury a zdrojů	67
	Seznam příloh.....	74
	Přílohy.....	75

Úvod

V diplomové práci se zabývám diskursy vedení porodu na českém internetu. Téma porodů je významné pro jednotlivce i celou společnost. Podoba porodnická praxe ovlivňuje zdraví lidí a podle některých odborníků i vztah mezi matkou a dítětem, ale sama je ovlivněna mnoha aspekty. Sociologické a antropologické práce ukázaly významnost porodu, jakožto mezníku životního i rodinného cyklu, a upozorňují na sociální podmíněnost porodů. Kulturně je vymezeno, kdo rozhoduje o podobě porodní asistence, kdo smí být u porodu přítomen a jaké praktiky budou použity.

Po roce 1989 si u nás lidé mohou vybrat zdravotnické zařízení, tím vznikl konkurenční boj mezi porodnicemi a některé rozšířily nabídku poskytovaných služeb. Některé ženy si aktivně shání informace o porodnicích (většinou ženy s vyšším vzděláním), ale propagované informace porodnic jsou v rozporu se samotnou praxí. V ČR většina žen rodí v nemocničním zařízení, kde je o ně preventivně pečováno tak, jako kdyby jejich těhotenství bylo rizikové, je s nimi zacházeno téměř jako s pacientkami. Výzkumné práce popisující české porodnictví (Hřešanová 2011, Hašková 2001b) dochází k závěru, že zde převládá autoritativní přístup zdravotníků s nedostatečnou komunikací k rodičkám, nejsou dostatečně respektována práva žen a některé porodnické praktiky nevycházejí ze současných vědeckých poznatků. Někteří rodiče se raději rozhodují pro porody mimo české porodnice, ovšem v ČR je systematicky znesnadňováno poskytování porodní péče mimo zdravotnické zařízení.

Aktuálnost tématu ilustrují současné změny v českém právu (sankce za poskytnutí porodní péče mimo nemocnice - od dubna 2012, právní úpravy o ambulantním porodu a rozsahu samostatně prováděné péče porodních asistentek - od roku 2014) a projednávání problematiky českého porodnictví u Evropského soudu pro lidská práva, který v prosinci 2014 vydal rozsudek k řešeným případům.

Skupiny aktérů prezentují odlišné pojetí porodu a některé předkládané koncepty porodu a porodní péče si odporují. V ČR, ale i v zahraničí, se již několik let vede rozepře o správné asistenci při nerizikových porodech. V ČR se kontroverze dotýká především sporu o místo, kde má být porod veden. Prvotním důvodem, proč jsem se zaměřila na téma porodů, bylo zjistit, „kdo má pravdu“. Při čtení článků a diskusí na internetu jsem si ovšem uvědomila, že ať je správná (podle nejnovějších vědeckých výzkumů) jakákoli forma porodní péče, praxi v porodnicích i jednání těhotných žen ovlivňují i jiné aspekty, jako např. stereotypy a normy působící ve společnosti, propagandy jednotlivých aktérů této

problematiky. Tyto jevy mohou působit na jedince ve smyslu Thomasova teorému - na základě nich si lidé mohou určitou prezentaci porodu, jeho rizik a potřebné péče definovat jako reálnou a tyto situace jsou reálné ve svých důsledcích, kdy lidé jednají podle této „pravdivé“ prezentace.

Znalosti o porodu jsou sociálně podmíněny a lidé je odvozují ze svého diskursivního okolí. Rozhodla jsem se proto zaměřit na diskursy pojednávající o porodech a porodní péči. Významný vliv zde mají média, která ovlivňují postoje a jednání lidí. Na úkor ostatních médií získává internet stále více uživatelů, proto jsem se rozhodla zaměřit právě na něj. Články jsem vybrala z toho důvodu, že texty jsou v diskursivní analýze viděny jako manifestace sociálních akcí, které jsou ovlivněny sociální strukturou, a lze v nich najít stopy diskursů soupeřících o nadvládu.

V naší společnosti dominantně působí diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu, ale rozšiřuje se u nás kontradiskurs komentující a kritizující převládající porodnickou praxi ČR a to diskurs přirozených porodů. Pro popis jejich podoby na internetu jsem se rozhodla analyzovat weby jejich příznivců, propagátorů - web České lékařské komory a Unie porodních asistentek. Pro zjištění vlivu diskursů porodu jsem také analyzovala web Emimino, kde jsou články určené (budoucím) rodičům a který je nejnavštěvovanějším českým webem zaměřujícím se na tuto tematiku.

Cílem práce není obhajovat hodnoty jednoho diskursu nad druhým. Naopak se snažím od kontroverze držet odstup a nezaujatě popsat, v jaké formě se u nás diskursy porodu vyskytují v internetových člancích, jaký je jejich svár a které kontroverze provází střet diskursů. Dále se zaměřím na to, podle jakých diskursivních pravidel jsou psány články pro rodiče na webu Emimino, jaký je možný vliv diskursů na jednání těhotných žen a jaké strategie diskursy v internetových člancích využívají k udržení a získání dominance. Pro naplnění těchto cílů v práci vycházím především z metodologických a teoretických poznatků foucaultíánské kritické diskursivní analýzy, která se zaměřuje na diskursy a jejich propojenost s mocí. Při analýze strategií diskursů pro získání moci jsem se inspirovala poznatkami druhého stupně nastolování agendy (attribute agenda setting), který se zabývá zdůrazněním a zarámováním témat v médiích, a francouzské pragmatické sociologie Luca Boltanski, který analyzoval, jak ve veřejných sporech aktéři argumentují a ospravedlňují své postoje.

V první části nabídnu popis historického a institucionálního kontextu střetu diskursů. Vzhledem k tomu, že v době psaní této práce ve Štrasburku probíhal soud o českém

porodnictví a předpokládám, že vyjádření soudu může mít v budoucnu vliv, je mu zde věnována kapitola. Kromě samotného porodu, diskursu a již zmíněných médií je pro tuto práci důležitý také koncept rizik, na který se orientuji v následující části práce. Po představení výzkumných cílů se zaměřuji na metodologickou část práce včetně informací o analyzovaných webech. Následuje analytická část, kde nejdříve popíši podobu diskursů na webech jejich propagátorů a zaměřím se na kontroverze vyskytující se v jejich střetu. Poté nabídnu komparaci diskursů, kde porovnáám předkládaný koncept porodu, postoj k aktérům a rozmanitost reflektovaných témat v člancích. Po popisu článků z webu Emimino, identifikuji, kterým diskursivním pravidlům tyto texty podléhají. Následně se zaměřím na strategie, které diskursy využívají k získání a udržení dominance, a na normy jednání, které diskursy předkládají.

1 Uvedení do problematiky

Porod je významným mezníkem životního i rodinného cyklu, je vnímán jako vyvrcholení reprodukčního procesu. Je životním přechodem, který ženě umožňuje postupný návrat z „jiného stavu“ do stavu, který opustila, nebo v případě prvorodičky do stavu zcela nového. Je biologickým i sociálním procesem, který je sociálně konstruován i zarámován. „Je na něj nutno nahlížet také jako na sociálně definovaný a přetvářený jev“ (Hašková 2001b: 6,7).

Je mnoho způsobů vedení porodu od plánovaného císařského řezu na přání až po porod bez jakýchkoliv vnějších zásahů, takový porod může probíhat i v domácnosti rodičky. V České republice i v zahraničí se vede spor o výhodách a rizicích různých podob porodní péče. Diskuze probíhají přímou formou na konferencích, v televizních pořadech aj. Střetávání názorů a provázející skryté a otevřené kontroverze o vhodném místě porodu a o přiměřených způsobech asistence nalezneme také na internetu, na webech a v článcích o porodech, či v diskuzích pod jednotlivými články a videi o porodu.

Rozdílné názory na podoby asistence při porodu nalezneme mezi odborníky, širokou veřejností i u samotných těhotných žen. Krajním případem jsou ženy, které nechtějí žádnou lékařskou pomoc, rodí samy či s přítomností blízkých.¹ V naší společnosti většina žen ovšem vyhledává odbornou péči pro porod. V zahraničí si rodičky mohou vybrat mezi škálou nabízených služeb porodní péče. Základní možnosti předurčuje místo, ve kterém lékaři a porodní asistentky poskytují péči, jsou jimi porodnice, domov rodičky a porodní dům.

Porodní dům je některými označován jako zlatá střední cesta, která nabízí jak vymoženosti moderní medicíny, tak soukromí a příjemné prostředí pro přirozený porod. V ČR byl před více jak 10 lety vybudován Porodní dům u Čápa, avšak dodnes je „porodním domem bez porodů“, jelikož získal jen částečnou registraci zdravotnického zařízení a „nemají povolení k vedení porodů“ (Štomerová 2013). O možnosti odborného vedení porodu doma můžeme mnoho zjistit např. v britském dokumentu Těhotenství a porod: skutečná pravda.² Tyto dokumenty sledují porody britských žen, které se rozhodly родit doma s porodní asistentkou, kterou si samy vybraly a se kterou se znají již z průběhu těhotenství. Za tuto možnost dnes některé české ženy a organizace bojují a tuto problematiku ČR projednával Soud pro lidská práva ve Štrasburku.

¹Tyto ženy sdružuje hnutí Freebirths. Více např. www.freebirth.com.au, či www.unassistedchildbirth.com/.

²Pregnancy and Birth: The Truth. Vysílané např. na CBS Reality v originále i s dabingem. Dokumentární seriál, který přináší pohled lékařů, porodních asistentek a rodičů. Klade si za cíl informovat a rozptýlit tak zažitá mýty a obavy.

Kromě místa porodu se kontroverze týká i toho, kdo porod povede a hlavně podoby správné porodní asistence. V diplomové práci se budu zabývat tím, jaká je podoba sporu a provázejících kontroverzí o vhodné porodní péči v naší společnosti. Konkrétně se zaměřím na podoby střetávání rozdílných diskursů vedení porodu a v českých internetových člancích.

Tématem práce jsou diskursy pojednávající o porodech a porodní péči. V částech, kde o diskurzech píše dohromady, o nich pojednávám jako o *diskurzech vedení porodu*, při tom vycházím z u nás dominantního *diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu*. Druhý diskurs označuji jako *diskurs přirozených porodů*. Tato pojmenování vychází jednak z odborné literatury, z textů náležejícím jednotlivým diskursům³ a také odráží samotnou českou porodnickou praxi. „Ve vztahu k rodičce definují lékaři svou roli až ve 2/3 porodnic spíše jako roli aktivního aktéra porodu, který řídí a kontroluje porod, rodičku i dítě. Rodička se tak stává především pasivním příjemcem zdravotní péče (...) **Aktivně lékařsky vedený porod je v ČR standardem. Tři čtvrtiny matek uvedly, že během svého posledního porodu pouze plnily příkazy zdravotníků**“ (Hašková 2001b: 23, 25, tučné v originále).

1.1 Historický a sociální kontext střetu diskursů porodu

Průběh porodu a jeho význam je definován v závislosti na socio-kulturním kontextu. Přístupy k porodu a jeho vedení se liší regionálně i časově. Některé názory jsou protichůdné a odporují si, někdy se o nich vedou spory, které mohou ovlivnit porodnickou praxi. Kulturně je např. vymezeno, kdo smí být u porodu. Lékař z české porodnice vzpomíná, jak k nim jezdily rodit ženy i z Košic, jelikož dovolili přítomnost otce u porodu a jinde tato možnost nebyla. „Slovenští profesori nám psali, jak je to zvrácené, že tam ti tatínci budou (...) Nyní do porodnic chodí až padesát procent tatínků. Nebo chodí matka či sestra rodičky“ (Hašková 2001a: 24).

V čase se proměňuje pohled i na porod císařským řezem. Ještě na začátku 80. let někteří porodníci císařský řez prosazovali jako metodu volby. Později však Česká gynekologicko-porodnická společnost kritizovala vysoký počet těchto porodů (Hašková 2001a: 35). Mezi laiky i odborníky se liší názory na porodnické zákroky jako je protržení vaku blan, nástřih hráze aj. „Co je považováno za nutnou a potřebnou porodní praktiku, se v různých historických dobách i kulturách výrazně liší“ (Hřešanová 2012: 181).

³ V lékařských člancích se píše např. „porody vedené ve zdravotnickém zařízení“ (ČLK 2012). Naopak v člancích diskursu přirozených porodů se píše o asistenci a „péči během porodu“ (Unipa f).

V čase a prostoru se také mění subjekty, které rozhodují o preferencích způsobů vedení porodu (Hašková 2001a: 14). V evropských kulturách byl porod pouze ženskou záležitostí. V komunitách, kde nebyla pro pomoc při porodu vyškolená speciální osoba, byla pomoc rodičce pojmána jako záležitost vzájemné solidarity a výpomoci mezi ženami (Davis-Floyd 2007: 150). Do 18. století asistovaly u porodu porodní báby, které v kritických případech volaly chirurga. V 19. století rodila v ústavech chudina a duševně nemocné ženy, jejich úmrtnost byla oproti ženám rodícím mimo ústavu výrazně vyšší, což je vysvětlováno koncentrací nemocných v jednom prostředí a neznalostí sterilizace (Hašková 2001a: 38, 13).

K činnosti porodních bab začala vznikat konkurence v podobě nově se rodící lékařské disciplíny - moderního porodnictví, které rozšířilo své působení na porod, redefinovalo ho jako medicínský problém a tím ho medikalizovalo. Moderní porodnictví bylo záležitostí mužů. Po dlouhou dobu bylo porodnictví pouze mužským věděním o ženských rodících tělech a dodnes jsou zde nevyšší pozice obsazeny muži (Hřešánová 2012: 179). Praktické porodnictví se začalo vyučovat na univerzitách. Od vlády Marie Terezie byly porodní báby zkoušeny z anatomie a skládaly přísahu do rukou děkana a vrchnosti. Od 19. století se mohly vzdělávat i na klinice. Zkoušky porodních asistentek se od lékařských zkoušek lišily jen absencí nauky o nástrojích a provádění „nástrojového“ porodu. Později byla založena Jednota porodních bab (poté asistentek), která byla ovšem v roce 1948 zrušena (Hašková 2001a: 38).

Dlouholetá tradice profese porodních asistentek byla oficiálně zrušena v roce 1963 a nahrazena profesí ženské sestry. „Ženské sestry mohly i nadále poskytovat péči ženám s fyziologickým těhotenstvím, porodem a šestinedělím, vést fyziologické porody a provádět první ošetření novorozence, zákon však nespécifikoval rozsah práce prováděné samostatně a podle pokynů lékaře. Rozsah samostatně prováděné práce byl vyjednáván v rámci každého jednotlivého pracoviště. Lékaři tak postupně přebírali kompletní zodpovědnost za výkony a ženské sestry přestaly být asistentkami ženy a staly se asistentkami lékaře. Specifičnost této ošetrovatelské profese se prakticky vytratila“. Až v roce 2004 se právními předpisy oficiálně obnovila profese porodní asistence (Aperio 2011) jejíž naplní je dnes podle práva též „poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence“.⁴

⁴ § 5 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb. Více na www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html

Po roce 1989 se u nás změnila organizace zdravotnictví. Zavedl se např. nový způsob financování - platba za výkon, která honoruje každý provedený výkon zdravotnického pracovníka. Tento model motivoval lékaře k produkci výkonů. „Všeobecně se uvádí a česká zkušenost z let 1997-1998 to potvrzuje, že 25-30 % výkonů se provádí, aniž by z medicínského hlediska byly nezbytné“. Pro občana se významným přínosem stala svobodná volba zdravotnického zařízení (Němec 2001: 4,11). Do zdravotnictví začal široce pronikat klientelismus a konzumerismus, což umocňuje kontroverzi o správné asistenci při porodu. Některé porodnice začaly rozšiřovat nabídku poskytovaných služeb (např. pomůcky pro tlumení bolesti v první době porodní, nadstandardní pokoje), o rodičkách se začalo mluvit jako o klientkách a je o ně veden boj. Těhotné ženy, především s vyšším vzděláním, se začaly aktivně zajímat o porod a chtějí si vybrat způsob péče při porodu (Hřešánová, Hasmanová Marhánková 2008: 103).

V mnoha západoevropských zemích se s kritikou medikalizace opět rozvíjí porodní asistence, která se soustředí na rodičku a normalitu (přirozenost) porodu. V rámci změn dochází v některých zemích k etablování porodní asistence jako vědního oboru. U nás přesto zůstává dominantní aktivně lékařsky vedený porod (Hřešánová 2012: 185). Podle antropoložky Davis-Floyd je při této praxi žena před porodem vysvlečena ze své identity, v rámci předporodní přípravy je řadou rutinních procedur (např. holení či klystýr) zbavována své identity. Na porodním sále se veškerá moc i vědění soustředí do rukou porodníků, kteří pomocí zásahů a lékařských technologií korigují proces porodu (Davis-Floyd 2003).

1.1.1 Institucionální kontext - porodnictví v rámci veřejného zdravotnictví

Porodnictví se u nás stalo v souvislosti s medikalizací života součástí veřejného zdravotnictví. Vzniklo velké množství porodnic, rozšiřuje se vzdělávání porodníků a porodních asistentek. V současnosti je snahou veřejné zdravotní politiky předcházet nemocem a vytvářet podmínky pro zachování zdraví populace. Zdraví a nemoc jsou pojímány jako důležité složky života, které mají svou biologickou, psychologickou i sociální dimenzi. Moderní medicína kumuluje poznání z přírodovědných, technických i společenských věd. Významné jsou např. demografické údaje o struktuře, vývoji a zdraví obyvatelstva. Údaje se porovnávají a hledají se příčiny rozdílného stavu zdraví populace. Důležitý je pozitivní vývoj zdraví, jelikož je považováno za významnou společenskou hodnotu (Janečková, Hnilicová 2009: 44-49).

Těhotenství ani porod nejsou nemocemi, přesto většina žen v ČR rodí v nemocničním zařízení a „o každou ženu je pečováno, jako by byla vysoce riziková“ (Königsmarková in Budka). S rodící ženou je zacházeno téměř jako s pacientkou. Podle zdravotní politiky je pacient příjemcem služby, který je stále více aktivním při rozhodování. Navzdory snahám o posilování vzájemného respektu ve vztahu lékaře a pacienta, převažují v českém zdravotnictví stereotypy a vliv občanů na způsob poskytování péče je stále ve srovnání se zahraničím malý. „V české společnosti převažuje tradičně silný paternalismus lékařů a nízké sebevědomí veřejnosti při obhajobě práv pacientů. Tendence k důvěře v ryze expertní stanoviska a ryze expertní zodpovědnost je v českém zdravotnictví velmi silná“. Dalším problémem je prosazování partikulárních zájmů skupin poskytovatelů péče. Je důležité uvědomit si, že lékař je často také manažerem nebo zaměstnancem či politikem (Janečková, Hnilicová 2009: 204, 224).

Současnou situaci v článku *Rodíme špatně a nechceme to měnit* popsal Prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc.: „Rodička je považována za objekt porodnické péče, nikoliv však jako subjekt, který se aktivně podílí na svém porodu (...) Poskytovatelé porodnické péče, a to v daleko větší míře lékaři než porodní asistentky, mají často necitlivý přístup k rodičkám s nedostatečnou komunikací (...) Zatímco většina rodiček tento systém akceptuje a ty s vyššími nároky se snaží najít porodnici, kde naleznou alespoň částečnou odezvu svým přáním, existuje minoritní skupina, která tento systém odmítá (...) Přičemž alternativních možností v naší republice je málo. Jediný porodní dům ‚Centrum aktivního porodu‘ v nemocnici Na Bulovce již neexistuje, porodní dům U čápa v Praze poskytuje pouze prenatální péči (...) V prohlášení, kterým ukončili (lékaři a politici pozn. autorky) svoji činnost v ‚Pracovní skupině pro porodnictví MZ‘ bylo konstatováno, že vzhledem k dosaženým perinatálním výsledkům není třeba na koncepci českého porodnictví nic měnit. Trochu mi to připadá, jako kdyby T. A. Edison vynalezl žárovku a konstatoval, že tento výrobek je natolik dokonalý, že již další typ žárovky nebude zapotřebí“ (Roztočil 2013).

Ema Hřešanová vypracovala kvalitativní výzkum zpracovávající zkušenosti čtyřiceti žen s porodní péčí v šesti českých porodnicích. Ženy při líčení zkušeností z českých porodnic uvádějí příklady arogantního a hrubého personálu, mluví o zvyšování hlasu, peskování aj. Upozorňují, že poskytovaná péče je v porodnicích redukována na pouhou technickou dovednost. I když ženy rodily v hezkém moderním prostředí, pocit „kazil způsob komunikace ze strany porodních asistentek a lékařů-porodníků (...) nedostatečný respekt k lidské důstojnosti i k právu ženy na svobodné rozhodnutí při přijímání porodní péče“. Ženy z tohoto

výzkumu si vybíraly porodnici na základě jimi poskytovaných informací, ovšem s jejich porodní a poporodní péčí spokojeny nebyly. Ukazuje se, že poskytované informace jsou často odlišné od samotné praxe v porodnicích. Problémy ženy interpretovaly „systémovou“ chybou, kdy je na pracovišti nedostatek personálu, který je přetížený a protivný (Hřešanová 2011: 16).

V hodnocení českého zdravotnictví se dočteme, že je u nás dobrá prenatální a neonatologická péče. Negativně je však hodnocen dlouhodobý problém neuspokojivé kvality komunikace ve zdravotnictví, nízké empatie a nedostatečné vstřícnosti k pacientům. Převládá zde „kultura nadřazenosti“ a neosobního přístupu (Janečková, Hnilicová 2009: 84, 168-170). Zlepšení porodnické praxe v určitých porodnicích je některými vysvětlováno komercializací - konkurenčním bojem porodnic, které se snaží kladně prezentovat a lákají na odlišné nabídky služeb porodní péče. O rodičkách pak mluví jako o klientkách, „o vzácném zdroji, o jehož kontrolu vedení porodnic usiluje“. Oficiální materiály porodnic a informace z jejich předporodních kurzů jsou však často v rozporu se samotnou praxí, rodičky např. nezískávají v dostatečné míře od personálu informace nutné k informované volbě o zákroku (Hřešanová 2011: 18, 29).

Změny v porodnicích jsou vysvětlovány také aktivním přístupem budoucích rodičů, kteří se zajímají o porod a možnou péči. V porodnicích se mění přístup k rodičkám a rozšiřují se nabídky poskytované péče, která přímo souvisí i nesusouvisí s porodem, jako např. možnost volby porodní polohy i nadstandardně vybavené pokoje. Přesto část odborné i laické veřejnosti stále častěji požaduje humanizaci českého porodnictví (i celého zdravotnictví), přehodnocení rutinních praktik a změnu paternalistického přístupu zdravotníků k rodičkám (Hašková 2001a: 7).

Dnes se tyto zájmy aktivně snaží hájit např. profesní sdružení porodních asistentek a další organizace, která požadují „řešení dlouhodobé diskriminace a porušování práv porodních asistentek a žen, které mají o péči porodních asistentek zájem. Jde především o narovnání vztahů v trojúhelníku žena – porodní asistentka – lékař a celkovou humanizaci českého porodnictví“ (Dorazilová 2013). Aby organizace dosáhly změny, snaží se získat pozornost odborné i laické veřejnosti. V současné chvíli u nás probíhá např. projekt *Jak jinak*, který se videem s hercem P. Liškou snaží upozornit veřejnost na to, že česká porodnická praxe rutinně zasahuje do procesu porodu a tím vytváří komplikace (Jak jinak 2014).

Důležitými aktéry v této oblasti jsou porodní asistentky, jejichž práce je dnes velmi ovlivněna předpisy, které určují, zda mohou pracovat samostatně či s dohledem lékaře,

v nemocnici nebo i mimo zdravotnické zařízení. Některé porodní asistentky začaly bojovat za rozšíření kompetencí, aby samy mohly vést fyziologické porody, ovšem ne všechny porodní asistentky chtějí své postavení měnit. Některé asistentky v nemocnicích nechtějí více kompetencí a zodpovědnosti: „Taky se k tomu porodu má míň volat doktor, nemá se volat, až když je potřeba, aby se jako nerušil ten porod. Takže to je navíc větší zodpovědnost, když tam u toho jste sama. Ale když ji na sebe někdo chce vzít? No kdo chce, tak ať si to dělá, když chce, ale já, já teda ne.“ (komentář porodní asistentky in Hašková 2001: 40). Sdružení porodních asistentek se snaží upevnit postavení porodních asistentek v rámci českého porodnictví. A některé jejich organizace jako např. Unie porodních asistentek se snaží i o rozšíření kompetencí, aby plně kvalifikované a registrované porodní asistentky mohly samostatně vést porody a to i mimo nemocniční zařízení, stejně jako je to možné v zahraničí.

Jako současný směr zdravotnictví je popisováno rozšíření ambulantní a terénní zdravotní péče pro snížení nákladů a pro významné psychologické a sociální důvody. Klient tak není vytržen ze svého sociálního prostředí, kde snadněji získává oporu a pomoc (Janečková, Hnilicová 2009: 84-85). Tento trend se českého porodnictví dotýká jen částečně. Ministerstvo zdravotnictví, zřejmě i v důsledku medializace sporu o podobě porodní péče, vypracovalo metodický návod pro ambulantní porody - jak postupovat v případě předčasného odchodu z porodnice (Ministerstvo zdravotnictví 2013), ovšem terénní porodnická péče se u nás nerozšiřuje.

Pro řešení problematiky byla vytvořena Pracovní skupina Ministerstva zdravotnictví, z ní však byly vyloučeny příjemkyně péče i porodní asistentky. Výstupem „očistěné skupiny“, je že od roku 2014 v ČR mohou porodní asistentky vést samostatně fyziologické porody, ale pouze v nemocnicích a v nich musí být zaměstnané, nebo s nimi musí mít podepsanou smlouvu. Podle odborníků takovéto ustanovení nemění samotnou praxi a např. primář kolínské porodnice ho i kritizuje.⁵ „Zatím je praxe, že si žena najde porodní asistentku, která o ni bude pečovat během těhotenství, při porodu a po něm, v nedohlednu“ (Truksová 2013).

Některé ženy před českými porodnicemi preferují porod v zahraničí. Např. K. Šorejsová si přála porod podle doporučení WHO tedy bez zbytečných rušivých zásahů a také

⁵Proti přítomnosti nezávislých PA je např. primář gynekologicko-porodnického oddělení Oblastní nemocnice Kolín MUDr. Toman: „Prohlášení pana náměstka Poláka vnímám jako snahu (zoufalou) rychle dosáhnout alespoň nějakého výstupu z jednání komise, která nic nevyřešila, a obávám se, že ani nevyřeší. Porod ‚pouze s PA‘ vychází z pro mne nepřijatelného předpokladu, že přítomnost lékaře brání zdárnému běhu porodu. Porod je veden buď dobře, nebo špatně, ať jej vede porodní bába nebo lékař. Posun snahy o vylepšení našeho porodnictví do této roviny považuji za nešťastný“ (Toman in Truksová 2013).

pro ni byl velice důležitý nepřetržitý kontakt s dítětem. Ovšem v poporodní péči v českých porodnicích je nejdramatičtěji hodnoceno nedobrovolné oddělení od dítěte, které ženy vnímají až traumaticky (Hřešanová 2011: 19). Po vlastní zkušenosti porodu a po doprovázení ostatních žen v českých porodnicích jako porodní dula se rozhodla odjet porodit do Belgie.⁶ V jednotlivých vyspělých zemích je porodnictví součástí národní zdravotní politiky, podléhá odlišným zákonům a vyhláškám, má odlišná materiální i sociální zázemí. Např. v Británii, Irsku, Nizozemí, Francii, Německu a Rakousku je jako uznávaná alternativa poskytovaná porodní péče mimo porodnice (Liga lidských práv 2010).

Kromě tuzemských aktérů (Ministerstvo zdravotnictví, Poslanecká sněmovna, Česká lékařská komora aj.) zde mají vliv i mezinárodní aktéři např. již zmiňovaný Evropský soud pro lidská práva a Světová zdravotnická organizace. WHO poukazuje na to, že „když se ve vyspělých zemích změnil porod z přirozeného procesu na řízený postup, změnilo se i místo porodu z domova na nemocnici. Současně se z tohoto procesu vytratilo mnoho humánních prvků“ (WHO 1999). Potřeba zlepšit přístup českého zdravotnického personálu k rodičkám a jejich blízkým je jedním z témat, na kterém se shodnou zastánci obou diskursů, ovšem ostatní témata stále provází sled skrytých a otevřených kontroverzí.

1.1.2 Stav poznání o vývoji střetu mezi diskursy vedení porodu v ČR

Aktivně lékařsky vedený porod se na našem území začal prosazovat jako standardní porodnická praxe po 1. světové válce. Při této praxi lékaři vykonávají preventivní činnosti za účelem eliminovat možné komplikace a zlepšit psychosomatický komfort zmírněním bolestí, což má zajistit bezpečnost rodiče a plodu. Nové medicínské poznatky nebylo možné uplatňovat v domácnostech rodiček. Rodičky se stále více soustředily v porodních centrech a aktivně lékařsky vedený porod se u nás stal všeobecnou a rutinní praxí (Hašková 2001a: 15).

Argumentem pro porody v nemocnici byla ochrana před hygienicky závadným prostředím, zajištění bezpečnosti díky koncentraci specialistů a statistické ukazatele snížení mateřské a perinatální úmrtnosti. V roce 1948 rodila v porodnicích zhruba třetina žen a umíralo více než 1 promile rodících žen a 51 novorozenců z 1000. Zhruba o 10 let později rodilo v porodnicích okolo 80 % rodiček a ukazatele se snížily o polovinu. Od padesátých let minulého století se u nás aktivně lékařsky vedený porod stal všeobecně akceptovanou porodnickou politikou (Hašková 2001a) a je u nás nazýván klasickým (Štromerová2013).

⁶ Více např. na www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1148499747-sama-doma/213562220600074/.

Aktivně lékařsky vedený porod popisuje Kapr a Koukola: Na začátku porodu byla žena odvezena do porodnice a zachází se s ní jako s pacientem, zde také končil její kontakt s manželem a rodinou. Děj porodu je organizován jako gynekologická operace, většinou se odehrává na operačním sále za přítomnosti specialistů pod reflektory koncentrované na operační pole. Rodička je dezinfikována, slyší komentáře, kterým nerozumí. Nastříhuje se, a potom zažívá perineum. Vše bez možnosti do průběhu zasáhnout nebo dokonce vyslovit přání alternativy. Praxí se stalo podávání analgetik, předporodní předoperační příprava - klystýr, holení, upoutání rodičky na porodním stole, izolace od nelékařských subjektů, aplikace oxytocinu pro urychlení děložních stahů, episiotomie a později byl zaveden elektronický fetální monitoring. Po narození dítěte je přestřižnuta pupeční šňůra. Matce bylo dítě často jen ukázáno a odvezeno na novorozenecké oddělení (Kapr a Koukola 1998: 51).

Medikalizace porodu zapadala do rámce úspěchů biomedicíny, která slavila největší úspěchy po druhé světové válce. Snížení úmrtnosti a nové poznatky upevňovaly pozici porodů v nemocnici, což bylo jediným místem poskytujícím odborníky a technické zázemí pro vedení komplikovaných porodů. V 60. letech u nás byly již téměř všechny porody přesunuty do nemocnic a masově se rozšířily preventivní těhotenské prohlídky (Hašková 2001b: 11, 17). V této době se v západních zemích s vlnou kritiky akutní biomedicíny objevila i kritika přílišné medikalizace porodu, a to ze stran samotných žen a jejich partnerů, ale i dalších skupin, které nesouhlasily s dehumanizací porodu. Kritizovaly přílišné používání lékařských technologií a neosobní nemocniční prostředí (Hřešanová 2012: 182).

Porodnická praxe prošla pod tíhou kritiky i díky novým poznatkům a vynálezům proměnou. Lékařské paradigma založené na autoritě (moci), bylo nahrazeno novým paradigmatickým, že lékařská praxe má být založena na vědeckých důkazech. Ovšem lékařské porodnické techniky se ne vždy využívají podle vědeckých poznatků, ale určují je jiné zájmy, a to v zahraničí (Waldenström 2007) i v českém porodnictví. Např. „ve více než polovině porodnic (v 62%) analgetika dávají rodičce ještě před tím, než o ně sama požádá. V pětině porodnic se aplikují všem rodičkám bez rozdílu. Epidurální anestézii uplatňuje více než 90% porodnic a jen pětina ji provádí pouze na základě zdravotní indikace (...) Druhá doba porodní je v naší republice většinou ukončena epiziotomií, ačkoliv WHO se k jejímu všeobecnému používání staví negativně a upřednostňuje ochranu perinea jiným způsobem“ (Hašková 2001b: 21, 22)

I přes změny po roce 1989, kdy se rozšířil konkurenční tlak mezi porodnicemi a boj porodních asistentek za profesní autonomii a otevřela se diskuze o kvalitě porodní péče

(Hašková 2001a), v českém porodnictví zůstává převládající praxe preventivních zásahů, „dominuje aktivně lékařsky vedený porod, i když se zde do praxe dostávají i prvky jeho kritiky. Skutečně přirozený porod je však v českých porodnicích výjimkou“ (Hašková 2001b: 13).

„Koncepte ‚přirozeného‘ porodu vznikla jako reakce na medikalizaci porodu s vlnou kritiky akutní bio-medicíny, a to v době konstituce společností, které Beck nazývá rizikovými (...) Kritici akutní biomedicíny zdůrazňují, že na zlepšení zdravotního stavu populace měly většinový vliv jiné determinanty než akutní bio-medicína. V kontextu porodnictví se hovoří především o zlepšení výživy žen, pracovních podmínek i životního stylu, snížení jejich plodnosti a věkového rozptylu rodiček“. U nás se kritika péče o rodičku a novorozence, která již nevyhovovala poznatkům a požadavkům, objevila až v 80. letech (Hašková 2001b: 9-11).

Zastánci přirozených porodů se hlásí ke koncepci nezasahování do porodu. Argumenty staví na koncepci přirozenosti, která ostatní způsoby vedení porodu vzhledem k normalitě zařazuje do kategorií nenormální a nepřirozené (Hašková 2001a: 21). Mnoho příznivců přirozených porodů odkazuje na amerického porodníka M. Odenta, který zpopularizoval termín *přirozený porod*. Popsal vedení přirozeného porodu jako založené na důvěře v instinktivní a intuitivní chování rodičky, které nesmí být narušováno ani aktivními zásahy zdravotníků. Lékař má rodičku psychicky podporovat a vykonávat občasné neinvazivní kontroly postupu porodu (Hašková 2001a).

1.1.3 České porodnictví u Evropského soudu pro lidská práva

„V České republice v podstatě existují pouze dvě možnosti, jak může žena porodit: lékařsky vedeným porodem v porodnici, nebo doma. Obojí je přitom extrémní situace, ale mezi těmito protipóly se nachází celý vějíř dalších možností, které tu jsou opomíjeny“ (Sedlická 2014). Absence porodního domu, nevyhovující podmínky pro přirozené porody v nemocnicích a negativní zkušenosti z porodnic jsou důvody, proč se některé ženy v ČR raději rozhodnou pro porod doma (Štomerová 2004, Musílek 2012). V ČR přesto porodní asistentky nedostávají registraci a za péči u domácího porodu jim hrozí pokuta milion korun⁷. Jednotlivci i organizace bojují za to, aby ženy, které se u nás rozhodnou родit doma, měly

⁷Porodní asistentky nedostávají platnou registraci a kdyby vedly porod mimo zdravotnické zařízení, mohou dostat pokutu - podmínky upravuje Zákon o zdravotních službách. „Na naši organizaci (UNIPU pozn. autorky) se obrací týdně desítky žen s prosbou o kontakt na porodní asistentku ve svém okolí. Nový zákon ale staví porodní asistentky před závažné dilema. Pokud poskytnou péči ženě při domácím porodu, hrozí jim pokuta až jeden milion korun. Na druhou stranu si jsou vědomy, že asistovaný porod je pro ženu i dítě mnohem bezpečnější než porod bez přítomnosti zdravotníka“ (Hájková Klíčová 2012).

stejně jako ženy v zahraničí možnost mít při porodu péči vyškoleného odborníka a nemusely rodit samy nebo jen s podporou blízké osoby (České ženské lobby 2012).

České porodnictví bylo projednáváno i u Evropského soudu pro lidská práva. „Ženám bylo fakticky odepřeno právo zvolit místo porodu. Vzhledem k tomu, že český stát brání porodním asistentkám v činnosti, není v ČR dostupná zdravotní péče porodní asistentky při porodu mimo porodnici (...) Evropský soud pro lidská práva již v podobném případě v roce 2010 odsoudil praxi v Maďarsku, kde byly porodní asistentky rovněž odrazovány od poskytování péče u porodů v domácnosti rodiček. Soud zde dospěl k závěru, že okolnosti porodu včetně volby místa porodu nepochybně tvoří součást soukromého života ženy a že porod doma vyžaduje zapojení zdravotníka. Shledal proto, že stát je povinen vytvořit podmínky, aby zdravotní péče byla možná a dostupná“ (Dostál 2013).

V prosinci 2014 Evropský soud ve věci odebraného dítěte po ambulantním porodu rozhodl, že „v tomto případě pochybili jak lékaři, tak stát (...) Podle soudu nelze novorozence rodičům odebrat pouze na základě převažujícího názoru české lékařské praxe o nutnosti hospitalizace. Světová zdravotnická organizace zastává opačný názor – že zdravé dítě nemusí být po porodu v nemocnici a že domácí péče má svoje výhody. Druhý případ - odpírání péče porodních asistentek mimo nemocnice v ČR podle soudu neporušuje evropské úmluvy (Liga lidských práv 2014).

Rozhodnutí soudu Ministerstvo zdravotnictví zatím nekomentovalo, ale „je spokojeno se současnou právní úpravou“ (Ministerstvo zdravotnictví 2014). Ani na stránkách ČLK nenalezneme vyjádření k soudu. Svůj postoj v parlamentních listech vyjádřil exministr zdravotnictví Leoš Heger, který v textu chce „zhodnotit pro a proti“, ale připouští: „jsem intuitivně přesvědčen, že když domácí porody zásadně odmítají (porodníci pozn. autorky) pro jejich vysoké riziko pro rodičku a zejména pro novorozence, mají pravděpodobně pravdu“. Heger pozorňuje na negativa současné právní úpravy: „Jakkoliv si mnoho odborníků myslí, že rodit doma je chybou, děje se to, a tyto ženy zůstávají de facto bez pomoci“. Snahu o rozšíření porodní péče u plánovaných domácích porodů popisuje jako „snahu změnit dosud zavedené a uznávané či zvykové postupy směrem zpět. Ať jsou odbornou veřejností obecně vnímané dobře nebo špatně, stávají se nekonečným zdrojem debat, rozepří a nátlaků a periodicky se vrací“. Kritizuje porodníky, že stále nedoložili statistické podklady, které by ukončily tuto debatu a to zákazem domácích porodů: „Myslím si, že procento takovýchto virtuálních, v nemocnici úspěšně vyřešených komplikací i u skupiny „bezrizikových“ rodiček porodníci

znají a doložený významný počet komplikací, které mimo nemocnici nelze vyřešit a vedly by doma k poškození dítěte či rodičky, by byl klíčovým argumentem proti domácím porodům“. Apeluje na porodníky, aby předložili data k „seriózní diskuzi o tom, zda se má jednoznačně zákonem domácí porod zakázat, aniž by to byl postsocialistický paternalismus. Pokud ne, pak hrozí, že bude časem prosazen názor Ústavního soudu ČR, že porod doma reprezentuje přijatelné riziko, a bude ho nezbytné porodním asistentkám povolit a hradit alespoň jako něco na způsob první pomoci“ (Heger 2014).

Podle právníků stěžovatelek dal Evropský soud ženám v mnohém za pravdu: „V odůvodnění verdiktu například uznal, že 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 nedostatečnost volby rodiček v ČR a nedostatečnou činnost ministerstva na úseku porodnictví (...) Požádáme o postoupení věci velkému senátu, což je určitá forma odvolání. Domníváme se, že je to na místě, protože tu jsou dva rozsudky. Jeden proti Maďarsku, který říká, že žena má právo na domácí porod s porodní asistentkou, a jeden proti České republice, který říká v podstatě opak. Myslím si, že velký senát by mohl přihlédnout k tomu, že bránění porodům doma je specifíkem východní Evropy a posttotalitních států⁸“ (Karlík 2014).

V tiskové zprávě k rozsudku Ligy lidských práv se dočteme, že „podle soudu by měl stát neustále zohledňovat vývoj vědeckých poznatků a práva. Doporučení britské státní instituce NICE z počátku letošního prosince konstatuje, že až pro 45 % žen a jejich dětí je prospěšnější родit mimo zdravotnická zařízení. Ze statistik i studií jasně vyplývá, že ženy i děti v péči porodních asistentek mají nejméně zdravotních následků (...) Soud souhlasí, že zde posuzovaná situace měla vážný dopad na svobodu volby stěžovatelek, které byly žádány, aby pokud si přejí porodit doma, tak učinily bez pomoci porodní asistentky, což s sebou neslo rizika pro ně i pro jejich děti (...) Stěžovatelky si mohly vybrat porodnici podle svého uvážení, kde by teoreticky měla být respektována jejich přání týkající se porodu. Nicméně z dokumentů předložených Soudům vyplývá, že podmínky ve většině místních nemocnic, co se týká respektování rozhodnutí matek, v praxi takové nejsou“ (Liga lidských práv 2014).

⁸ K tiskové zprávě k rozsudku Liga lidských práv připojila mapku s vyznačením, v kterých evropských státech je uznáván plánovaný porod doma. Viz příloha č. 2.

Součástí rozsudku soudu⁹ je i *Nesouhlasné stanovisko soudce Lemmense*. „Stěžovatelky si stěžují na skutečnost, že české právo zakazuje zdravotníkovi v poskytování asistence při porodu v domácnosti. Výsledkem je, jak stěžovatelky argumentují, že české právo jim odírá možnost bezpečně porodit v domácím prostředí. Otázkou zůstává, zda stát tímto neporušil povinnost ochrany úcty k jejich soukromému životu, kterým se v daném případě rozumí právo na rozhodnutí se o okolnostech jejich porodu (...) **Skutečně nerozumím tomu, jak lze tento systém jako celek chápat jako systém, který je v souladu se zájmem Státu na ochraně zdraví matek a jejich dětí.** Ostatně v této záležitosti i většina (*soudců, pozn. překl.*) uznává, že v českém systému je cosi zvláštního (...) Ve chvíli, kdy došlo na zkoumání problematiky domácích porodů v roce 2012, Ministerstvo zdravotnictví vytvořilo pracovní skupinu (...) Zástupci odborných lékařských společností nicméně setkání bojkotovali, že není stávající právní rámec zapotřebí nijak měnit. Následně, a nepochybně po jistém účinném lobbingu, dosáhli u Ministerstva zdravotnictví výsledku spočívajícího v odvolání zástupců příjemkyň péče, porodních asistentek a Zmocněnkyně Vlády pro lidská práva z této pracovní skupiny (...) Po takové čistce v pracovní skupině si nejsem jist, zda byla nadále vůbec schopna jakékoliv závěry učinit. S ohledem na výše uvedené jsem přesvědčen, že argument založený na ochraně zdraví předložený Vládou by neměl být přeceňován.

Napadené právní předpisy mají závažný dopad na svobodnou možnost volby stěžovatelek, které byly nuceny, pokud si přály porodit v domácnosti, tak učinit bez jakékoliv asistence porodní asistentky, a tedy s imanentním rizikem jak pro ně tak pro novorozence, nebo porodit v porodnici. Jakkoliv pouze relativně málo matek dává přednost porodu v domácím prostředí, naprosto nepochybuji, že pro ženy je velice důležité mít možnost takové volby. Tento závěr byl do určité míry potvrzen závěry přijatými Výborem OSN pro odstranění diskriminace žen v roce 2010 (...) doporučil ČR, aby „zvážíla kroky k tomu, aby porody mimo zdravotnická zařízení za asistence porodních asistentek byly pro ženy bezpečnou a dostupnou volbou“. Soudce Evropského soudu upozornil i na závěry českého Ústavního soudu z roku 2013: „Právo na svobodnou volbu místa a způsobu porodu - z hlediska rodičů - je limitováno jen zájmem na bezpečném porodu a zdraví dítěte, tento zájem však nelze vykládat jako jednoznačnou preferenci porodů ve zdravotnických zařízeních (...) **Tímto tedy docházím k závěru, že článek 8 Úmluvy porušen byl**" (Lemmens citováno dle Hořejší 2014).

⁹Celý rozsudek je dostupný na: [www.hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{"documentcollectionid2":\["GRANDCHAMBER","CHAMBER"\],"itemid":\["001-148632"\]}](http://www.hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{).

2 Teoretický a hodnotový rámec

V diplomové práci se zabývám diskursy vedení porodu, proto se jako první zaměřím na Foucaultovy poznatky o diskursu a jeho vztahu k moci. V následujících kapitolách se budu orientovat na sociologii rizik a důvěru. V další části nabídnu stručný popis vlivu médií.

2.1 Diskurs a moc

Diskurs je popisován jednotlivými autory různými způsoby, záleží, z jakého hlediska se zaměřují na zkoumání společnosti. V této práci jsem se rozhodla vycházet především z konceptu diskursu Michela Foucaulta. Důležité je, že určující obsahovou jednotkou diskursu je podle Foucaulta výpověď, že je diskurs definován věděním, má své pravidelnosti a systémy donucení.

„Výpověď je na jedné straně svázána s gestem psaní či s artikulací promluvy a na straně druhé si pro sebe otevírá setrvalou existenci na poli paměti či materiality jakékoli formy záznamu (...) je otevřená opakování, transformaci a znovuoživení“ (Foucault 2002: 47). Každý výpovědní celek má svou formu pravidelnosti a své systémy donucení. Diskursy „dávají podnět k určitému organizování pojmů, k určitým přeskupením objektů, k určitým typům vypovídání“ (Foucault 2002: 99). Diskurs je nutné chápat „jako násilí, které působíme věcem, v každém případě jako jistou praxi, kterou jim vnucujeme“ (Foucault 1994: 27).

Zakladateli diskursu jsou autoři svých textů i pravidel pro formování dalších textů, kteří otevřeli prostor pro psaní o určitém předmětu. „Jméno autora působí jako charakteristika určitého způsobu bytí diskursu (...) oběhu a působení určitých diskursů vnitru nějaké společnosti“ (Foucault 1994: 49-50).

„Diskurs je pro Foucaulta systémem pravidel, který dovnitř i vně vymezuje prostor, pro tvorbu aktuálních výpovědí (...) Vně tak, že určuje vztah k jiným diskursům, a tak vyznačuje jeho hranice“ (Vávra 2006: 52). Diskursy mohou kritizovat, komentovat či se jinak vztahovat k dalším diskursům. „S diskursy má být nakládáno jako s diskontinuitními praktikami, které se navzájem kříží, někdy se střetávají, avšak stejně dobře se neznají nebo navzájem vylučují“ (Foucault 1994: 26) Komentář dovoluje tvořit nové diskursy. „U mnoha závažných textů dochází k porušení a k vymizení a první místo někdy zaujmou komentáře“ (Foucault 1994: 14).

Foucault klade velký důraz na propojení diskursu a moci. „Diskurs může být navenek takovou nepatrností, jak je jen libo, nicméně zákazy, které ho postihují, zjevují velice brzo a velice rychle jeho vazbu na touhu a moc (...) Diskurs není pouze tím, čím se projevují boje nebo systémy nadvlády, ale i tím, pro co a čím se bojuje, je mocí, které se snažíme zmocnit“ (Foucault 1994: 9). „To, co produkuje vědění, užitečné pro moc či odporující jí, není zkrátka aktivita poznávajícího subjektu nýbrž komplex moc-vědění, procesy a zápasy, jež jej prostupují a jimiž je tento komplex utvářen“ (Foucault 2000: 63).

Z foucaultovské definice vyplývá, že diskursem formované vypovídání je třeba chápat také jako praktickou činnost, která ovlivňuje běh událostí. A dále, že není možné mluvit o diskursu čehokoliv, „nutnou definiční podmínkou diskursu je existence účinně strukturujícího pole“ (Hájek, Kabele, Vojtíšková 2006: 270). Foucaultovo pojetí diskursu nám dovoluje vidět kontroverze dominujícího lékařského diskursu a kontradiskursu jako mocenský střet. Lze tak kriticky nahlížet na oba diskursy a identifikovat jejich diskursivní strategie. Foucault vztahuje diskurs k moci a dominanci a v *Řádu diskursu* popisuje procedury vylučování (exkluze), jimiž je diskurs kontrolován a organizován do podoby institucionalizovaného vědění. Charakterizuje tři procedury vylučování, které se objevují v naší společnosti: zákaz slova, dělba na šilenství (podíl a završení) a vůle po pravdě (dělení na pravdivé a falešné). Nejzřejmější a nejznámější je zákaz. Kdokoliv nemůže mluvit o čemkoliv, nemůžeme mluvit o všem za jakýchkoli okolností. Zákaz rozděluje na tři typy: tabu předmětu, rituální okolnosti a privilegované či výhradní právo subjektu, který mluví (Foucault 1994: 9).

2.2 Rizika a práce s nimi

Nyní se budu zabývat poznatky sociologie rizik, jelikož jsem při analýze diskursů vedení porodu rizika identifikovala jako důležitý koncept ovlivňující podobu kontroverze. Ve středověku neexistovalo žádné pojetí rizika v moderním slova smyslu. „Pojem rizika je neoddělitelný od představy pravděpodobnosti a nejistoty (...) Riziko se vztahuje k nejistým situacím, které se aktivně posuzují vzhledem k budoucím možnostem“. Představa takového rizika se začala objevovat v šestnáctém a sedmnáctém století, přišli s ní západní průzkumníci, kteří se vydávali na výpravy přes světový oceán. Riziko bylo nejdříve používáno v souvislosti s prostorem v neprozkoumaných vodách. Později se koncept rizik začal používat v širokém okruhu nejistých situací ve společnostech, které se orientují na budoucnost (Giddens 2000: 34-35).

Riziko jako neutrální pravděpodobnost jevu se časem proměnilo a v současné době je spojováno s nebezpečím - s negativním výsledkem. Vysoké riziko znamená velké nebezpečí (Douglas 1992: 24). V moderní společnosti Giddens rozlišuje rizika vnější, které přichází zvenčí z tradice nebo přírody, a vyrobené, které vznikají v důsledku rozvíjejícího se vědění a vlivem na svět. V současné době se lidé zabývají hlavně riziky, které sami vytvořili, jelikož je jen málo aspektů, které nebyly ovlivněny lidským zásahem. Toto riziko se často týká situací, s jejichž řešením máme malou historickou zkušenost, nevíme přesně, jaký stupeň rizika zde je a často to nezjistíme, dokud není příliš pozdě. „Žijeme ve světě, kde jsou nebezpečí, která jsme sami vytvořili, ve srovnání s těmi, jež přicházejí zvenčí, stejně či ještě více hrozivá“ (Giddens 2000: 49, 118).

Podle Becka je charakter rizik produkovaných moderní společností dán „ekonomickou jednookostí“ přírodovědné a technické racionality, která sleduje pouze růst produktivity a nezabývá se často fatálními vedlejšími dopady. „To, co na jedné straně přispívá ke zvyšování produktivity, přináší na druhé straně nemoci. Rodiče, jejichž děti trpí pseudodifterickými záchvaty, si dokrvava rozbíjejí hlavu o zeď vědeckých deklarací popírajících existenci modernizačních rizik (...) Tím, čím jsou pro vědu, latentní vedlejší účinky a ‚nedoložené souvislosti‘, jsou pro ně jejich úporně kašlající děti (...) Jejich vlastní vysvětlení a zkušenosti nemají vůbec žádnou váhu, pokud kolidují s etablovanou vědeckou nevědomostí¹⁰“ Rizika se mohou stát velkým byznysem pro ty, kteří je umí využít a vědí, kdy vyvolávat pocit rizika a potřeby chránit se proti němu (Beck 2011).

Důležitý je vliv vědeckého ne/uznání rizika. V souvislosti s porodní péčí se u nás mění uznávaná rizika, např. „**Přes velký odpor a strach z rizika přenosu infekce z matky na dítě i opačně, byla nakonec definována nová rizika**, a to přesně v opačném smyslu. Jednalo se o rizika **psychologických i fyziologických následků odloučení matky a dítěte po porodu (...)** Stejně tak **definici rizik přítomnosti otců u porodu vystřídala definice rizik jejich nepřítomnosti**“ (Hašková 2001b: 11, tučné v originále).

Aby se ohrožení stala vůbec viditelnými, potřebují často vědu, teorie a měřicí přístroje, teprve pak mohou být definována jako rizika. Významné je normativní hledisko, které rizika zobjektivizuje, a akceptace rizik. K interpretaci ohrožení jako rizika se dále přidává kauzalita, která ukazuje, zda jde o vedlejší důsledek procesů modernizace. Rizika jsou

¹⁰ V tomto případě se jednalo o škodlivé látky v ovzduší, které ohrožovaly především kojence a malé děti. Požadavek sdužených rodičů nemocných dětí zněl: „Místo žvanění odsířeni!“ (Konig in Beck 2011: 80)

pak uváděny do sociální a právní odpovědnosti. „V souvislosti s definicemi rizika se rozpadá monopol věd na racionalitu. Vždy existují navzájem si konkurující a konfliktní požadavky, zájmy a hlediska různých aktérů (...) Konstatování rizika se zakládá na matematických možnostech a společenských zájmech, a to i přímo tam, kde je prezentováno s technickou jistotou“ (Giddens 2010: 35-40).

Rizika získávají v sociálních a politických konfrontacích centrální význam (Beck 2011: 18). Mohou být autoritami bagatelizovány, popírány, zveličovány i zneužívány. V politice vzniká morální klima, které se střídá s nařčením z panikaření a s obviňováním ze zastírání skutečného stavu věcí. Pokud někdo chce na rizika upozornit, musí získat širokou publicitu. Když se ovšem později zjistí, že riziko je malé, tak bude obviněn z šíření paniky. Důležité je, že panikaření mohlo být úspěšné, přestože stále vypadá jako panikaření. Např. lidé byli strašeni rozšířením AIDS, aby změnili své chování. Chování se změnilo a tím se AIDS nerozšířil, ale lidé pak mluvili o zbytečném panikaření. Situace může být opačná a při popírání rizik bude druhá strana obviněna ze zatajování pravého stavu věci (Giddens 2000).

2.2.1 Rizika a důvěra v expertní systémy

Důvěra předpokládá uvědomění si rizika a porozumění skutečnosti, že neočekávané výsledky mohou být spíše důsledkem našich aktivit a rozhodnutí než vyjádřením přírody nebo Boha. Giddens definuje důvěru „jako důvěřivost ve spolehlivost osoby nebo systému týkající se určitého souboru výsledků nebo událostí“ (Giddens 2010: 35-37).

Složitost pozdní modernity vyžaduje dvě formy důvěry, které jsou na sobě často závislé – důvěru ve spolehlivost konkrétní osoby (osobní důvěra) a v abstraktní systémy, zejména důvěru v expertní systémy. Expertní systémy (systémy odborných znalostí) organizují mnoho oblastí materiálního a sociálního prostředí dnešního světa. Rozvojem znalostí poskytují abstraktní záruky. Kontakty s experty probíhají v přístupových bodech a vznikají při nich závazky. Předpokládá se zde „obvyklé jednání“ a důvěra. Jedná se o jeviště v Goffmanově smyslu, kde se snaží udržet víru v mechanismy vědění. „Pacienti by asi lékařskému personálu nevěřili tak bezvýhradně, pokud by si byli plně vědomi všech chyb, ke kterým dochází na operačních sálech a stolech“ (Giddens 2010: 81-84).

K tomuto poznatku je zajímavé upozornit na to, že před tím, než byla v ČR znemožněna péče porodních asistentek u porodů mimo nemocnice: „správní úřady ČR vyžadovaly, aby porodní asistentky, které ženám pomáhají při porodu v domácím prostředí,

velmi podrobně informovaly ženy o rizicích, možných komplikacích a krizových situacích, které by při porodu v domácím prostředí mohly nastat. Správní úřady však nevyžadují, aby stejným způsobem nemocnice informovaly ženy, které pro svůj porod volí prostředí nemocnice“ (Štomerová 2010).

V souvislosti s riziky se dnes mluví o důvěře v expertní systémy, ale rozšíření laického vědění o rizikových prostředích snižuje tuto důvěru. Důvěra je ovlivňována zkušenostmi v přístupových bodech, které mohou být místem napětí mezi skepsí laiků a znalostmi odborníků. Laici se následně mohou rozhodnout, že vystoupí z role klienta. Důvěra může být narušena i vědění, které se objevuje v médiích (Giddens 2010: 81-84).

2.3 Média a jejich vliv

S rozvojem internetu přicházejí „nové možnosti a široká škála uplatnění prostřednictvím webových stránek elektronických médií, které získávají pořád více uživatelů, příznivců, často na úkor klasických, především masových médií“ (Streit 2009: 51). V České republice se již několik let zvyšuje počet uživatelů internetu a internet se stává běžnou součástí života mnoha lidí. V roce 2013 v ČR bylo téměř 97 % lidí z věkové kategorie 16-24 let uživateli internetu a u kategorie 25-44 let to bylo necelých 92 % (ČSU 2014).

Internet je médiem s velice volným vstupem, kde se lidé mohou aktivně zapojovat do diskuzí nebo si je pouze číst, mohou si vyhledávat weby a články o různých tématech. Budoucí rodiče navštěvují internetové stránky o těhotenství a porodu. NetMonitoring v analýzách návštěvnosti webu vymezil samostatnou kategorii Těhotenství a rodičovství a nejvyšší návštěvnost má web emimino.cz.¹¹

Koncept důvěry v mediální instituce předpokládá, že pro společnost jsou média objektivním zdrojem, ze kterého se dozví o prioritách a že odráží realitu. „Média se tak stávají institucí, od které se jednotliví členové společnosti ‚učí‘, která témata jsou pro společnost důležitá, a která ne“ (Kalvas 2009: 29). Ve společnosti svobodné demokracie předpokládáme, že masová média přináší převážně informace odpovídající demokratickým hodnotám. Média mají poskytovat zpravodajství, které se nemusí slučovat s ekonomickými nebo politickými cíli novinářů ani vlastníků médií. Média mají důležitou veřejnou roli a společenskou odpovědnost. Mají informativní funkci a funkci veřejného fóra, kdy umožňují jednotlivcům

¹¹ Návštěv za říjen 2014 byla 3 593 855. Dostupné z WWW: <http://www.netmonitor.cz/verejne-vystupy>

i skupinám šířit fakta a názory (z veřejného fóra se vládnoucí mohou dozvědět, jaké jsou názory mezi lidmi). Další funkcí médií je střežení a kritizování těch, kteří vykonávají moc, nebo ohrožují demokracii, jedná se o funkci kritiky, či kontrolní funkci (Schulz 1998: 56).

Ovšem jednotlivé weby jsou často zaměřeny pouze na konkrétní témata a internetové stránky pro širokou veřejnost mohou článek napsat kontroverzně, aby vyprovokoval čtenáře k reakcím. U článků může zvítězit dramtizace, senzačnost a zjednodušování, což může být důsledkem snahy vytvořit velký ohlas na zprávu u masového publika. Plnění veřejné role médií je někdy znesnadňováno, pokud jsou organizována jako soukromý podnik, kdy jejich ekonomické ohledy mohou být v rozporu s veřejnou rolí. Některá média mohou mít sklon k jednostrannosti i propagandě odpovídající politickému zájmu vlastníků (Schulz 1998: 57).

Média usměrňují pozornost veřejnosti a ovlivňují priority. Témata objevující se častěji v médiích jsou veřejností považována za důležitější (Kalvas, Kreidl 2007). Internet i další média zaujímají v moderní informační společnosti důležitou úlohu a mají významnou roli ve vývoji moderní společnosti, jelikož „médiá veřejnosti nejen předkládají o čem přemýšlet, ale i jak o tom přemýšlet“ (Červenka 2008: 28).

Média, ať už přímo nebo nepřímo, ovlivňují představy, přesvědčení, postoje, hodnoty a chování příjemců (Burton, Jirák 2001: 347). Tímto předpokladem se zabývá teorie agenda setting, která se vrací k poukazování sociálních vědců na to, že média mají na jedince a potažmo celou společnost dlouhodobý a nepřímý vliv. „S účinky masových médií je opět třeba počítat, a to z hlediska psychologického zejména pokud jde o předkládání vzorů a modelů chování přejímaných formou učení a z hlediska sociologického zejména pokud jde o socializaci a směřování recipientů masových médií s hodnotami, normami, rolemi a sankcemi dané sociální organizace“ (Škodová, Červenka 2009: 12).

Teorie nastolování agendy popisuje, jak se problémy stávají důležitými ve veřejném mínění, v obsazích masových médií a uvnitř politického aparátu a jaké jsou důsledky takového „nastolování“ témat. Jedná se o proces, kde problémy a možnosti řešení získávají či ztrácí pozornost. Veřejný problém je popsán jako kontroverze a aby se problém stal veřejným, musí být tak identifikován a je nastolen požadavek na jeho řešení. Nejprve se objevují zájmové skupiny s jasným postojem k problému a jeho řešení. Tyto skupiny musí prosazovat svůj pohled na problém. A díky tomuto úsilí se problém stane veřejným a zabydlí se v agendě (Kalvas 2009: 7-20). Teorie nastolování pracuje se třemi agendami: mediální, politickou a

veřejnou a zkoumá i jejich vzájemný vliv. V této práci se orientuji na to, jak se diskursy vedení porodu a jejich svár projevují v mediální agendě.

Působení médií ovlivňuje zarámování tématu a vypíchnutí, skrze které média ovlivňují veřejné mínění, mohou utvářet postoje a názory lidí (McComb 2004). Rozdílné hodnotové rámce vedou k odlišné interpretaci týchž „holých faktů“, mění postoje jedince a jeho motivace jednat. Skrze rámce také u publika dochází k připsání zodpovědnosti za problém společnosti či jedinci (Kalvasa kol. 2012: 7). Mezi dlouhodobé účinky médií kromě nastolování důležitosti témat patří např. „šíření informací a zpráv ve společnosti (...) socializace a potenciál šířit (a spoludefinovat) modely jednání a různá pojetí sociálních norem (...) nabízí návod, jak se chovat v určitých životních situacích“ (Trampota 2010: 241).

3 Výzkumné cíle a otázky

Cílem diplomové práce je zjistit, jaké kontroverze provázejí střet diskursu přirozeného porodu a diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu v internetových článcích. Podobu diskursů v článcích aktivních účastníků střetu určených k oslovení laické i akademické veřejnosti nejprve popíši pomocí hlavních kontroverzí a provedu analýzu odkrývající jejich ne/vzájemnost. Zaměřím se na výpovědi, které čtenáře informují o různých možnostech porodní péče a jejich výhodách i nevýhodách, respektive o rizicích pro účastníky porodu i společnost.

Budu zkoumat, jaké konkrétní strategie diskursy používají k udržení a získání dominance. Zaměřím se na zarámování témat v článcích, na to jaké jednání diskursy legitimují a zda nějaké jednání tabuizují. Budu zkoumat, zda a případně jak na sebe „ve svých“¹² internetových článcích diskursy odkazují, zda se vymezují od druhého a jak o sobě navzájem informují.

Dále se budu orientovat na to, jak diskursy ovlivňují „nezávislé“ internetové články určené těhotným ženám a jak se v nich vyskytuje kontroverze diskursů o vedení porodu. Zaměřím se na to, jaké jsou možné důsledky jednotlivých strategií diskursů a jejich sváru na jednotlivce - na rozhodování těhotných žen o podobě porodní péče. Cílem není obhajovat některý diskurs a jeho hodnoty, ale pokusit se „demonstrovat praktické důsledky určitých hodnotových pozic“ (Hammersley 2000: 31). Proto budu analyzovat nejnavštěvovanější český web o těhotenství a porodu a zaměřím se na to, jak se zde kontroverze diskursů promítá do článků určených budoucím rodičům.

Výzkumná otázka:

Jak se střetává diskurs přirozeného porodu a diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu v českých internetových článcích aktivních účastníků kontroverzí a jaké jsou zde jejich strategie na udržení/získání dominance?

¹²Jedná se o články na webech, jejichž autoři jsou samotní zastánci lékařského (web ČLK) a přirozeného (web UNIPY) diskursu, jedná se tedy o jakousi sebezprezentaci.

4 Metodologie

V analýze budu vycházet z teoretických a metodologických aspektů foucaultíánské kritické diskursivní analýzy (FCDA), druhého stupně nastolování agendy a francouzské pragmatické sociologie zabývající se kontroverzí.

4.1 Popis jednotlivých diskursů vedení porodu a jejich kontroverze

Při analýze je nejdříve nutné identifikovat jednotlivé diskursivní vlákna v konkrétních diskursivních polích. Diskurs porodu je velice široký, v této práci se soustředím na diskursivní vlákno přirozených porodů a aktivně lékařsky vedeného porodu na poli médií, a to konkrétně v internetových článcích. Diskursivní pole obsahují více sektorů, zde se analýzou zaměřím na expertní sektor i sektor pro širokou veřejnost. Následně diskursivní vlákna porovnám a budu zkoumat, jak se k sobě diskursy v různých sektorech vztahují (Jäger, Maier 2009: 51-54).

Při FCDA je třeba vycházet z konkrétních výpovědí, které vznikají podle pravidel řádu diskursu. Diskursivní praxi budu zkoumat na jejich materializovaných produktech - textech. Výhodou analýzy internetových textů je nereaktivnost na výzkum. Texty jsou produkty diskursivní praxe, která vládne dalšími nediskursivními materiálními produkty, zdroji a sociálním zázemím (skupiny, hnutí, sympatizanti) (Hájek 2007: 104).

Diskursivní analýzu je vhodné použít, pokud se orientujeme na kontroverzní veřejný problém, je také vhodným nástrojem pro komparativní analýzu (Durnová 2011: 101). Před porovnáním se zaměřím na podobu jednotlivých diskursů v internetových článcích. Zjistím, jaká jsou zde jejich charakterizující diskursivní pravidla. Podle Foucaulta se mají analyzovat fakta diskursu a nesnaží se jít za diskurs. „Analyzujeme-li diskursy samé, vidíme, jak se uvolňuje zdánlivě pevné sevření slov a věcí a vychází najevo souhrn pravidel vlastní diskursivní praxi“ (Foucault 2002: 42-96).

Diskursivní analýzou budu zkoumat obsahy textů, zaměřím se na jazykové projevy diskursů, které mají svůj vlastní význam a vyvíjí utlačivou moc na jednání lidí (Vávra 2006: 51). V internetových článcích jednotlivých diskursů budu zkoumat, jaké výpovědi o vedení porodu jsou v nich dominantní a jaké jsou zde opakující se vzorce vytváření významů. Pomocí opakovaného čtení a kódování identifikuji vnitřní pravidelnosti diskursů. Při popisu jednotlivých diskursů vedení porodu budu zjišťovat typy vypovídání. Pro jejich zjištění Foucault pokládá několi otázek, které se pokusím zodpovědět: *Jaký je statut jednotlivců, kteří*

- a jedině oni - mají předepsané či tradované právo pronášet tento diskurs? Jaké je jejich institucionální umístění? Kdo z diskursu odvozuje svou jedinečnost a komu dává přepoklad pravdy? (Foucault 2002: 80-81).

Diskursy se proměňují, objektům se mění významy a mění se v jiné objekty (Jäger, Maier 2009: 43). V internetových člancích se pro popis současné organizace pole výpovědi diskursů zaměřím na objekty, o kterých píší a reagují na ně proto, aby je zdůraznily či zbagatelizovaly. Také na výhody a rizika odlišných podob péče při porodu, které články ignorují. Dále se zaměřím na otázku o subjektech: *Jaké místo může zaujímat v každém typu diskursu, jakým pravidlům se podřizuje?* (Foucault 2002: 62).

Diskurs je institucionalizovaný způsob mluvení, který reguluje a posiluje jednání, a tak uplatňuje moc. Foucaultianskou kritickou diskursivní analýzou se zaměřím se na to, „jak diskursy re/produkuje sociální dominanci, moc jedné skupiny nad druhou a jak si skupina udržuje moc“ (Wodak, Meyer 2009: 9). Cílem FCDA je zmapovat, co je řečeno a může být řečeno v dané společnosti, v daném čase a odhalit diskursivní techniky. FCDA se pokusím nalézt mezi diskursy, limity toho, co může být řečeno a uděláno, a způsoby, které diskursy používají k tomu, aby tvrzení byla racionální a mimo pochybnost, přestože jsou platné jen tady a teď (Jäger, Maier 2009: 36).

Pro analýzu jsem si připravila seznam relevantních článků diskursivních vláken v jednotlivých sektorech. V seznamu jsem měla bibliografické informace, poznámky o tématech a specifických charakteristikách článků. V rámci strukturální analýzy jsem se snažila zachytit charakteristiku článků, zaměřila jsem se na použití kolektivních symbolů, argumentace a slovník. Identifikovala jsem, které formy projevu o vedení porodu a jeho argumentace jsou typické pro dané diskursivní vlákno. Toto ohraničení mi pomohlo následně vybrat články pro druhou fázi FCDA - detailní analýzu.

Dále jsem se zaměřila na podtémata objevující se v člancích. Pro jednotlivé sektory jsem si vytvořila tabulku, kde jsem identifikovaná podtémata seskupila do kategorií. Postupným analyzováním článků jsem rozsah kategorií musela rozšířit o nově se objevující kategorie z článků z dalších sektorů. Dalším krokem analýzy je zkoumání konkrétních skupin podtémat a jejich frekvence výskytu, kdy jsem se zaměřila na to, jestli jsou nějaká podtémata v člancích nápadně viditelná svou neúčastí. Po analýze článků v jednotlivých sektorech jsem interpretovala nálezy dohromady, což ukazuje charakterizaci diskursivních pozic (Jäger, Maier 2009: 53).

Pro identifikaci jemných detailů diskursivních pozic a pro posouzení možného efektu na čtenáře jsem vybrala typické diskursivní fragmenty. V detailní analýze jsem se zaměřila na formu argumentů pro určité způsoby vedení porodu, jaké narážky a zmínky článek obsahuje. Zaměřila jsem se na aktéry, kteří jsou v člancích zmíněni, a na způsob, jak jsou prezentováni. Orientovala jsem se na odkazy a zdroje informací. V neposlední řadě jsem posuzovala, jakou předkládají perspektivu o vedení porodu do budoucnosti a jaké je celkové sdělení článku. Stejně jako u strukturální analýzy jsem i u jemné analýzy jednotlivé poznatky poté interpretovala dohromady a zaměřila jsem se na kontroverze provázející střet diskursů (Jäger, Maier 2009: 46-56).

4.2 Identifikace strategií diskursů pro získání dominance

Soustředila jsem se na kvalitativní aspekty textů, což je vhodné i pro vysvětlení dominance diskursů (Jäger, Maier 2009: 51) a zjištění, jak se diskursivní výpovědi „mezi ostatními a vzhledem k ostatním, zmocňuje místa“ (Foucault 2002: 46). K naplnění cíle identifikovat strategie, které diskursy používají k udržení a získání dominance, budu také analyzovat proces nastolování agendy. Dále budu vycházet i z poznatků Luca Boltanski, který se orientoval na to, jak aktéři v kontroverzích vystavených veřejné kritice argumentují a jak ospravedlňují své postoje odkazováním na kolektivně uznávané hodnoty (Boltanski 2010).

Média mohou nastolit a dokonce zesílit význam agendy a tento proces zkoumá druhý stupeň nastolování agendy (atribute agenda-setting) (McCombs 2004: 87). S agendou atributů je spojována kontrola nad ovlivněním pohledu a uplatňování moci v komunikačním procesu a potažmo ve společnosti (Červenka 2008: 28). „Výzkum nastolování agendy se rozrostl i o kvalitativní přístupy zkoumající takzvaný priming (vypíchnutí) a framing (rámcování), které vychází z předpokladu, že lidé nepřebírají jen vnímání důležitosti tématu, ale reagují i na zdůrazňování informací v rámci tématu a jak celkově je téma prezentováno - jaký je interpretační rámec“ (Škodová, Červenka 2009: 11). Zkoumáním veřejného problému a jeho kontroverzí skrze rámce se zabývají např. Laws a Rein. Píší, že pomocí rámců vznikají zvláštní typy příběhů, které zaměřují pozornost a poskytují stabilitu a strukturu vypovídání diskursu o problému. Skrze tyto normativní příběhy aktéři vyjadřují své postoje, což pomáhá interpretovat nejisté a kontroverzní situace a jejich řešení (Laws a Rein 2003: 174).

Rámce interní se nachází v myslích jednotlivců. Mediální rámce ovlivňují tyto individuální rámce (Škodová, Červenka 2009: 11), proto se pokusím určit možný efekt

mediálního sváru na publikum zkoumáním strategií diskursů pro udržení a získání dominance. V internetových člancích budu zkoumat, jak definují problém, jak hodnotí příčiny a jaká navrhnou řešení. Primárně se zaměřuji na externí rámce, které se nachází v diskursu. „Na rámcování potom může být nahlíženo jako na strategie, prostředek konstrukce daného diskursu, nebo jako na vlastnost diskursu samotného“ (Pan, Kosicki in Červenka 2008).

Druhý stupeň nastolování agendy poukazuje na to, že přenos témat z mediální do veřejné agendy mohou ovlivnit struktury, které tento proces posilují, nebo jej také mohou oslabit (McComb 2004). Články neobsahují pouze fakta, ale také hodnotový rámec, který ovlivňuje, jak si je publikum interpretuje. Zaměřím se na to, jaké jsou v textech rámce, které lidem říkají, jak mají o problémech uvažovat (Kalvas a kol. 2012: 6). Identifikuji charakteristiky rámců diskursů - jaké objekty vyzdvihují, co opomíjí a co je v člancích bráno jako samozřejmost, jelikož i tím vymezují, co má být vnímáno jako důležité (Mcquail 2009).

4.3 Zdroj dat pro diskursivní analýzu

Nejdříve jsem četla články o porodu na internetových stránkách určených pro různé čtenáře, psané pro odlišné účely a odlišnými autory (od lékařských po nejnavštěvovanější české weby). Některé články doplňovaly diskuze s odkazy na další články a videa o porodech. V člancích jsem identifikovala celé kontinuum přístupů k vedení porodu. Krajními body byly: předem plánovaný porod císařským řezem, který nebyl prováděn ze zdravotních důvodů,¹³ a porod bez vnějších intervencí do průběhu porodu v prostředí, které si žena sama vybrala.¹⁴ V rámci kontinua jsou výrazné dva přístupy k asistenci při porodu v našem prostředí a to aktivně lékařsky vedený porod v porodnici a přirozený porod.

Konkrétní korpus pro analýzu tvoří články z webu České lékařské komory (ČLK), Unie porodních asistentek (UNIPA) a webu Emimino. Články ČLK obsahují popis porodu a argumentace pro aktivně lékařsky vedený porod. Naopak články UNIPY jsou materializovanými produkty diskursu přirozených porodů. Analyzované texty spojuje je stejné téma, ale odkazují na dva zdroje a ke dvěma odlišným diskursivním polím.

¹³O císařském řezu na přání byl např. článek *Porodník Pavel Calda: Císařský řez na přání je věc diskutabilní*. Dostupné z WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/deti/206640-porodnik-pavel-calda-cisarsky-rez-na-prani-je-vec-diskutabilni.html>>.

¹⁴Což byl např. článek o ženě, která rodila u řeky. *Video: Porodila u řeky - explicitní, něžné, dojemné*. Dostupné z WWW: <<http://zena.centrum.cz/deti/tehotenstvi-a-miminko/clanek.phtml?id=796933>>.

Jednalo se o nenáhodný výběr dat. Texty shodných diskursivních formací jsem našla i na jiných webech, ale počet článků o porodu na nich byl minimální. Výběr webů byl podmíněn i volným vstupem.¹⁵ Tyto podmínky byly splněny i u dalšího zdroje článků pro analýzu a to webu určeného široké veřejnosti Emimino. Stránky Emimino.cz jsem si vybrala proto, že jsou nejnavštěvovanějším českým webem o těhotenství, porodu a rodičovství¹⁶, některé stejné články, či jejich části jsem našla i na dalších webech. Až po samotné analýze, aby mě informace neovlivnila, jsem napsala do redakce dotaz, kdo je autorem těchto článků. Odpověděli: „Články v encyklopedii jsou dílem více autorů. Především se jednalo o mladé doktory“.

V jednotlivých sektorech jsem vyhledala články o porodu. Na lékařském webu ČLK je velké množství článků z různých lékařských oborů, proto jsem zde využila vyhledávání (zadala jsem slova porod, porozený, porodní aj.). Nalezené články byly přímo z webu ČLK a z jejich odborného měsíčníku *Tempus medicorum*, který také publikují na svém webu. Na dalších analyzovaných webech jsem články vyhledala podle sekce rozdělující články na témata. Na webu UNIPY jsem se orientovala na články ze sekce *pro rodiče* v kategorii *porod*. Z webu Emimino jsem analyzovala články ze sekce *encyklopedie*, kategorie *porod*. Jednotlivé články jsem přečetla a vybrala jsem z nich jen ty, které se týkaly vedení porodu. Vyřadila jsem např. články ze stránek ČLK o pitvách novorozenců a úhradě léčiv. Celkem jsem analyzovala 44 článků. Největší počet byl z webu Emimino, jelikož zde jsou kratší články, které jsou rozděleny v kategoriích pod mnoho jednotlivých podtémat.

¹⁵ Např. na webu České gynekologické a porodnické společnosti je nutná registrace, která je podmíněna i vyplněním odbornosti a místa pracoviště.

¹⁶ Např. za září 2013 byla návštěvnost webu Emimino 2 721 458 a za říjen 2014 byla 3 593 855. Dostupné z WWW: <<http://www.netmonitor.cz/verejne-vystupy>>.

5 Diskursy vedení porodu v českých internetových člancích

Nejdříve zvláště popíši podobu diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu a přirozeně vedeného porodu v jejich člancích. V další části se zaměřím na kontroverze vyskytující se ve střetu diskursů v pojmání porodu a jeho vedení a následně diskursy vzájemně porovnam.

5.1 Diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu

V člancích diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu je porod prezentován jako nepředvídatelný jev, který se během okamžiku může stát smrtelným ohrožením pro matku i dítě. „Porod je dynamický proces, který se může zkomplikovat v kterékoliv fázi svého průběhu. Kdykoliv může dojít k akutním komplikacím, bezprostředně ohrožujícím život“ (ČLK 2012). Proto je podle tohoto diskursu nutné porod vést ve zdravotnickém zařízení, které má materiálně technické vybavení pro diagnostiku rizikových a akutních stavů při porodu (ultrazvuk, kardiokotograf, základní laboratoř) a kde je operační sál s nezbytným personálním i technickým zázemím (operátérem, anesteziologem, krevní bankou aj.) (ČLK 2011).

Porody vedené v nemocnici jsou pro tento diskurs jediným způsobem vedení porodu „lege artis“. Odůvodňují je nemocničním zázemím a přítomností lékaře, jakožto nej kvalifikovanějšího zdravotníka, a argumentují nízkou mírou úmrtnosti novorozenců. Podle ČLK „všechny země tolerující domácí porody vykazují horší výsledky perinatální péče než Česká republika“ (ČLK 2012). Pro podpoření stanoviska je také zmiňován další subjekt, který stejně jako ČLK odsuzuje plánované porody mimo nemocnice, a to Česká gynekologicko – porodnická společnost.

V argumentaci diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu jsou zdůrazňována práva dětí. „Garantovat dětem nejvyšší dosažitelnou úroveň zdravotní péče. Tuto kvalitu v žádném případě nelze zajistit v domácích podmínkách“ (ČLK 2012). V člancích zdůrazňují, že o provedení zákroků pro podporu zdraví a života dítěte může rozhodnout lékař bez ohledu na rozhodnutí rodičů (Zemek, Doležal 2011). Spor o tom, zda se správně chránilo právo dítěte nebo bylo porušeno rodičovské právo, je tématem nejednoho článku v lékařském časopise (např. Sojka 2014, Rokosová 2013). Ve vztahu k novorozenci je porod v porodnici tímto diskursem argumentován také pro riziko komplikací, které mohou nastat v prvních hodinách a dnech po porodu. Není zde podporován ani tzv. ambulantní porod, kdy zdravá matka se zdravým dítětem odchází z porodnice několik hodin po porodu zpět domů (Sojka 2014).

V člancích diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu se čtenáři nedočtou o tom, že plánované porody mimo zdravotnické zařízení mají určité podmínky pro těhotnou ženu, dítě, porodní asistentku i zázemí. V souvislosti se zahraniční praxí je pouze zmíněno, že plánovaně se mimo porodnice vedou pouze porody s očekávaným fyziologickým průběhem (ČLK 2012). Jaké jsou výhody přirozeného porodu mimo nemocniční zařízení, články také nezmiňují, ale píší, že jsou pochybné a nemohou vyrovnat riziko, že je porod veden mimo porodnici.

Pouze v návrhu zákona o zdravotních službách z roku 2009, který ČLK komentuje, bychom našli nepřímou podporu pro přirozené porody doma a to v odstavci o návštěvní službě. „Návštěvní službou se rozumí poskytování zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí (...) kdy je poskytnutí zdravotních služeb tímto způsobem efektivnější“. Tento odstavec ČLK nechala zcela bez komentáře a výhody plánovaných porodů doma neberou zastánci lékařsky vedeného porodu, pro které je porod velmi rizikový, na zřetel zřejmě kvůli druhé části odstavce: „V rámci návštěvní služby lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, k jejichž provedení není nutné technické a věcné vybavení, které je dostupné výhradně ve zdravotnickém zařízení“ (ČLK 2009).

V zákonech, které jsou jmenované v člancích ČLK, se píše o právech pacientů na úctu, na soukromí a možnosti vybrat si poskytovatele služeb. Ovšem sociální a psychické potřeby týkající se porodu jsou pouze zmíněny v zákoně a v člancích lékařského diskursu o porodnické péči se o nich nepíše. V souladu s diskursivními pravidly (viz kapitola 2.1) nejsou v člancích diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu popsány nedostatky českého porodnictví. Články neinformují ani o alternativách vedení porodu. Např. porodní dům, kde v zahraničí běžně probíhají přirozené porody, je zmíněn jen okrajově v jedné větě. V textech tohoto diskursu, které porovnávají rizika různých alternativ porodní péče, se nepíše, že novorozenec či rodička mohou mít komplikace či zemřít i v nemocnici, ačkoli jsou oba monitorováni lékaři. Ovšem v člancích, které řeší stížnosti rodičů na postupy lékařů v porodnicích, se o úmrtí novorozenců, kteří byli pod dohledem lékařů a speciálních zařízení v nemocnici, dočteme (Sojka 2009).

Ani další rizika aktivně lékařsky vedeného porodu nejsou zmiňovány při řešení problematiky, kde a jak by měl být porod veden. O rizicích porodu v nemocnici se dočteme až v člancích odborně zaměřených na konkrétní medikamenty a lékařské postupy. Např. v člancích o používání anestetik se lze dočíst, že rutinně používané techniky v českém

porodnictví mohou mít negativní vliv na průběh porodu, konkrétně prodlužují 1. a 2. dobu porodní a také zvyšují pravděpodobnost, že porod bude dokončen operativně. Dále že medikace, které mají negativní vliv na porod, by mohly být nahrazeny přirozenými přístupy k porodu. Tyto články informují o tom, že některé lékařské zásahy do porodu vyvolávají potřebu dalších zásahů a že se jimi „zvyšuje výskyt instrumentálního ukončení porodu (vakuumextrakcí nebo východovými kleštěmi)“ (Státní ústav pro kontrolu léčiv 2007a, Státní ústav pro kontrolu léčiv 2007b).

Dále jsem se po vzoru Foucaulta zaměřila na subjekty v diskursu. Podle komentářů k zákonu o zdravotních službách si právo pronášet lékařský diskurs přivlastňuje ČLK. Na to, že standardy odborné zdravotní péče stanoví Ministerstvo zdravotnictví ČLK reagovala: „**Standardy poskytování odborné zdravotní péče jsou zcela zásadním dokumentem, jehož tvorba má být svěřena České lékařské komoře a její vědecké radě, České stomatologické komoře....**“ Podle ČLK má ona předpoklad pravdy nikoli Ministerstvo či jím pověřená organizace, kterou je podle ČLK myšlen Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, o němž napsali: „**pověřená organizace (patrně IPVZ) je pozůstatkem socialismu a měla by být ze zákona vypuštěna**“ (ČLK 2009 tučné v originále). ČLK zcela odmítá i rozhodnutí soudu, které kritizovalo jednání zdravotníků za jejich autoritativní postoje k rodičkám¹⁷ (Zemek, Doležal 2011).

Tento diskurs stvrzuje, že jedinečné postavení pro vedení porodu mají lékaři. Naopak postavení porodních asistentek je zde podřazeno lékařům. Porodní asistentky, které patří k zastánkyním diskursu přirozených porodů, byly ČLK osočeny z toho, že mylně informují ženy a tají jim možná rizika porodu doma o proti porodu v porodnici, což vnímají jako porušení zákona (ČLK 2012).

Institucionální pozice lékařů je oproti příznivcům druhého diskursu silná, ČLK je třetím nejvlivnějším aktérem ve zdravotnictví ČR. ČLK si je vědoma svého silného postavení a sebevědomě ho i reprezentuje. Článek, kde jsou reprezentovány výsledky o postavení aktérů, byl v lékařském časopise nazván *ČLK – nejvlivnější lobby ve zdravotnictví* (ČLK 2010). Dominantní vliv lékařského diskursu posiluje i přímé propojení ČLK s politickou

¹⁷ „Soud nemohl přehlédnout, že přístup zdravotníků k celé věci se netýkal toho, zda bylo dítě v ohrožení života, ale toho, že matka nechce na kontrolu do nemocnice. Je otázkou, zda přístup zdravotníků k alternativním lidem nebyl snahou je získat pod kontrolu tradičního systému zdravotní péče. Čeští zdravotníci se stále uchylují k autoritativním postojům“ (Soudce Ryška in Zemek, Doležal 2011).

moci. „Je pro nás výhodné, že senátorka dr. Dernerová je členkou představenstva komory a senátoři prof. dr. Žaloudík a ředitel pražské ZZS dr. Schwarz zasedají v naší vědecké radě. V Poslanecké sněmovně však v současnosti zasedá 19 lékařů a lékařek a v Senátu zasedá 12 lékařů a lékařek. Všichni tito zastupitelé jsou členy ČLK. Prezident komory pořádá v nepravidelných intervalech přátelská setkání tohoto neformálního lékařského poslanecko-senátorského klubu“ (Kubek 2012).

5.2 Diskurs přirozených porodů

Základním diskursivním pravidlem v člancích diskursu přirozených porodů je přístup k porodu jako k přirozenému jevu, který ve většině případů probíhá nekomplikovaně a do něhož se bez nutných zdravotnických důvodů nemá zasahovat. Tento diskurs se však orientuje především na porody s předpokládaným normálním fyziologickým procesem. Důležitým diskursivním pravidlem je tedy rozlišování na porody s vyšším rizikem komplikací, které by měly probíhat v nemocničním zařízení, a porody, u kterých se neočekávají komplikace a jejichž případné vyskytnutí rizik při správné péči popisují jako vzácné.

Porod je v člancích diskursu přirozených porodů popisován jako přirozená součást života, kterou každá žena prožívá individuálně a je pro ni jedinečnou zkušeností. V rámci tohoto diskursu je k ženám přistupováno individuálně a „je třeba respektovat přání rodičky“ (UNIPA 2010d). Porod je zde koncipován jako biopsychosociální jev. „Porod ovlivňuje psychická i fyzická kondice ženy, možné obavy z porodu i místo, kde se žena rozhodne porodit své dítě“ (UNIPA 2010e).

Podle tohoto diskursu většina porodů probíhá přirozeně (normálně). Ovšem během těhotenství či při porodu se mohou objevit komplikace. „Dle sdělení neonatoložky Magdaleny Weberové je pouze 10 až 12% porodů rizikových“ (UNIPA 2010b). „Účelem péče by mělo být rozpoznat každé riziko a na základě míry rizika zvolit pro každou ženu tu nejvhodnější péči“ (UNIPA 2010f). Tento diskurs je u předpokládaných nerizikových porodů otevřen jak porodům v porodnici, tak při splnění podmínek i plánovaným porodům v domácím prostředí. Mezi hlavní podmínky vyžadované tímto diskursem pro možnost plánovaného porodu mimo zdravotnické zařízení je, že žena i dítě jsou zdravé, během těhotenství nenastaly komplikace a

porod postupuje normálně.¹⁸ Pro ženy a děti, u kterých je větší riziko, že nastanou během porodu komplikace, porod mimo zdravotnické zařízení není vhodný.¹⁹

Co se týče prostředí, je v člancích zdůrazňováno, že „velice důležité pro zdárný průběh porodu a poporodní adaptace novorozence je teplo, klid a soukromí“ (UNIPA 2010c). Prvky přirozeného vedení porodu se snaží tento diskurs podpořit v domácích podmínkách i v porodnicích: „Zajištění klidného, vstřícného a **intimního prostředí ze strany zdravotníků** (...) Děťátko po porodu patří k matce, ať se narodí jakkoliv!“ (UNIPA 2010b, tučné písmo v originále).

Podle diskursu přirozeného porodu má být stejně jako v porodnici i při porodu doma přítomen vyškolený odborník (lékař či porodní asistentka), kteří rozpoznají případné komplikace, a důležité je zajistit péči pro matku a dítě i po porodu. „Porodu je přítomna kvalifikovaná porodní asistentka, která má zkušenosti s domácími porody. Porodní asistentka a rodička se vzájemně znají již z těhotenství (a mají představu, co od sebe očekávat). Je vypracován plán pro případný převoz do porodnice. Rodička je domluvená s konkrétním pediatrem, že převezme novorozené dítě do 24h po porodu do péče atd.“ (UNIPA 2010c). Budoucí rodiče, kteří se rozhodnou pro plánovaný porod doma, jsou upozorněni na to, že je čeká složité zařizování při přípravě podmínek pro domácí porod a následné zařizování po porodu i na pravděpodobné negativní reakce okolí.

Pro diskurs přirozeného porodu je důležitá otevřená komunikace a důvěra ženy v osobu, která porod vede. Podstatná je také kontinuální péče o ženu a dítě. Žena by si měla najít porodní asistentku či lékaře, kteří by jí poskytovali péči v těhotenství, při porodu i po porodu. Velice významným aspektem zde je důvěra ženy v samu sebe a své tělo, že dokáže porodit, a také v dítě, že se dokáže narodit. „Vaše tělo, které během devíti měsíců dokázalo „zrodit“ zázrak, ví nejlépe, jak tento zázrak poslat na svět“ (UNIPA 2010b). Pokud je porod veden přirozeně, tak „ženy při porodu instinktivně zaujímají polohy, které jim přinášejí úlevu

¹⁸ „Žena je zdravá – s ničím se neléčí, případný předchozí porod probíhal bez komplikací, v rodině se nevyskytuje závažné onemocnění, které by se mohlo projevit až v souvislosti s porodem, neužívá žádné léky, které by mohly ovlivnit průběh porodu. Těhotenství probíhá bez komplikací, žena pravidelně navštěvuje těhotenskou poradnu. Žena i její doprovod se na porod kvalitně připravují. Rodička je bytostně přesvědčena, že rodit doma chce a je to pro ni a její dítě bezpečná varianta. Děťátko je v děloze uloženo ‚hlavičkou dolů‘ (...) Hlavička miminka dobře naléhá na vchod pánevní, žena nekrvácí, odtékající plodová voda je čirá, kontrakce jsou kvalitní, ozvy srdíčka miminka jsou v pořádku, žena se cítí doma dobře a bezpečně“ (UNIPA c).

¹⁹ „Porod doma se nedoporučuje ženám s vysokým rizikem komplikací. Včetně žen se srdečními nebo ledvinovými chorobami, diabetem, vysokým krevním tlakem nebo ženám s komplikacemi během předchozího porodu. Kontraindikací k domácímu porodu je i vícečetné těhotenství či poloha miminka koncem pánevním. Všechny tyto situace musíte prodiskutovat s Vaší porodní asistentkou nebo lékařem“ (UNIPA f).

od bolesti (...) Úlevové polohy napomáhají k lepšímu průběhu porodu, tlumí bolesti, vedou k lepší děložní činnosti a sestupu dítěte do porodních cest“ (UNIPA 2010d). Tělo ženy se s bolestí dokáže také samo lépe vyrovnat (pomocí hormonů), pokud je ihned po porodu přímý a nepřetržitý kontakt matky s novorozencem tzv. bonding. **„Porodní bolest je přirozená a pozitivní součást porodu a je léčitelná porodní radostí – podporou kontaktu maminky a miminka po porodu“** (UNIPA 2010b tučné v originále).

Argumentem pro přirozený porod je sama schopnost zdravých žen porodit. Pro podpoření stanoviska je v diskursu odkazováno na zahraniční praxi: „V České republice na rozdíl od jiných států vyspělé západní společnosti (např. Německo, Rakousko, Velká Británie, Švýcarsko, Dánsko) není péče porodní asistentky při domácím porodu hrazena ze zdravotního pojištění“ (UNIPA 2010c). Zmiňovány jsou také WHO a EU a dále zahraniční výzkumy, ale odkazy na konkrétní výzkumy nejsou součástí článku a čtenář si je musí vyhledat v další sekci webu. V článkách jsou rizika vyskytující se u přirozeně vedených fyziologických porodů popsána jako vzácná, a je o nich informováno minimálně - že je potřeba přejít do porodnice a případný císařský řez by byl prováděn s časovou prodlevou (UNIPA 2010c).

Co se týče subjektů, je v článkách diskursu přirozených porodů nabízena možnost vedení porodu lékařem i porodní asistentkou a oba jsou popsáni také jako zdroje informací a rad. Ovšem s lékaři je v rámci tohoto diskursu dále spojováno riziko, že budou bez nutných důvodů zasahovat do procesu porodu, což může vést ke komplikacím. Celkově je personál v porodnici popisován jako schopný poradit si se vzácnými komplikacemi porodu a jako vhodný pečovatel pro ženy, u kterých je očekáván komplikovaný porod, avšak často nedodržuje přání rodiček o přirozeném porodu a rutinně do procesu zasahuje. Nepřímo je tedy jedinečné postavení pro pronášení diskursu a vedení porodu připsáno porodním asistentkám, jejichž institucionální postavení má však proti příznivcům kontradiskursu malý vliv (Darmopilová 2010). Sdružení porodních asistentek (UNIPA, Česká konfederace porodních asistentek, Česká společnost porodních asistentek a Gynekologicko-porodnická sekce České asociace sester) v současné době společně usilují o změny v českém porodnictví a v březnu 2014 podepsaly jejich zástupkyně memorandum o spolupráci (ČKPA 2014).

5.3 Svár diskursů v přístupu k porodu a porodní péči

Jak je vidět v předchozích dvou kapitolách, v článkách porodnických diskursů je samotný porod pojímán zcela odlišně. Z konceptů porodu následně odvozují rozdílné

podmínky pro zázemí, kde má porod probíhat. Postoje diskursy rozdílně argumentují a při tom přímo či nepřímo odkazují i na kontradiskurs. Domnívám se, že je zde důležité upozornit na zjištění z kapitoly 5.1, že diskurs aktivně lékařsky vedených porodů v člancích odkazuje na kontradiskurs výhradně ve spojitosti s vedením porodů mimo nemocniční zařízení. Vytěšňuje výpovědi o spolupráci a zlepšení podmínek pro přirozené porody v nemocnicích, celou kontroverzi tím směřuje pouze k domácím porodům.

Pro diskurs aktivně lékařsky vedených porodů jsou přirozené porody mimo zdravotnické zařízení zcela nepřijatelné z důvodu, že možné komplikace nelze řešit v domácím prostředí. Lékaři se obávají, že rozšíření domácích porodů by mohlo vést ke „zhoršení výsledků perinatální péče v ČR na úroveň méně rozvinutých zemí. Česká republika by tak ztratila kredit státu s vynikajícími výsledky v perinatologii, které jsou plně srovnatelné s nejvyspělejšími zeměmi světa“ (ČLK 2012). Domácími porody se podle zastánců lékařského diskursu zbytečně snižuje šance na zdraví a život pro dítě i matku a píší o nich jako o non lege artis: „Plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení je postupem v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“ (Kubek 2012).

Negativně se u nás tento diskurs vyjadřuje k přirozeným porodům také ve vztahu, kdo je vede, jelikož u nich (ať doma či v porodnici) poskytují péči většinou porodní asistentky, což je podle ČLK rizikové: „VR (vědecká rada pozn. autorky) ČLK definovala kompetence, které by mohly převzít za určitých podmínek porodní asistentky. Komora však v této souvislosti upozorňuje občany, že lékaři jsou nejvíce kvalifikovanými zdravotnickými odborníky a že přesun jakýchkoli kompetencí na méně kvalifikované odborníky **zvyšuje riziko poklesu kvality a bezpečnosti zdravotní péče pro pacienty**“ (Kubek 2012).

Diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu v našem prostředí usiluje o to, aby u nás na rozdíl od zahraničí nebyly porody mimo nemocnice „tolerovány“. Plánovaný porod mimo nemocnici je v člancích lékařského diskursu opakovaně a nekompromisně zavrhován. Prosazované podmínky tohoto diskursu o zázemí, kde má porod probíhat, jsou celkově proti přirozeným porodům, a to již zmíněným negativním postojem ke kvalifikaci porodních asistentek samostatně vést porod a dále tím, že chtějí, aby byl porod veden v nemocničním sále. „Jedinou zárukou řádného a bezpečného vedení porodu ‚lege artis‘ způsobem je v současnosti porodní sál“ (ČLK 2012).

Naopak diskurs přirozených porodů kritizuje dominantní praktiky v českých porodnicích a jako zdroj rizik porodu popisuje především lékařské zasahování do procesu

porodu bez nutných důvodů, které komplikuje jeho přirozený průběh, a je proto pak nutné do porodu lékařsky zasahovat. Podle jejich článků odborník nemá bez závažných důvodů do přirozeného procesu porodu zasahovat a tím napomáhá nekomplikovanému průběhu. „Důležité je, aby se žena vnitřně soustředila na porodní práci a nebyla rušena ani nikým jiným (úkony a vyšetření, které ženu odvádějí od soustředění na porod (např. vyplňování příjmových dokladů apod.) mohou někdy porod zastavit nebo zpomalit)“ (UNIPA 2010e).

Budoucí rodiče jsou diskursem přirozených porodů upozorněni, že v českých porodnicích nejsou vždy podporovány podmínky pro přirozené porody a zdravotnický personál nemusí sdílet jejich představu o porodní péči. V člancích je doporučeno sepsat si porodní plán a předem s ním seznámit vybrané zdravotnické zařízení a ujistit se, že zdravotníci z oddělení gynekologie i neonatologie mu jsou nakloněni. „Nelze spoléhat na štěstí v podobě osvětleného personálu, i když i na takový může rodička narazit. V řadách zdravotníků se velmi pomalu mění přístup a myšlení směrem k normě, nicméně je nutné se jako rodič na celou situaci připravit“ (UNIPA 2010b).

V naší společnosti tento diskurs upozorňuje na praktiky českých porodnic, které jsou prováděny pouze z rutiny a ne na základě současných vědeckých poznatků. „Při porodu jsou běžně užívány léky (...) rutinně bývá podáván oxytocin (...) rutinně se provádí puštění plodové vody při otevření na 3-4 cm, (...) nástřih hráze“ (UNIPA 2010c). Nevyhovující je v českých porodnicích podle článků diskursu přirozených porodů stále podpora bondingu. Většina žen a dětí v českých porodnicích nemají okamžitý a nepřetržitý kontakt, tzv. bonding, ale jsou od sebe separovány pro měření a vážení. „V ideálním případě by dítě mělo být ošetřeno na těle ženy a nahé položeno na břicho matky“ (UNIPA 2010e), tím je „u obou vyplavován oxytocin, který matce i dítěti pomáhá překonat stresující situaci porodu“ (UNIPA 2010b).

Tento diskurs se zaměřuje na kontroverzi lékařských zásahů do normálně probíhajícího porodu. Pokud je do procesu zasahováno, je podle tohoto diskursu narušena přirozená schopnost porodu. „České zdravotnictví stále preferuje zaběhlou rutinu upřednostňující oddělování dětí od matek před přirozenými potřebami matky a dítěte (...) **Pouze asi třetina rodiček** a jejich dětí zažije alespoň částečnou podporu bondingu ze strany zdravotníků (...) Dítě po separaci, ošetřeno mimo matku a zabaleno, spí. Iniciace ošetřením mimo matku vedla k naprostému vyčerpání a došlo k narušení podpory bondingu a narušení iniciačního kontaktu, matka fixuje dítě pohledem, ale toto spí a nevrací jí pohled, což stimuluje vyplavování oxytocinu pouze v omezené míře (...) V české legislativě neexistuje

zákon, nařízení, předpis, který by nařizoval oddělení dítěte od matky za účelem jiného zásahu než je zásah zachraňující život. Neexistuje ani žádné pravidlo, existuje jenom rutina“ (UNIPA 2010b tučné písmo v originále). Články diskursu přirozených porodů upozorňují dále na to, že čeští lékaři vyžadují vlastní pravidla a rutinu také při odchodu žen a dětí z porodnice, a tím komplikují ambulantní porody (UNIPA 2010a).

V českých internetových člancích diskurs přirozených porodů kritizuje praktiky porodnic, a že ženám rodícím mimo zdravotnické zařízení je odpírána odborná porodnická péče. Příznivci tohoto diskursu usilují o to, aby i v ČR ženy měly možnost mít asistenci při porodu od vyškoleného odborníka i mimo nemocnici, což je hlavní kontroverzí mezi diskursy vyskytující se v člancích, jelikož diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu tyto porody netoleruje.

5.4 Srovnání diskursů vedení porodu

V diskursu aktivně lékařsky vedeném porodu je zdůrazňováno především riziko a nevyzpytatelnost porodu. Jsou popisovány porodní komplikace, které ohrožují zdraví a život dítěte i matky. Rizika porodu jsou argumentem pro aktivně lékařsky vedený porod v nemocnici, jelikož podle tohoto diskursu ochranu před ohrožením poskytuje jedině lékař v nemocnici. Dalším využívaným argumentem tohoto diskursu je odkazování na statistiky úmrtnosti. Co se týče perspektivy vedení porodu do budoucnosti, tak ČLK **„odmítá organizační změny v porodní péči, jejichž realizace by mohla ohrozit výsledky řadící české porodnictví mezi nejvyspělejší země světa“**. Jako ohrožení výsledků označili plánované porody doma, které jak sami napsali „v žádném případě“ neschválí a chtějí, aby u nás na rozdíl od zahraničních zemí nebyly porody mimo nemocnice ani „tolerovány“. Budoucnost vidí v přirozených porodech v nemocnicích **„v řádně personálně i technicky vybavených porodnicích, které rodičkám zajišťují příjemné prostředí“** (ČLK 2012, tučné písmo v originále).

V diskursu přirozeně vedených porodů je zdůrazňována především schopnost ženy porodit a vyrovnat se s bolestí a stresem z porodu. Argumentem je zdůraznění důležitosti samotné nezasahující asistence při porodu, která ovlivňuje zdravotní stav ženy a dítěte i navázání jejich vztahu. Velmi je propagován např. bonding, který napomáhá vytvořit vazbu mezi matkou a dítětem a přirozeně podporuje vyplavování hormonů, což napomáhá průběhu třetí doby porodní a celkovému zotavování po porodu. Argumentováno je zahraniční praxí, kde jsou přirozené porody včetně domácího porodu uznávány a v různé míře i hrazeny.

Zahraniční vzor, kdy si ženy mohou vybrat místo a způsob vedení porodu, je pro zastánce přirozených porodů vyhlíženou perspektivou českého porodnictví.

Lékařský diskurs u vedení porodu přehlíží psychické a sociální aspekty. V tomto diskursu nejsou brána v úvahu práva žen na svobodné rozhodnutí o způsobu vedení porodu. Texty toho diskursu nenaplňují normativní očekávání různorodosti, která souvisí s otázkou „jak věrohodně média reflektují život společnosti v jeho plnosti“. Tyto články nenabízí informace o různých podobách péče při porodu, nesnaží se „reflektovat bohaté spektrum oblastí“, ale zajímá se pouze o „omezený výsek témat (...) a diktují jen velmi omezený výběr“ (Trampota 2010: 100).

Naopak diskurs přirozených porodů v člancích píše o různých podobách asistencí a poskytuje informace porovnávající výhody a rizika porodů doma a v nemocnici. Zabývá se psychickými, fyzickými i sociálními aspekty porodu a vnímá jejich vzájemnou propojenost. Kromě fyzických procesů se texty zabývají také pohodlím a pocity ženy i dítěte. Píší o lásce, radosti, pocitech štěstí a síly. Ženy jsou vyzývány, aby si užily první kontakty s dítětem a navázaly úzký vztah. V tomto diskursu je naopak věnován malý prostor biologickým rizikům porodu a zaznamenala jsem zde absenci upozorňování na samotná práva dětí, ta jsou zde spojována s právy matky.

Lékařský diskurs vnímá zvlášť ženu jako pacientku a zvlášť dítě, přistupuje k nim jako ke dvěma samostatným jednotkám, které mají každá své potřeby, ale oba jsou ohroženi riziky porodu. V tom se odráží i priorita tohoto diskursu - zachovat život a zdraví ženy a odrodit zdravé dítě. V diskursu přirozených porodů jsou matka s dítětem vnímány více dohromady a jako prioritu tohoto diskursu jsem identifikovala zdravou a šťastnou maminku s milujícím a zdravým dítětem, které se u ní cítí bezpečně.

V diskursu aktivně lékařsky vedeném porodu o způsobu vedení porodu rozhoduje lékař, ostatní jsou jeho rozhodnutím podřízeni. V druhém diskursu je důležitá komunikace a důvěra v odborníka. Žena se s odborníkem zná a cítí se v bezpečí. Diskurs přirozeného porodu legitimizuje profesní postavení porodních asistentek, které jsou podle něho schopné vést samostatně fyziologické porody s normálním průběhem. V tomto diskursu nejsou porodní asistentky podřízeny lékařům, ale jsou kolegové, kteří mají mít rozdílné náplně práce. Lékaři mají vést rizikové porody a vykonávat porodnické operace a porodní asistentky mají vést fyziologické porody. Ani ženy nejsou v tomto diskursu podřízeny lékařům či porodním

asistentkám. Naopak jsou to právě ženy, jejichž tělo dokáže porodit a které mají na základě informací rozhodnout o podobě porodní péče.

V textech na sebe diskursy přímo i nepřímo odkazují. Lékařským diskursem jsou za propagátory přirozených porodů vedených doma označeny některé porodní asistentky a laici, na které je odkazováno jako na šířitele negativních jevů, kteří ohrožují zařazení českého porodnictví mezi nejvyspělejší země světa a kteří zatajují informace a lžou těhotným ženám. Porodní asistentky jsou v článcích označeny za méně kvalifikované pro poskytování porodní péče a ženy, které se rozhodnou pro porod mimo nemocnici, jsou popsány jako nerozumné, které pro pochybné výhody zbytečně ohrožují sebe a dítě (ČLK 2012).

Diskurs přirozených porodů usiluje o spolupráci všech aktérů a potvrzuje důležitost nemocničního zázemí a lékařů zejména pro vedení komplikovaných porodů. Ovšem negativně se vyjadřuje o aktivně lékařsky vedeném porodu u zdravých žen a dětí. V jejich článcích je kritizována česká porodnická praxe za rutinní praktiky, které narušují přirozený proces porodu a mají negativní vliv na matku i dítě. Praxe v českých nemocnicích je tedy podle diskursu přirozených porodů v rozporu s právy a potřebami žen a dětí. Personál nemocnice, který vede porod přirozeně je v článcích označen jako osvícený.

Shodný postoj obou diskursů jsem identifikovala v názoru, že je třeba změnit praxi v českých porodnicích, aby „**rodičkám zajišťovaly příjemné prostředí**“ (ČLK 2012 tučné v originále). Oba diskursy vyžadují určité materiální zázemí pro porod a shodují se v postoji k neasistovaným porodům (freebirth). Neasistované porody oba diskursy odmítají, jelikož zdůrazňují potřebu přítomnosti odborníka, který rozezná případné komplikace a rozhodne o podobě porodní péče. V odpovědi na to, kdo by měl být odborníkem a jakou péči by měl poskytovat, se ovšem diskursy liší. Rozdílný je také jazykový projev diskursů. Texty aktivně lékařsky vedeného porodu jsou psány autoritativním stylem, který direktivně prosazuje jen porod v nemocnici a alternativy kritizuje viz následující tabulka srovnávající diskursy. Diskurs přirozených porodů má informační charakter, nabízí srovnání rizik a výhod různých způsobů vedení porodů.

Tabulka č. 1: Srovnání diskursů vedení porodu v českých internetových článcích

	Diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu	Diskursu přirozeného porodu
Vnímání porodu	Nepředvídatelný rizikový jev, který se kdykoli může stát smrtelným ohrožením pro matku i dítě	Přirozená jedinečná zkušenost
Uznávané místo pro porod	Nemocniční porodní sál s technickým a personálním vybavením.	Porodnice Porodní dům Při splnění podmínek i plánované porody doma
Argumenty	Statistika úmrtnosti Práva dětí Pravomoc a povinnosti lékaře	Zahraníční praxe Doporučení WHO a EU Kritika rutinní praxe českého porodnictví Výzkumy o bezpečnosti porodu mimo nemocnici
Porodní péči má poskytovat	Lékař či porodní asistentka	Lékař či porodní asistentka, kteří poskytují péči v těhotenství, při porodu i po porodu a žena jim důvěřuje
Vnímání lékaře	Nejkvalifikovanější zdravotnický odborník	Kvalifikovaný odborník pro komplikované porody. Zdroj možných zásahů do přirozeného procesu porodu a tedy rizik
Vnímání porodní asistentky	Méně kvalifikovaný odborník	Odborník kvalifikovaný pro samostatné vedení normálních fyziologických porodů
Vnímání rodící ženy	Pacientka	Zdravá žena je schopná porodit bez medikamentů a lékařských zásahů
Cíl, priorita	Zachovat život a zdraví ženy a odrodit zdravé dítě	Zdravá a šťastná maminka s milujícím a zdravým dítětem, které se u ní cítí bezpečně
Odkazují na	Českou gynekologicko-porodnickou společnost Své postoje Statistiky	Konkrétní odborníky a akce podporující přirozené porody Zahraníční praxi (Británie aj.) Doporučení WHO a EU
Kritizované jednání	Ambulantní porody Porody mimo zdravotnické zařízení Propagace přirozených porodů mimo nemocnice a argumentování zahraniční praxí	Zasahování do přirozeného procesu porodu bez závažných důvodů (vyrušování ženy, neposkytnutí jí volnosti pohybu, oddělování dětí od matek aj.)
Očekávaná perspektiva	Porody v nemocnici, kde je příjemné prostředí	Rozšíření alternativ poskytování porodní péče a zlepšení jednání personálu v porodnicích
Jazykový projev	Jednoznačný, sebevědomý Autoritativní styl striktně prosazující jen porody v nemocničním zařízení	Informační charakter Poskytuje informace o alternativách, aby se ženy rozhodly o podobě porodní péče

(Zdroj: UNIPA 2010 a ČLK 2011)

6 Vliv diskursů vedení porodu

Pro zjištění vlivu diskursů vedení porodu se nejdříve zaměřím na nejnavštěvovanější český web o těhotenství a porodu. Zjistím, jaký obraz porodu a jeho vedení je budoucím rodičům předkládán a jakým diskursivním pravidlům je podřízen. Určím, jaké diskursivní moci texty podléhají a které stopy diskursů soupeřících o nadvládu je zde možné identifikovat (Wodak, Meyer 2009: 9, 10). Dále se zaměřím na to, jak aktéři legitimizují své postoje, jak diskursy prezentují rizika porodu a jeho vedení, jaký jazykový styl je v článcích využívána jaký je možný efekt na čtenáře.

6.1 Popis článků nejnavštěvovanějšího webu o porodu a rodičovství

V článcích webu Emimino se o porodu píše jako o jevu, u kterého lze předvídat riziko a může být rozdělen na rizikové a nerizikové. Upozorňují, že mohou nastat i nepředvídané komplikace. Budoucí rodiče jsou webem Emimino informováni, že většina porodů je nekomplikovaných, ale v článcích jsou spojovány především se strachem, s bolestí a možnými riziky.

Porod je v článcích popsán postupně podle porodních dob: Od první doby porodní „je žena umístěna na porodním sále, kde je průběžně kontrolována porodními asistentkami i lékařem. V první polovině se ještě může, pokud to její stav dovoluje, pohybovat i mimo lůžko. V případě nutnosti je již v první době porodní zahájena terapie bolesti (analgezie) (...) Někdy při slabých děložních kontrakcích se podává látka ovlivňující sílu kontrakcí. Jedná se o oxytocin, což je hormon nejvíce ovlivňující průběh porodu“ (Emimino 2014a). V druhé době je „oproti první době porodní přítomný po celou dobu lékař, neboť v případě komplikací je v ohrožení život rodičky i dítěte“ (Emimino 2014c) „Neodkladně po porodu jsou novorozenci odsáty hleny z dýchacích cest, **podváže se pupečník a přestřihne se**. Pro novorozence začíná samostatný život, ale pro matku porod ještě pokračuje (...) Pro usnadnění porodu placenty se po porodu plodu podává hormon **oxytocin** pro zvýšení síly kontrakce. I ve třetí době porodní se můžou vyskytnout komplikace. Nejčastější komplikací je, že se **děloha zcela nevyprázdní**“ (Emimino 2014m tučné v originále).

Články se zmiňují o různých způsobech vedení porodu, ale jako místo, kde má porod probíhat je prosazována pouze porodnice. Argumentem pro lékařsky vedený porod v nemocnici je personální a materiální zázemí, které umožňuje řešení případných rizik.

Porodnice jsou ovšem v člancích často popisovány jako zdroj strachu pro ženy, který je zdrojem komplikací porodu.

Podle článků si však lékaři medikamenty poradí s bolestí i se strachem žen: „Porod a jeho vedení patří do rukou lékařů – specialistů, kteří aplikují vhodné látky k potlačení bolesti, k uklidnění apod.“ (Emimino 2014d). Až v dalších člancích se dočteme, že řešení mohou nabídnout i přirozené způsoby vedení porodu, jejichž výhodou oproti medikamentům je, že „při užití těchto metod **odpadá vliv léčiv** na ještě nenarozené dítě.“ Odstranění strachu a psychická pohoda ženy má napomoci bezproblémovému průběhu porodu a „pokud je v klidu, lépe spolupracuje s porodníkem a jsou také menší bolesti“ (Emimino 2014i tučné v originále).

Články odkazují na normálnost a přirozenost: „Strach z porodu mají všechny těhotné ženy a je to zcela normální (Emimino 2014k). „Většina porodů se děje přirozenou cestou (...) Porodní bolesti jsou zcela přirozený jev, který má své opodstatnění. Stimulují ženu ke správné spolupráci při porodu, a napomáhají tak ke správnému průběhu porodu“. Jako přirozený porod je popsán alternativně vedený porod v porodnicích, kdy je vyhověno některým přáním rodičky, které jsou proti běžné porodnické praxi. „Alternativním porodem se označuje **jiný způsob porodu, než je klasický** (roky zavedený) průběh u ženy v poloze na zádech s aktivním vedením porodu lékařem v porodnici (...) má **zmírnit stresový vliv** z nemocničního prostředí a vnímání porodu, jako lékařského zákroku“ (Emimino 2014b, tučné v originále)

V člancích tohoto webu jsou zmíněny některé alternativy vedení porodu: „Jde v podstatě o pokusy zpříjemnit porod ženě, aby se cítila uvolněná a spokojená. Patří sem porody do vody, intimnější prostory vyčleněné v porodnici pro porod nebo možnosti přirozeného porodu (žena si volí polohy, ve kterých se jí lépe rodí). Jako alternativní, je označován také **porod doma** (obecně mimo porodnici), což ovšem není akceptovatelná forma porodu. Je příliš nebezpečný pro ženu i dítě“ (Emimino 2014l, tučné v originále). Porody mimo zdravotnické zařízení jsou v těchto člancích popsány jako život ohrožující. „Porod doma z těchto důvodů **není uznáván jako správná alternativa porodu**. Přesněji spadá do kategorie **non lege artis** (jednoduše je to dle soudobého stavu lékařské péče chybný postup)“ (Emimino 2014g, tučné v originále).

Texty ukazují nejednoznačnost, různorodost i odporující si názory odborníků, což je nejpatrněji vidět v článku o používání homeopatik při porodu: „Mezi odbornou i laickou veřejností panují spory o užívání homeopatik, jejich účinnosti (...) Homeopatika ale můžeme

považovat za látky účinné a to i přesto, že řada odborníků a laiků jejich užívání nedoporučuje“ (Emimino 2014d).

V člancích chybí informace o ambulantních porodech a porodních domech. U článků není uváděn zdroj informací, odkazováno není na vědecké výzkumy ani na konkrétní organizace. Texty zmiňují pět aktérů: rodičku a jejího partnera (doprovázející osobu), dítě, porodní asistentku a lékaře. S rodičkou je spojován strach z porodu, při porodu cítí bolest, a pokud bude v klidu, lépe spolupracuje s porodníkem. Jestliže se rozhodne pro porod mimo nemocnici, je podle článků nerozumná a svévolně ohrožuje sebe a dítě. Doprovod má rodiče v nemocnici dát podporu, pomáhá jí uklidnit se a zbavuje ji strachu „Doprovod také může být pro některé ženy jakýmsi ujištěním, že se nemusí bát zdravotníků“ (Emimino 2014e).

Porodní asistentka podle těchto textů může sama vést fyziologické porody v nemocnici, ovšem podle některých článků má být kvůli možným rizikům vždy přítomen u druhé doby porodní lékař. Porodník je popisován jako odborník, který si lehce poradí s možnými komplikacemi, medikamenty zmírní stres a bolest rodičky. Lékař rozhoduje o způsobu vedení porodu a bez jeho přítomnosti jsou žena i dítě porodem ohroženi na životě. „V průběhu porodu dochází k mnoha situacím, které jsou porodníkem často snadno řešeny, ale bez jeho přítomnosti mohou znamenat akutní ohrožení života“ (Emimino 2014g).

Ačkoliv některé články píší o různorodosti odborného lékařského názoru, jsou jednotlivé články psány autoritativním stylem a bez prostoru k diskusím. Striktní je především kritika, pokud rodiče odmítnou lékařsky vedený porod a zvláště pokud se rozhodnou pro porod mimo nemocnici, i když si zajistí odborné vedení. Zajímavé je, že v těchto člancích je jako důvod, proč si rodiče vyberou porod mimo porodnici, uveden strach z porodu: „Porody bez lékaře, porody doma jsou jednoznačně špatným řešením strachu z porodu. Jsou pro ženu velmi nebezpečné. Navíc by si těhotná žena měla uvědomit, že neohrožuje jen svůj život, ale ohrožuje především život dítěte“ (Emimino 2014b, tučné v originále).

6.2 Vliv diskursů vedení porodu na internetové články

V člancích z nejnavštěvovanějšího českého webu o těhotenství a porodu Emimino se objevují některé aspekty diskursu přirozených porodů, např. rozdělení na předpokládané nerizikové porody a porody s vyšším rizikem ohrožení. Jsou zde popsány i některé prvky přirozeného porodu: „K uklidnění rodičky přispívá především větší volnost rodičky, která si *sama určuje polohu*, ve které chce родit (instinktivně zaujímá pro ni nejméně bolestivou

polohu). Při větší volnosti je rodička uvolněná, porod postupuje snáze a bolest je nižší“ (Emimino 2014j, kurzíva v originále). Zmiňovanou výhodou je také, že při přirozeném porodu není dítě ovlivněno medikamenty a žena není stresována nemocničním prostředím, což napomáhá nekomplikovanému průběhu porodu.

Jsou zde nepřímé odkazy, že asistence prováděná podle diskursu přirozeného porodu snižuje riziko a že lékařské zásahy mohou vyvolat vlnu potřeb dalších zásahů do porodu: „Nezbytnost porodních bolestí byla ověřena při použití metod **porodní analgezie** (tlumení bolesti). V případech, kdy byla bolest potlačena úplně, bylo nutno přistoupit k **instrumentálnímu dokončení porodu**“ (Emimino 2014i, tučné v originále).

Tyto prvky z přirozeného diskursu jsou ovšem potlačeny celkovým sdělením článků, že porod je velmi rizikový a vždy má být veden v nemocnici, jelikož bez lékaře je ohrožen život matky i dítěte. A zda bude vyhověno přání rodičů o podobě porodní péče, záleží na rozhodnutí lékaře z konkrétní porodnice. V člancích tohoto českého populárního webu celkově převládají fragmenty náležející diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu. V člancích jsem identifikovala jeho diskursivní pravidla, např. prezentaci porodnice jako jediného možného místa pro porod, oddělené vnímání dítěte a matky, zdůrazňování práv dítěte a kvalifikace lékaře.

Jako norma porodní péče je čtenářům překládán aktivně lékařsky vedený porod v nemocnici. Jako běžný či klasický je popsán porod aktivně vedený lékařem či porodní asistentkou v nemocničním sále, přičemž je jako normální prezentováno omezení pohybu rodičů ženy a podávání medikamentů a hormonů při porodu (analgezie, oxytocin) a další lékařské praktiky. Odlišnosti od tohoto vedení jsou popsány jako alternativní porody, které nabízí některé porodnice. „Ať už jsou přání rodičky směrem k přirozenému porodu jakákoliv, nakonec vždy musí jít během porodu o **rozumný kompromis** (pro lékaře medicínsky přijatelný) mezi jejími přáními a běžným způsobem porodu v porodnici“ (Emimino 2014j, tučné v originále).

6.3 Strategie diskursů pro udržení a získání dominance a vlivu

Aby byl veřejný problém řešen, je třeba ho nejdříve formulovat, což je nejdůležitější, ale zároveň i nejkontroverznější fázi (Veselý 2005: 12). Podobu kontroverze o péči při porodu ovlivňují zastánci obou diskursů, kteří zdůrazňují odlišné hodnoty, využívají rozdílnou argumentační strategii i jazykový styl. Vztah a vliv mezi diskursy může být popsán jako

ne/vzájemná kritika (Nohejl 2007) či komentář. Komentář dovoluje tvořit nové diskursy. „U mnoha závažných textů dochází k porušení a k vymizení a první místo někdy zaujmou komentáře“ (Foucault 1994: 14). Na našem území byl porod dříve pouze záležitostí žen, nyní jsou nejvyšší pozice rozhodující o porodnictví obsazeny muži. Porodní asistentky se staly v profesním souboji až těmi druhými (Hřešanová 2012: 179, 184)

Diskursy jsou skrze procedury vylučování organizovány do podoby institucionalizovaného vědění a jimi získávají vliv. Foucault charakterizuje tři procedury vylučování, které se objevují v naší společnosti: zákaz slova, dělba na šilenství (podíl a završení) a vůle po pravdě (dělení na pravdivé a falešné). Nejzřejmější a nejznámější je zákaz. Kdokoliv nemůže mluvit o čemkoliv, nemůžeme mluvit o všem za jakýchkoli okolností. Principem podílu a završení Foucault popisuje, že ve společnosti je určitý protiklad rozumu a šilenství. Ve společnosti vznikají nové instituce a mění se podmínky dělení, kdo má pravdu a kdo bude vyslyšen. Třetím systémem vylučování diskursu je protiklad pravdivého a falešného, o něm Foucault hovoří jako o vůli po pravdě. Vůle popravdě se opírá o institucionální oporu, je posilována pedagogikou, knižním systémem, laboratoří aj. „Vůle po pravdě, jež se opírá o jakousi institucionální podporu a distribuci, směřuje k tomu, aby vykonávala nad jinými diskursy - mluvím stále o naší společnosti - jakýsi nátlak a jakoby donucovací moc.“ (Foucault 1994: 9-13)

Vliv diskursů ovlivňuje také rituál, který určuje kvalifikaci, jakou musí mít jedinci, kteří hovoří, a stanovuje předpokládaný nebo vnucený účinek slov a jejich působení na ty, k nimž se obracejí (Foucault 1994: 21). Určitý systém vědění se může stát silnějším díky mocenské základně a využitím taktik legitimizovat jejich vědění jako jediné správné, kdy se snaží degradovat ostatní systémy vědění jako chybné a škodlivé (Hřešanová 2012: 184).

Z těchto východisek můžeme konstatovat, že výrazně silnější institucionální podporu má v naší společnosti diskurs aktivně lékařsky vedených porodů. Lékaři jsou těmi, „kdo má pravdu a kdo je vyslyšen“. A zastánci diskursu přirozených porodů jsou v člancích dominantního diskursu prezentováni jako nerozumní a škodliví, jejichž argumenty není třeba se zabývat.

6.3.1 Ospravedlnění postojů

Diskursy vedení porodu jsou při sporu o správné porodní péči vystavovány veřejné kritice a v provázejících kontroverzích aktéři ospravedlňují své postoje, hájí nesouhlas,

argumentují a případně dochází ke shodě odvoláváním se k uznávaným principům. Boltanski s Thévenotem (De la justification 1991) a později s Chiapello (Lenouvel esprit du capitalisme 1999) píší o režimech ospravedlnění, na které aktéři při veřejném sporu odkazují. Režimy jsou proměnlivými konstrukty, mají historickou povahu a podléhají změnám v čase. Režimy jsou použity podle charakteru situace pro ospravedlnění i kritiku (Boltanski 2010: odst. 1,2, 11).

Ve sporu o porodnickou péči jsem v člancích obou diskursů identifikovala občanský režim ospravedlnění, který vychází z kolektivní vůle (Boltanski 2010: odst. 4). Oba diskursy tímto režimem ospravedlňují své jednání, když ho prezentují jako snahu o zachování zdraví žen a dětí. Lékařský diskurs se odvolává na práva dětí na život a zdraví a kontradiskurs zmiňuje práva žen na svobodnou volbu porodní péče. U režimu proslulosti podpora argumentů vzniká z „názoru druhých, totiž z počtu lidí vyjadřujících důvěru a uznání“ (Boltanski 2010: odst. 4). Lékařský diskurs legitimitu postoje zesiluje odkazem na Českou gynekologiko-porodnickou společnost, která také uznává pouze nemocnice za legitimní místo pro porod. Diskurs přirozených porodů ospravedlňuje svá tvrzení odkazem na EU, WHO a zahraniční praxi.

V diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu je důležitý průmyslový princip ospravedlnění. Tento režim se „odvíjí od výkonnosti, přičemž sestavuje stupnici profesionálních schopností“ (Boltanski 2010: odst. 4). Podle článků diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu „jsou lékaři nejvíce kvalifikovanými zdravotnickými odborníky“ a profesionální schopnost porodních asistentek je zpochybňována (Kubek 2012). Tímto režimem ospravedlňují svoji schopnost i porodní asistentky hlásící se k diskursu přirozených porodů, kdy se prezentují jako schopné samostatně poskytovat péči při fyziologických porodech a čtenáře naopak upozorňují na rizika porodu spojená s lékaři.

Diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu celou kontroverzi směřuje pouze k porodům mimo nemocniční zařízení a v člancích neartikuluje ostatní nedostatky českého porodnictví. Což může pomoci vysvětlit poznatek Boltanskiho a kol., že „změna v režimech ospravedlňování se zdá být většinou svázána s utvářením skupin aktérů, kteří usilují o své osvobození od překážek stávících se do cesty tomu, aby si udrželi výhody, jichž užívají (...) Aktéři, pro které jsou tyto posuny příznivé, se pak pro sebe mohou snažit vytvořit a ostatními nechat uznat tu hodnotu nebo velikost, která nejlépe charakterizuje způsob, jakým zasahují do světa a jakým mu propůjčují svébytný morální rozměr (...) Tato *legitimizace* jde ruku v ruce s ustanovením norem (často s pomocí předpisů právního typu) tak, aby bylo možné rozpoznat

morálně přípustné způsoby užití nových zdrojů od nemorálních“ (Boltanski 2010: odst. 43-51). Lékařský diskurs má v naší společnosti dominantní moc, kterou se snaží udržet. A tím, že pozornost vztahuje pouze k domácím porodům, navozuje dojem, že celý problém českého porodnictví se týká právě porodů mimo nemocnice. Důsledkem a použitím práva může být interpretována pokuta, která hrozí za poskytnutí péče při porodu mimo nemocnici.

Boltanski upozorňuje také na to, že konstrukce užívané v argumentech, musí být konfrontovány s realitou, což označují jako „zkoušky“ a rozlišují zkoušky měřící sílu a legitimizující. Zkoušky propůjčují sílu argumentům a nezpochybnitelnost (Boltanski 2010: odst. 3). V tomto smyslu získal lékařský diskurs svou moc, když při svém rozmachu poukazoval na snižující se statistiky úmrtnosti novorozenců a rodiček. Ovšem v dnešní době nenabízí jediný výzkum o tom, že by porody v nemocnicích byly bezpečnější, než jsou za splnění určitých podmínek porody mimo nemocnice.

Vztah zkoumaných diskursů můžeme popsat jako vzájemnou přímou i nepřímou kritiku. „Kritika odhaluje vše, co se v těchto zkouškách vymyká spravedlnosti. Především odkrývá skryté síly, které na těchto zkouškách parazitují, a odhaluje nezasloužená zvýhodnění, kterých někteří požívají“ (Boltanski 2010: odst. 50). Diskurs přirozených porodů kritizuje lékařský diskurs za „nesplnění zkoušky“ a snaží se ho v člancích zpochybnit. Kritizuje dominantní praxi i za rutinní péči v nemocnicích, která také není v souladu s nejnovějšími poznatky. Kritika je směřována na to, že „vědecké poznání mělo údajně tradici překonávat, ale ve skutečnosti se samo stalo zvláštní tradicí“ (Giddens 2000: 45).

6.3.2 Konstrukce rizik v diskurzech vedení porodu

Rizika jsou důležitá v obou diskurzech vedení porodu, jejich konstrukce je však rozdílná. Každá zainteresovaná strana se pokouší obhájit tím, že podává určité definice rizik, aby tak odsunula rizika, která by se mohla dotknout její vlastní peněženky“ (Giddens 2010: 40). Pokud někdo chce na určitá rizika upozornit, musí získat širokou publicitu (Giddens 2000). K tomu jsou využívána média, která veřejnosti nejen předkládají o čem přemýšlet, ale určitou prezentací tématu říkají i jak o tom přemýšlet. V člancích jednotlivých diskursů jsou porody zasazeny v rozdílných rámcích a jsou zdůrazněny odlišné aspekty. V procesu rámcování se aktéři snaží prosadit své vidění problému v souladu s jejich potřebami (Trampota 2006: 123). Je také důležité připomenout si, že rizika, která některé poškozují, jsou naopak pro jiné zdrojem zisku. Rizika se mohou stát velkým byznysem, pro ty, kteří je umí využít (Beck in Keller 2011: 161).

Pro diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu je riziko ústředním konceptem, od něhož se odvíjí základní diskursivní pravidla. Samotný porod je v tomto diskursu pojat jako rizikový jev. Je popsán jako nevyzpytatelný děj, který kdykoli může ohrozit na životě matku i dítě. Od rizika porodu se odvíjí argumenty, požadavky a legitimita tohoto diskursu i kritika odlišných diskursů. Pravděpodobně právě rizikovou reprezentací porodu a zdůrazněním kvalifikace lékařů si udržuje tento diskurs dominantní pozici v naší společnosti. Rizika jsou využívána k potvrzení legitimacy zavedeného práva a pořádku, přitom se využívá jejich odstrašující funkce (Douglas 1992: 29).

„Riziko je mobilizující hnací silou společnosti, která si přeje změnu - která chce svoji budoucnost určovat, a ne ji nechávat na náboženství, tradici nebo rozmarech přírody“. (Giddens 2000: 37). V tomto významu je riziko porodu prezentováno v diskursu aktivně lékařsky vedeném porodu. Aby bylo riziko porodu pod kontrolou, byly rodičky přesunuty do nemocnic. Tento krok je čtenářům prezentován pozitivně s poukazem na klesající úmrtnost rodiček a novorozenců.

Kritika diskursu aktivně lékařského vedení porodu sebou přinesla také konstrukci jeho rizik. „Nová koncepce vedení porodu by se nemohla prosadit bez existence ‚jiných‘ vědců, kteří by poukazovali na ‚nová‘ rizika“ (Hašková 2001b: 11). Diskurs přirozených porodů ve svých člancích upozorňuje především na rizika vzniklá zasahováním do přirozeného procesu porodu. V tomto diskursu je riziko reprezentováno z hlediska: „Diskurs rizik začíná tam, kde končí důvěra v naše bezpečí spolu s důvěrou v pokrok“ (Beck 2000: 213).

Příznivci přirozeného porodu uznávají vymoženost medicíny a chtějí s lékaři spolupracovat, zdůrazňují potřebu aktivně lékařsky vedeného porodu u komplikovaných porodů. Ovšem kritizují, že je u nás ke každému porodu přistupováno jako k vysoce rizikovému. Upozorňují, že tento přístup a následné jednání zdravotnického personálu zvyšuje riziko komplikací porodu. „Stavění přírody a společnosti proti sobě je konstrukcí devatenáctého století, která sloužila dvojímu cíli: ovládnout přírodu a ignorovat ji“ (Beck 2011: 11). Právě ignorování a narušování přirozeného procesu porodu je v tomto diskursu viděno jako hlavní zdroj rizik porodu.

Možná rizika porodu jsou artikulována v obou diskurzech, avšak v diskursu aktivně lékařsky vedeném je jim podřízen celý proces porodu. Diskurs přirozených porodů se zabývá i dalšími aspekty porodu a pro minimalizaci rizik prosazuje asistenci, která navozuje důvěru a nestresové prostředí a poskytuje kontinuální péči. V člancích zkoumaného populárního webu

jsem identifikovala stopy obou diskursů vedení porodu soupeřících o nadvládu. Dominantní vliv však má diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu, o kterém bychom mohli Beckovými slovy říct, že umí lépe využít reprezentaci rizik.

6.3.3 Jazykové prostředky pro nastolení agendy atributů

Kromě rozdílného zarámování porodu jako rizikového jevu, jsou v článcích použity odlišné jazykové prostředky zdůrazňující určité aspekty porodu a jeho vedení. Jsou to strategie, které diskursy využívají pro získání dominance ve společnosti. Pomocí rámcování a vypíchnutí (zdůraznění) je významnost tématu posilována nebo oslabena, což ovlivňuje postoje a názory lidí (McComb2004). U vypíchnutí se předpokládá, že zdůraznění určitých atributů témat v médiích se stane důležitou dimenzí hodnocení tématu u příjemců (Trampota, Vojtěchovská 2010: 245).

V jazykovém vyjádření lékařského diskursu je dominantní jednoznačnost, z které vyzařuje sebevědomí a uvědomění si svého silného postavení ČLK v rámci zdravotnictví ČR. Postoj tohoto diskursu je v článcích předkládán jako holý fakt, který není třeba dokládat výsledky vědeckých studií. **“Porody v domácnosti ZKRÁTKA přinášejí jak pro matku, tak pro její dítě, ZBYTEČNÁ rizika, která nemohou být vyvážena POCHYBNÝMI výhodami domácího prostředí”** (ČLK 2012, tučné v originále). V tomto vyjádření je připuštěno, že by plánovaný porod doma mohl mít nějaké výhody, ale opět bez jediného podkladu jsou okamžitě zavrženy, jsou označené za pochybné a v důsledcích zbytečně nebezpečné.

Porod je zde posuzován zdánlivě objektivně, ale objektivita vzniká pouze skládáním subjektivních pohledů zastánců diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu. U diskursů „je důležitá určitá samozřejmost vnímání, která může zapříčinit zdánlivou objektivnost“ (Durnová 2011: 66). Ačkoliv příznivci aktivně lékařsky vedeného porodu nenabízejí jedinou konkrétní studii, která by dokládala výhody jimi prosazovaného způsobu vedení oproti přirozenému porodu, jsou výpovědi psány sebevědomým stylem, který je podporován pouze odkazem na sdílející postoj České gynekologicko – porodnické společnosti a vlastními odkazy na porodnictví.

Výpovědi jsou v tomto diskursu psány autoritativním způsobem a nedávají prostor diskuzi a možným alternativám, čímž získávají důrazný vliv a zmocňují se místa: **„Jedinou** zárukou řádného a bezpečného vedení porodu ‚lege artis‘ způsobem je v současnosti porodní

sál“ (ČLK 2012). „Komora přijala **jednoznačné** stanovisko, že plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení je postupem v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tedy postupem „non lege artis“ (Kubek 2012).

V člancích diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu se čtenáři nedočkou o podmínkách plánovaných porodů mimo zdravotnické zařízení a jejich výhodách, které jsou zde ale zpochybňovány. Články tohoto webu porovnávají způsoby vedení porodu nepřipouští rizika ohrožení zdraví a života v porodnici.

V diskursu přirozených porodů jsem identifikovala informační charakter jazykového projevu. Součástí jednoho článků je i tabulka srovnávající výhody a rizika porodů v porodnici a v domácím prostředí. Tyto články autoritativně nepropagují jeden způsob vedení porodu, ale zdůrazňují svobodné rozhodnutí žen. „Důležité je, aby rozhodnutí rodit doma vycházelo ze skutečného upřímného přání a přesvědčení rodičů ženy“ (UNIPA 2010c).

Články diskursu přirozeného porodu píšou o výhodách obou podob porodní péče, ale u nevýhod se především zaměřují na rizika způsobená aktivním lékařským vedením porodu. Čtenáře upozorňují na rutinní jednání personálu v nemocnicích, které je v rozporu s přirozenými potřebami. „České zdravotnictví stále preferuje zaběhlou rutinu upřednostňující oddělování dětí od matek **před přirozenými potřebami matky a dítěte. Nelze spoléhat na štěstí v podobě osvíceného personálu**“ (UNIPA 2010b). Čtenáře naopak nabádají k využití služeb porodních asistentek podporující přirozené porody. „Najděte si porodní asistentku, která Vás po příchodu z nemocnice opakovaně navštíví a zkontroluje“ (UNIPA 2010a).

Články analyzovaného populárního webu Emimino jsou umístěny v sekci encyklopedie, čímž se čtenářům zřejmě snaží texty představit jako objektivní a vědecké. Ovšem převládající jazykový projev je direktivní a stejně jako v člancích diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu je jako jediný uznávaný lékařsky vedený porod v nemocnici. „Odtok plodové vody znamená **VŽDY NUTNOST URGENTNĚ** nastoupit cestu do PORODNICE, neboť nejspíše **začal porod**“ (Emimino 2014f, tučné v originále).

Rizika porodu v porodnici jsou v těchto člancích zmíněna, ovšem nejsou popisována jako negativní jev komplikující porod, ale jako prostý fakt, že žena je stresována nemocničním prostředím, což komplikuje porod, žena je v nemocnici omezena v pohybu aj. Články informují o některých výhodách přirozeného porodu a i o tom, že v porodnicích jsou

podmínky nekomplikovaného porodu znesnadňovány, ale těhotné ženy nepodporují, aby své právo na bezpečný přirozený porod vyžadovaly, naopak se mají chovat rozumně a tedy podřídit se rozhodnutí lékaře dané nemocnice. „Ať už jsou přání rodičky směrem k přirozenému porodu jakákoli, nakonec vždy musí jít během porodu o **rozumný kompromis** (pro lékaře medicínsky přijatelný) mezi jejími přáními a běžným způsobem porodu v porodnici“ (Emimino 2014j, tučné v originále).

Články tohoto populárního webu mají také zastrašující povahu. Od porodu mimo zdravotnické zařízení jsou budoucí rodiče odrazováni možným výskytem rizik. „V průběhu porodu dochází k mnoha situacím, které jsou porodníkem často snadno řešeny, ale **BEZ JEHO PŘÍTOMNOSTI** mohou znamenat **AKUTNÍ OHROŽENÍ ŽIVOTA**. Také běžně zvládnutelné akutní poporodní komplikace mohou znamenat **SMRT MATKY NEBO NOVOROZENCE**“ (Emimino 2014g). Porodník je prezentován jako zachránce a naopak kvalifikace porodních asistentek je zpochybňována. „**Porod doma i s porodní asistentkou není rozumnou alternativou**“ (Emimino 2014h, tučné v originále).

Rodiče, kteří se rozhodnou pro přirozené vedení porodu, které se neslučuje s názorem lékaře, články popisují negativně. „(porody bez lékaře, porody doma) jsou **JEDNOZNAČNĚ ŠPATNÝM ŘEŠENÍM** strachu z porodu. Jsou pro ženu **VELMI NEBEZPEČNÉ**. Navíc by si těhotná žena měla uvědomit, že neohrožuje jen svůj život, ale **OHROŽUJE** především **ŽIVOT DÍTĚTE**“ (Emimino 2014b). „Z etického pohledu je to také nepřijatelné jednání ze strany matky, která **SVÉVOLNĚ OHROŽUJE ŽIVOT DÍTĚTE**, které se nemůže bránit. Ze stejného důvodu je také značně diskutabilní **TRESTNĚ PŘÁVNÍ ODPOVĚDNOST** těhotné, která se rozhodne rodit doma“ (Emimino 2014g).

6.4 Možný vliv diskursů vedení porodu a jejich střetu na jednání těhotných žen

Pro zjištění možného vlivu diskursů jsem analyzovala články, jelikož v textu lze identifikovat manifestaci sociálních akcí, které jsou ovlivněny sociální strukturou (Wodak, Meyer 2009: 9). Orientovala jsem se na internetové články, protože média ovlivňují představy, přesvědčení, postoje, hodnoty a chování příjemců (Burton, Jiráček 2001: 347). V článcích jsem identifikovala, jaké jsou v naší společnosti platné znalosti o porodu a jeho vedení a jak jsou předávány. Znalosti jsou spojeny se vztahy v komplexu moc-vědění, jsou

sociálně podmíněny a lidé je odvozují z diskursivního okolí, ve kterém jsou ve svém životě propleteni (Jäger, Maier 2009: 34).

Lidé se učí významy z jazyka, kterým interpretují realitu způsobem, jakým byla vykládána již před nimi. Skrze diskursy, které poskytují pravidla, jednotlivci tvarují realitu (Foucault 2002: 75). „Podle sociálních vědců nefunguje medicína pouze jako věda, která se zabývá lidskými nemocemi, ale i jako významná sociální instituce. Z tohoto pohledu je medicína mocným nástrojem sociální kontroly“ (Hřešanová 2012: 182).

V diskursu je moc uplatňována prostřednictvím normality. Síť diskursivních praktik spoluurčuje zvyklosti a utváří představu o hranicích morálky. Normativně orientované jednání je nositelem reprodukce diskursu. „Normalita jakožto zapomenutost normativity je podmínkou reprodukce diskursu“. Většina žen v ČR jde rodit do nemocnic a toto jednání, které nevybočuje z normativních očekávání, podporuje strukturu diskursu a jeho normy. Jednání má ve společnosti reproduktivní funkci, reprodukuje a integruje společnost, její vzorce, hodnoty a normy (Nohejl 2007: 136, 215).

Normalita je mocenským nástrojem diskursu, je hlavním prostředkem sociální kontroly nahrazujícím právo. Nové kontrolní mechanismy - disciplinující moc se uplatňuje prostřednictvím tlaku normality a subjekt je ovlivněn vztahy moci, které se skrývají pod rouškou normality. Normalita je zjišťována analýzou výpovědí, které se v diskursu opakují a zajišťují jeho stabilitu (Nohejl 2007:136-205). Normalita podle diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu je, že ženy mají rodit v nemocničním zařízení. I v analyzovaných článcích o porodu zkoumaného populárního webu je předkládanou normou, že porody mají probíhat jedině v porodnicích a lékař v porodnici rozhodne o podobě porodní péče. Pokud je tuto normalitu potřeba obhájit před kritikou, je argumentováno rizikovostí porodu, kvalifikací lékařů a nemocničním zázemím.

V souvislosti s riziky mohou být některá jednání také tabuizována a spojována s morálkou společnosti (Douglas 1992: 29). Zdůrazňováním rizik porodu, apelováním na odpovědnost a prezentováním žen rodících mimo nemocnice jako „nerozumných svévolně ohrožujících život dítěte“ je diskursem aktivně lékařsky vedeného porodu tabuizovaná možnost rodit mimo porodnice. Rodiče jsou naší společností nuceni tajit rozhodnutí o domácím porodu, případně ho musí obhajovat, také mají problém sehnat porodní asistentku a pediatra (Štomerová 2010).

Jednání vědomě vedené proti diskursivním očekáváním redefinuje normy a je klíčové pro změny diskursu a společenské dynamiky. Typ jednání, které se vymyká normalitě a předvídatelnosti, je nositelem kritického postoje. Kritika se snaží o osvobození jednání z navyklých schémat. „Kritika je oním mechanismem, který proměňuje diskurs a jeho prostřednictvím i vzorce jednání“ (Nohejl 2007: 215-219).

Rozhodnutí rodit mimo nemocniční zařízení a propagování přirozených porodů je jednáním, které vládne v oblasti kritiky proti dominantnímu diskursu v ČR. „Je jednáním revoltujícím či kritickým. Je nositelem vědomé kritiky a alternativní vize, jak by měl diskurs vypadat. Kritika poukazuje prostřednictvím kritického jednání na hranice diskursu, avšak sama je bytostně diskursivní povahy“ (Nohejl 2007: 51). Přirozené porody mimo nemocnice jsou povahy diskursu přirozených porodů, jehož prosazovanou normalitou v internetových člancích je, že při normálním porodu, kdy zdravá žena očekává zdravé dítě, není třeba medikamentů a aktivní zásahy proces porodu komplikují.

Objevují se zde oblasti jednání, diskursu a kritiky, které jsou dynamické a neustále se nově vytvářejí a naplňují novým obsahem a tím vytváří dynamiku společnosti. „Jednání jednotlivce je určeno institucionalizovanými a uzavřenými vzorci jednání. Subjektivní úvahy aktéra o možných rozvrzích jeho jednání tak mají své vnější limity, vnější normativní koreláty, které ve formě standardů a zvyklostí ovlivňují aktérovo rozhodování o konkrétním průběhu jednání“ (Nohejl 2007: 46). Média mají mnoho funkcí v moderní společnosti kromě nastolování agendy je to i „socializace a potenciál šířit (a spoludefinovat) modely jednání a různá pojetí sociálních norem (...) nabízí návod, jak se chovat v určitých životních situacích“ (Trampota 2010: 241). Socializace je výchovou k normalitě. „Norma je verbálním popisem konkrétního průběhu jednání, které je považováno za žádoucí, v kombinaci s příkazem jednat nadále v souladu s ním“ (Nohejl 2007: 46).

Porod je v naší společnosti spojován s riziky a hrozbou smrti (Hašková 2001: 15) a lidé se snaží redukovat rizika, především ta, která hrozí jejich zdraví (Giddens 2000: 38). Rizika jsou spojována také se zodpovědností a zdraví má dnes vysokou hodnotu a lidé jsou učeni k tomu, aby se aktivně zajímali o své zdraví i zdraví dětí. Pokud těhotné ženy čtou internetové články, či se jinak zajímají o péči při porodu, zjistí, že jsou zde odporující si diskursy s odlišnou normou. Jejich následné jednání může být pak „charakterizováno pomocí dvou ukazatelů. Jedním je míra reflexe či uvědomování si norem obsažených v diskursu, druhým pak míra konsenzu při formování těchto norem“ (Nohejl 2007: 49). Klíčovým

prvkem pro posouzení norem a popis kontroly rodiček nad průběhem porodu je, jakým „porodním věděním“ žena disponuje. Pokud ženy nečtou články a ani jinak se nezajímají o způsoby vedení porodu, dodržují zvyk naší společnosti a „rodí převážně v nejbližší porodnici“ (Hřešanová, Hasmanová Marhánková 2008: 94, 102).

Jako častý důvod, proč se ženy rozhodly pro porod mimo nemocnici, je uváděno vnímání porodu jako přirozeného jevu a negativní zkušenost z porodnice: „Nic nemůže být větší riziko a hrůza než zážitek z minulého porodu“ (Štromerová 2013). „Postoje důvěry, nebo nedostatek důvěry, ke specifickým abstraktním systémům bývají silně ovlivňovány zkušenostmi v přístupových bodech, jakož i aktualizovaným věděním, které je laikům i technickým odborníkům poskytováno prostřednictvím médií a ostatních zdrojů“ (Giddens 2010: 84).

Pokud ženy znají normu u nás dominantního lékařského diskursu, ale nesouhlasí s ní, mohou se rozhodnout pro porod mimo porodnici, ovšem toto „jednání redefinující normy není možné bez odvahy se těmto vzorcům vzepřít“ (Nohejl 2007: 84). Jednat proti normám dominantního diskursu porodu je znesnadňováno také jménem jeho autora. „Skutečnost, že určitý diskurs má jméno autora, skutečnost, že je možno říci, to a to bylo napsáno tím a tím’ nebo ‚ten a ten je toho autorem’, naznačuje, že onen diskurs není každodenní, lhostejnou mluvou (...) nýbrž že jde o řeč, jež má být přijímána určitým způsobem a již se má dostat v dané kultuře určitého statutu (...) Funkce autora tedy představuje charakteristický způsob existence, oběhu a působení určitých diskursů vnútru nějaké společnosti“ (Foucault 1994: 49-50). Právě lékaři jsou v naší společnosti uznávanými autoritami, lidé v nich mají důvěru v odborných otázkách (Hašková: 2001) a celkově je v českém zdravotnictví vysoká míra důvěry v expertní stanoviska a zodpovědnost (Janečková, Hnilicová 2009: 224).

Domnívám se, že čtení článků o způsobech asistence při porodu má negativní vliv na porody českých žen, které věří konstrukci rizik diskursu přirozených porodů a nesouhlasí s dominantní českou normou, ale nemají odvalu se normě vzepřít, nebo jim chybí prostředky např. pro porod v zahraničí, a proto i s vědomím rizik aktivně lékařsky vedeného porodu rodí v porodnici, kde se snaží prosadit své právo na přirozené porody. Podle zjištění Hřešanové a kol. jsou tyto rodičky většinou vysokoškolsky vzdělané, často kritizují medicínský model porodu pro velký počet intervencí a rutinizaci péče, usilují o to se informovaně rozhodnout a prosadit v porodnici svoje představy o porodní péči. Tyto rodičky jsou nemocničním personálem označovány jako „přemoudřelé“. Toto označení „vyjadřuje názor, že **četba a**

vzdělání mohou při porodním procesu sehrát negativní roli, pokud na ně rodičky kladou přílišný důraz“ (Hřešanová, Hasmanová Marhanková 2008: 103).

Diskursy vedení porodu proti sobě staví dvě odlišné normy, které vychází z rozdílné konstrukce rizik. Ženy se musí rozhodnout, které reprezentaci rizik a jejich zvládnání budou důvěřovat a podle toho zvolit porodní péči. Vzhledem k tomu, že v českých porodnicích není běžně zajištěno prostředí pro přirozený porod a není zde porodní dům, není u nás rozšířena alternativa, která by byla jakousi zlatou střední cestou spojující výhody obou diskursů. A budoucí rodiče si musí vybrat pouze mezi porodnicí a domovem, avšak za poskytování péče u porodu mimo nemocniční zařízení hrozí pokuta.

Ženy či oba budoucí rodiče, kteří reflektují obě normy a konstrukce rizik obou diskursů vedení porodů předkládaných v internetových článcích, si musí odpovědět na mnoho otázek: Má žena родit v porodnici, porod nechat v rukou lékařů a bát se, že aktivní vedení naruší proces porodu a způsobí komplikace? Mají ženy v porodnici hájit své právo na přirozený porod (mít volnost pro změny porodních poloh, odmítat rutinní zásahy, vyžadovat okamžitý a nepřetržitý kontakt s dítětem) a tím ovšem sami sebe vyrušit z přirozeného procesu porodu? Mají ženy родit doma a samy, nebo s péčí porodní asistentky, které za to hrozí pokuta, a bát se, že nastane komplikace a nestihnou využít lékařské péče v nemocnici? Mají se bát, že je společnost odsoudí za porod mimo nemocnici?

Jak je vidět např. z citací článků populárního webu, je na těhotné ženy vyvíjen sociální tlak, „že porod mají zkrátka pro zdraví dítěte vydržet, nevymýšlet si a poslouchat lékaře, kteří vědí, jak родit“. Ovšem z internetových článků na budoucí rodiče můžou působit nátlakové mechanismy obou diskursů, oba mocenské důsledky normality (Nohejl 2007: 216), s nimiž je spojena volba a odpovědnost (Lupton 1999: 25). V této oblasti působí dvě normy, ale jenom norma родit v porodnici s lékařským personálním i materiálním zázemím je v naší společnosti široce uznávaná. Rozhodnutí ženy o podobě porodní péče může proto ovlivnit i to, že ať její porod v porodnici dopadne jakkoli, nebude společností odsouzena, a ať její porod mimo nemocnici dopadne jakkoli, bude společností odsouzena.

Závěr

V diplomové práci se zabývám diskursy vedení porodu v českých internetových článcích a jejich střety. Dominantní vliv má u nás diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu, který prezentuje porod jako nevyzpytatelný a rizikový, čímž odůvodňuje jím předkládanou nutnost, aby porod probíhal v nemocničním zařízení. Tento diskurs celou kontroverzi tématu směřuje k domácím porodům, u kterých kritizuje absenci personálního i materiálního zázemí, které nabízí nemocnice. Druhým výrazným diskursem u nás je diskurs přirozených porodů. V jeho článcích jsou naopak kritizovány české porodnice za praktiky, které jsou v rozporu s nejnovějšími poznatky a s potřebami matky a dítěte a které vychází z rutinní péče. U kontroverze tématu tento diskurs upozorňuje také na potřebu rozšířit alternativy služeb porodní péče v ČR.

K udržení a získání dominance diskursy využívají různé strategie. Vedle dominantní prezentace rizik porodu a z ní plynoucích argumentů pro přiměřenou porodní péči diskursy zdůrazňují odlišné hodnoty, využívají rozdílnou argumentační strategii i jazykový styl. Diskursy na sebe v článcích kriticky odkazují a snaží se zbagatelizovat výpovědi kontradiskursu. Např. zastánci diskursu přirozených porodů jsou v článcích dominantního diskursu prezentováni jako nerozumní a škodliví, jejichž argumenty není třeba se zabývat.

Své postoje se diskursy v článcích snaží ospravedlnit také odkazováním k uznávaným společenským hodnotám. Oba diskursy své jednání obhajují odkazem ke kolektivní vůli tím, že ho prezentují jako snahu o zachování zdraví žen a dětí. Diskursy v internetových článcích využívají i režim ospravedlnění proslulosti, kdy odkazují na další aktéry, kteří sdílí stejný pohled na porod a nutnou péči. Využívanou strategií těchto diskursů je také konstruování stupnice odborných schopností u jednotlivých aktérů.

V článcích diskursy využívají i jazykové prostředky pro udržení a získání dominance, kdy zdůrazňují určité aspekty porodu a jeho vedení. Diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu se vyjadřuje sebevědomým a autoritativním stylem, postoje předkládá jako holý fakt, který není třeba dokládat výsledky vědeckých studií. Při odkazování na kontradiskurs zpochybňuje schopnosti porodních asistentek poskytovat porodní péči. Články diskursu přirozených porodů mají převážně informační styl, ale při odkazu na druhý diskurs upozorňují rodiče na rizika aktivně lékařsky vedeného porodu v porodnici.

Diskursy ovlivňují podobu článků určených budoucím rodičům na nejpoblárnějším českém webu zabývající se porodem. Diskurs přirozených porodů se zde, jakkoli jsou autoři hlavně lékaři, pod tlakem publika prosazuje, ale nikoli vyváženě. Píší zde o některých alternativách porodní péče a jejich výhodách i rizicích. Jsou zde zmíněna rizika domácích porodů i rizika, která se mohou vyskytnout v nemocnicích, ale ta nejsou popsána negativně ale jako holý fakt. Tyto články jsou ovlivněny především diskursem aktivně lékařsky vedeného porodu a také zde jsem identifikovala výrazný jazykový styl. Články direktivně prosazují pouze porody v nemocnici. Ženy vyzývají, aby při začátku porodu vždy odjely do porodnice a zde se podřídily rozhodnutí lékaře o podobě porodní péče. Pomocí zastrašování odrazují ženy od porodů mimo nemocniční zařízení, které popisují slovy jako „velmi nebezpečné“ a „matka svévolně ohrožující život dítěte“.

Diskursy prezentují odlišné koncepty porodu a správné porodní péče, které vychází z jejich konstrukcí rizik porodu a navzájem si protirečí. Následně diskursy předkládají odporující si normy, podle kterých mají těhotné ženy jednat. Tím, že se o porod hojně zajímají média následně i veřejnost a diskurs lékařsky vedeného porodu zdůrazňuje práva dítěte na zdraví a život, které nemají budoucí rodiče, respektive těhotná žena, ohrozit rozhodnutím o podobě porodní péče, se porod stává veřejným problémem a přestává být soukromou záležitostí rodičů, kteří mají právo na rozhodnutí o podobě porodní asistence.

Těhotné ženy, které čtou internetové články obou diskursů, jsou vystaveny tlaku obou norem, ale vzhledem k tomu, že u nás není rozšířena alternativa služeb porodní asistence, která by nabízela „zlatou střední cestu“, jsou nuceny si v ČR vybrat pouze mezi dvěma extrémními možnostmi - lékařsky vedeným porodem v nemocničním zařízení či porodem doma a to bez asistence odborníka. Lékaři i politici vědí o nedostatcích českého porodnictví, a že jsou ženy, které nejdou rodit do nemocnice, ale přesto u nás za poskytnutí porodní péči mimo nemocnice hrozí vysoká pokuta, což je v rozporu s tvrzením obou diskursů, že přítomnost vyškoleného odborníka snižuje rizika porodu.

V diplomové práci byl splněn cíl, popsat podobu diskursů vedení porodu, jejich střetu a provázejících kontroverzí v českých internetových člancích. Čtenáři se také dozvěděli, jaké konkrétní strategie diskursy využívají k udržení a získání moci. V práci je dále upozorněno na to, že diskursy vedení porodu vytváří dvě normy jednání, ale tyto normy si vzhledem k možnostem české porodní péče protirečí.

Diskurs aktivně lékařsky vedeného porodu předkládá normu, že je třeba porod vést v nemocničním zařízení, kde je zázemí pro zvládnutí možných rizik. Na ženy vyvíjí tlak, ať porod nechají na lékařích a tím neohrožují zdraví dítěte, a jsou strašeny riziky porodu. Diskurs přirozených porodů upozorňuje na negativní vliv lékařského vedení a prosazují nezasahování do procesu porodu bez nutných zdravotnických důvodů, což snižuje rizika porodu. Rozdílné normy, které jsou mocenským nástrojem diskursu, působí na jednání budoucích rodičů. V naší společnosti, kde nejsou porodní domy ani legální možnost mít péči vyškoleného odborníka při domácím porodu, si ale těhotné ženy nemohou vybrat porodní péči odpovídající požadavkům obou norem diskursů. Na ženy, které čtou články diskursů vedení porodu, mohou působit nátlakové mechanismy obou diskursů, ale jsou i s vědomím rizik nabízených krajních porodnických služeb v ČR nuceny si zde vybrat pouze mezi lékařsky vedeným porodem v nemocnici či neasistovaným porodem, což může negativně ovlivnit jejich porody a potažmo tedy i zdraví.

Summary

In my thesis I deal with the discourses of childbirth in Czech internet articles and their conflicts. The dominant influence has the actively medically controlled delivery, which presents childbirth as an unpredictable and risky phenomenon, therefore it should take place only in a hospital. This discourse criticizes the lack of personnel and material conditions offered by the home childbirth. The second discourse of a natural birth criticizes Czech hospitals for practices which are based on routine care, are in conflict with the latest knowledges and mother and child's needs. The second discourse also points out the need to expand alternatives of the obstetric care services in the Czech Republic.

The discourses use different strategies to maintain and obtain dominance. Besides the huge presentation of risks of childbirth, the discourses emphasize different values, use a different argument strategy and linguistic style. The Discourses critically refer on themselves in articles and try to disparage statements of the contra-discourse. E.g. The articles of the dominant discourse present the natural birth's supporters like foolish and harmful, whose arguments are not to be addressed. They try to justify their attitudes in articles by referring to the accepted social values. Both discourses defend their actions by reference to a collective will so, that they present their actions as an effort to preserve the health of women and children. In the web articles the discourses use also the celebrity justification which refers to the other actors who share the same view of childbirth and necessary care. They use constructing the scale of expert skills of individual actors.

The actively medically controlled childbirth discourse is expressed by a confident and authoritative style, presents its attitudes as a hard fact with no need to document the results of scientific studies. Referring to contra-discourse it questions the ability of midwives to provide maternity care. The articles of the natural birth discourse have mostly informational style, but when referring to the second discourse they warn parents to the risks of the actively medically controlled birth in the hospital.

The discourses influence the appearance of articles for prospective parents on the most popular Czech website dealing with childbirth. The discourse of the actively medically controlled delivery is dominant here. The articles write about some alternatives of the obstetric care and their benefits and risks. There are mentioned the risks of the home birth and the risks that can occur in hospitals. These articles are mainly influenced by the discourse actively medically controlled childbirth. I have identified there a distinctive language style.

The articles directly support only the hospital birth. Pregnant women are encouraged to always go to the hospital immediately after the beginning of a labor and subordinate to a judgement of a doctor in the form of childbirth. Using intimidation these articles discourage women from the births outside the hospital, which is described by words such as "very dangerous" and "mother willfully endangering the child's life."

The discourses present different concepts of the birth and the proper obstetric care based on their risk structures of childbirth and they go against each other. Subsequently the discourses present conflicting norms by which pregnant women have to act. By the big interest of media and the public childbirth becomes a public health problem and stops to be a private matter of the parents who have the right to decide on the form of midwifery.

The pregnant women who read web articles of both discourses are under pressure of both norms. Because there is not wider alternative midwifery services which would offer "golden mean", women in the Czech Republic are forced to choose between just two extreme options – the medically-led birth at a hospital or the birth at home without the assistance of an expert. Doctors and politicians know about the weaknesses of the Czech obstetrics, and that there are women who do not go to the hospital to give birth. Nevertheless there threatens a big fine in the Czech Republic for providing the obstetric care outside the hospital, which is contrary to both discourses, because the presence of a trained expert reduces the risk of birth.

There was fulfilled the objective in this thesis, to describe the form of the childbirth discourses, their conflict and controversy in the Czech internet articles. Readers learnt what specific strategies are used by the discourses to maintain and gain power. Personally, the biggest benefit of my work I can see in pointing out to the fact that the discourses of labor creates two norms, but these norms, considering the possibilities of the Czech obstetric care, are contradictory.

The actively medically controlled birth discourse shows the norm, in which it is necessary to keep birth in a hospital where there are facilities for handling the potential risks. This discourse puts the pressure on women to leave the childbirth form on doctors and thus do not endanger the health of the child, and pregnant women are haunted by the risks of birth. The natural birth discourse highlights the negative impact of the medically controlled birth and supports the childbirth without any interference except the necessary medical reasons, which reduces the risk of birth. The different norms, which influence the future parent behaviour, are an instrument of power. In our society, where there no home births are legal

option, women cannot choose the obstetric care appropriate to the requirements of both discourse norms. The women, who read the articles of the childbirth discourse, can be affected by coercive mechanisms of both discourses and they are forced to choose just between the medically birth in a hospital and the non-assisted birth in home, in spite of knowing the risks offered by these extreme options. This fact may negatively influence their giving birth and the health of mother and child.

Diskuse

Jsem si vědoma, že problematika porodů a porodní péče je ovlivňována mnoha aspekty a že v rozsahu diplomové práce se lze zaměřit jen na určité stránky této oblasti, a to i když bychom se stále orientovali na internet. U nás má internetový prostor velice volný vstup, nalezneme zde proto propagaci obou diskursů: články, obrázky, videa i celé weby a příspěvky v diskusích. Primárně se zde zabývám internetovými články diskursů, ale vliv mají i další mediální formy ovlivněné diskursem, které také lidem radí, o čem přemýšlet a nabízejí jim výkladové rámce. Jako např. již zmíněné video s hercem P. Liškou upozorňující veřejnost na rutinní praxi českých porodnic (Jak jinak 2014).

Šíření prezentace rizikovosti porodu a negativnímu vnímání přirozených porodů a jejich aktérů napomáhají i nejpopulárnější weby v ČR např. jejich nadpisy článků, které spojují porody doma s patologickými porody nebo předkládají, že za úmrtí dítěte může porod mimo nemocnici. Např. titulek *Dítě v Roztokách u Prahy zemřelo jen několik hodin po domácím porodu*²⁰ či *Smrt při domácím porodu! Policie zkoumá, co se stalo v Roztokách*. Pod tímto titulkem nalezneme video reportáže, diskusi a článek, kde se např. dočteme „Další vyšetřování pak ukáže, zda smrti novorozence šlo zabránit například tím, že by matka rodila v porodnici.“ Média se z těchto porodů snaží udělat diskursivní událost. Je důležité zkoumat mediální propagandu. Ačkoliv u všech případů bylo prokázáno, že za úmrtí nemohlo místo porodu, mezi veřejností zůstává médii nastolený stereotyp²¹ (Šichtařová 2014), který se pak projevuje např. v diskusi pod článkem: „*U nás od začátku roku minimálně čtvrtý případ. Zakázala bych to! Zavírala bych ...*“²².

Obecně můžeme říct, že českými médii jsou „ženy, které se rozhodly родit doma, často představovány jako nezodpovědné hazardérky nebo nejruznější od reality odtržené fundamentalistky“ (Budka). Ve skutečnosti se pro domácí porody rozhodují převážně ženy vzdělané, informované i o zahraniční porodnické praxi: „Z celkového počtu 345 domácích porodů bylo 183 žen vysokoškolaček. Průměrný věk žen byl 31,35 roku. Podle povolání bylo 38 žen se zdravotnickým vzděláním, z toho pět lékařek. Dále ve 13 případech šlo

²⁰Zdroj: www.praha.idnes.cz/smrt-ditete-po-domacim-porodu-d2l-/praha-zpravy.aspx?c=A140709_112940_praha-zpravy_kol

²¹ Úmrtnost v přímém důsledku domácích porodů je tedy letos **nula**. A jaký je mediální obraz téhož? „*Již páté mrtvé dítě v důsledku domácího porodu! Kolik jich ještě musí zemřít, aby se domácí porody zakázaly?*“ Neboli, jsme-li odkázáni na mediální obraz, zemřelo podle něho doma už 0.7 procent dětí!“ (Šichtařová 2014).

²²Zdroj: www.tn.nova.cz/clanek/zpravy/cernakronika/smrt-pri-domacim-porodu-police-zkouma-co-se-stalo-v-roztokach.html

o psycholožky. Takže není pravda, že by zdravotnice znalé rizik domácí porody odmítaly“ (Königsmarková in Budka).

V posledních letech se na internetu rozšiřují také diskuse, ve kterých se lidé vyjadřují k problematice a je zde viditelný stereotyp a celospolečenský vliv diskursu aktivně lékařsky vedeného porodu. „V porodnici je ale pravděpodobnost úmrtí minimalizovaná přítomností personálu, který v případě komplikaci může dítěti poskytnout veškerou možnou pomoc...to v případě domácího porodu jaksi není...“ nebo „Nemůžu souhlasit s tímto sobeckým přístupem, kdy matka upřednostňuje své pohodlí a uvolněnost při a po porodu před snížením rizika ohrožení novorozence jeho přítomností v porodnici“.²³ Znalosti z lékařského diskursu včetně kritiky žen za porody mimo nemocnic jsou často reprezentovány i vulgární formou.

Ve své práci jsem se zaměřila na zkoumání podob diskursů a jejich sváru v internetových článcích, což tvoří výsek ze složité palety této problematiky. Další výzkumné práce by se mohly zaměřit na podoby diskursů v odlišných mediálních formách, porovnat je a zjistit, které jsou dominantní v ovlivňování odborné i laické společnosti. Důležité je analyzovat i další aspekty problematiky, např. jaký vliv na rozhodnutí ženy o podobě porodní asistence má péče poskytovaná v těhotenství. Informace k problematice by také vhodně doplnila analýza zabývající se tím, jak jsou medicí učeni o porodu a porodní péči, zda jsou teoreticky i prakticky seznamováni s různými alternativami porodní péče.

V naší společnosti silně působí norma dominantního diskursu. Norma nahrazuje právo a podle ní se mají lidé seberegulovat (viz kap. 7,4). Přesto se někteří rodiče rozhodují pro porody doma a tím jednájí proti normě. Od roku 2012 za poskytnutí porodní péče mimo nemocnice hrozí pokuta. Výzkum by se mohl zaměřit na tento aspekt např. z hlediska Beckera o morálních podnikatelích a jejich vytváření pravidel. Z tohoto pohledu české předpisy dělají z rodičů a porodních asistentek, které poskytují péči u domácích porodů, devianty. V úplném závěru bych chtěla upozornit na texty k této problematice od Markéty Pavlíkové, které shrnují některé zahraniční studie o porodní péči²⁴ a které upozorňují na rozpory českých statistik včetně dat srovnávajících úmrtnost novorozenců²⁵, které jsou hlavním argumentem diskursu aktivně lékařsky vedených porodů využívaného k obhájení svého postoje.

²³Citace z internetové diskuse. Dostupné z www.praha.idnes.cz/smrt-ditete-po-domacim-porodu-d21-/praha-zpravv.aspx?c=A140709_117940_praha-zpravv_kol

²⁴Expertíza *Shrnutí recentních studií zabývajících se péčí porodní asistentky o těhotnou, rodičí a šestinedělní ženu a novorozence 2012*. Dostupné z <http://www.biostatisticka.cz/>

²⁵Expertíza *Shíraná data o porodu, zdraví a úmrtí novorozenců v ČR a v EU. 2014*. Dostupné z <http://www.biostatisticka.cz/>.

Seznam literatury a zdrojů

- APERIO. *Duly a porodní asistentky*. [online]. 18.03.2011 [cit. 2014-12-26]. Dostupné z www: <www.aperio.cz/246/duly-a-porodni-asistentky>.
- Beck, U. *Risk society revisited: theory, politics and research programmes*. In: Adam, B., Beck, U. & Van Loon, J. (eds.), *The Risk Society and Beyond: Critical Issues for Social Theory*. London, 2000, pp. 211–29
- BECK, Ulrich. *Riziková společnost: na cestě k jiné moderně*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2011, 431 s. ISBN 978-80-7419-047-6.
- BOLTANSKI, L. (2010): Nový režim ospravedlňování: Projektová obec. *Biograf* [online]. (52-53): 79 odst. [cit. 2014-12-12]. Dostupné z www: <www.biograf.org/clanek.php?clanek=5309>.
- BUDKA, Alexandr. Nová doba porodní. *Nový prostor* [online]. č. 354 [cit. 2014-11-21]. Dostupné z www: <<http://www.novyprostor.cz/clanky/354/nova-doba-porodni.html>>.
- BURTON, Graeme a Jan JIRÁK. *Úvod do studia médií*. 1. vyd. Brno: Barrister, 2001, 390 s. ISBN 80-859-4767-6.
- ČERVENKA, Jan. *Agenda-setting: teoretické přístupy*. 1. vyd. Editor Markéta Škodová. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2008, 87 s. ISBN 978-807-3301-514.
- ČESKÉ ŽENSKÉ LOBBY. Právo volby českých žen na to, kde a s kým rodit, hrubě porušeno. [online]. 2012 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z www: <<http://www.czlobby.cz/tiskove-zpravy/165-7/tz-pravo-volby-ceskych-zen-na-to-kde-a-s-kym-rodit-hrube-poruseno/>>.
- ČKPA. Zástupkyně profesních sdružení porodních asistentek podepsaly memorandum o spolupráci. In: *Česká konfederace porodních asistentek* [online]. 21.3.2014 [cit. 2014-12-26]. Dostupné z www: <<http://www.ckpa.cz/sjednoceni-pa/131-zastupkyne-profesnich-sdruzeni-porodnich-asistentek-podepsaly-memorandum-o-spolupraci.html>>.
- ČLK. 372/2011 Sb. ZÁKON ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. *Česká lékařská komora* [online]. 2011 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z www: <www.lkcr.cz/doc/.../372-2011-o-zdravotnich-sluzbach-100467.pdf>.
- ČLK. ČLK – nejvlivnější lobby ve zdravotnictví. In: ČLK. *TEMPUS MEDICORUM: Časopis české lékařské komory*. Mladá fronta a. s., 2010. ročník 19. ISSN 1214-7524. Dostupné z www: <http://merkur4.issa.cz/nw/www.lkcr-old.cz/document3.php?param=tempus_file,TEMPUS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=93615>.
- ČLK. Odborné stanovisko Vědecké rady ČLK k porodům v domácnosti. In: [online]. Praha, 08.03.2012 [cit. 2014-10-21]. Dostupné z www: <http://www.lkcr.cz/tiskove-zpravy-12.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz_99307>.
- ČLK. ZS s připomínkami CLK. [online]. 2009 [cit. 2014-10-21]. Dostupné z www: <http://www.lkcr.cz/doc/clanky_file/01_zs_pripominkami_clk-78953.pdf>.
- ČLK. *Česká lékařská komora* [online]. © 2011 [cit. 2014-12-26]. Dostupné z www: <<http://www.lkcr.cz/>>.
- ČLK. *Závazné stanovisko ČLK č. 3/2007: Pro poskytování porodní péče v České republice*. 2011. Dostupné z www: <https://www.google.com/url?q=http://www.lkcr.cz/doc/clanky_file/0jum_01_zavazne_stanovisko_3_

2007-16.pdf&sa=U&ei=ohRGVKiKOMnW7QbP24DoBA&ved=0CAUQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNEa8yIJM9j2br8-NFOXBBYonVWlfw>.

ČSU. Informační společnost v čísel 2014. [online]. [cit. 2014-12-14]. Dostupné z www: <<http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/p/061004-14>>.

DARMOPILOVÁ, Zuzana. Ekonomické zájmy v oblasti poskytování zdravotní péče jako faktor reform. In: *Tempus Medicorum*. 11/2010. Ročník 19. ISSN 1214-7524.

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth* in FEDWA MALTI-DOUGLAS, Editor-in-chief. *Encyclopedia of sex and gender*. Detroit, Mich: Macmillan Reference USA. 2007. ISBN 978-002-8661-155. Dostupné z WWW: <<http://bookza.org/g/Fedwa%20Malti-Douglas>>.

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth as an American rite of passage*. 2nd ed., with a new pref. Berkeley, Calif.: University of California Press, 2003, xlii, 382 p. ISBN 978-0-520-22932-7.

DORAZILOVÁ. Ženy, porodní asistentky a gynekologové o co vlastně jde v pracovní skupině pro porodnictví na MZ ČR? . 2013. Dostupné z WWW: <http://www.ckpa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=124:eny-porodni-asistentky-a-gynekologove-o-co-vlastn-jde-v-pracovni-skupin-pro-porodnictvi-na-mz-r&catid=3:kpa-home&Itemid=20>.

DOSTÁL, V. *Soud ve Štrasburku rozhodne o právu českých žen na asistovaný domácí porod*. 09.09.2013. Dostupné z WWW: <<http://denikreferendum.cz/clanek/16362-soud-ve-strasburku-rozhodne-o-pravu-ceskych-zen-na-asistovany-domaci-porod>>.

DOUGLAS, Mary. *Risk and blame: essays in cultural theory* [online]. London: Routledge, 1992, xii, 323 p. ISBN 0-203-43086-7.

DURNOVÁ, Anna. Diskurzivní přístupy v policy analysis. *Současné metodologické otázky veřejné politiky*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 9788024618654.

EMIMINO. 1. doba porodní. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014a [cit. 2014-11-14]. Dostupné z www: <<http://www.emimino.cz/encyklopedie/prvni-doba-porodni/>>.

EMIMINO. Alternativní porod. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014b [cit. 2014-12-12]. Dostupné z www: <<http://www.emimino.cz/encyklopedie/alternativni-porod/>>.

EMIMINO. Druhá doba porodní. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014c [cit. 2014-11-14]. Dostupné z www: <<http://www.emimino.cz/encyklopedie/druha-doba-porodni/>>.

EMIMINO. Homeopatie a porod. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014d [cit. 2014-12-14]. Dostupné z www: <<http://www.emimino.cz/encyklopedie/homeopatie-a-porod/>>.

EMIMINO. Muž u porodu. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014e [cit. 2014-11-14]. Dostupné z www: <<http://www.emimino.cz/encyklopedie/muz-u-porodu/>>.

EMIMINO. Plodová voda. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014f [cit. 2014-12-14]. Dostupné z www: <<http://www.emimino.cz/encyklopedie/plodova-voda/>>.

EMIMINO. Porod doma. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014g [cit. 2014-11-14]. Dostupné z www: <<http://www.emimino.cz/encyklopedie/porod-doma/>>.

EMIMINO. Porodní asistentka. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014h [cit. 2014-12-14]. Dostupné z www: <<http://www.emimino.cz/encyklopedie/porodni-asistentka/>>.

EMIMINO. Porodní bolesti. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014i [cit. 2014-12-14]. Dostupné z www: <<http://www.emimino.cz/encyklopedie/porodni-bolesti/>>.

- EMIMINO. Přirozený porod. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014j [cit. 2014-12-14]. Dostupné z [www: <http://www.emimino.cz/encyklopedie/prirozeny-porod/>](http://www.emimino.cz/encyklopedie/prirozeny-porod/).
- EMIMINO. Strach z porodu. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014k [cit. 2014-11-14]. Dostupné z [www: <http://www.emimino.cz/encyklopedie/strach-z-porodu/>](http://www.emimino.cz/encyklopedie/strach-z-porodu/).
- EMIMINO. Těhotenství a porod. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014l [cit. 2014-12-14]. Dostupné z [www: <http://www.emimino.cz/encyklopedie/porod/>](http://www.emimino.cz/encyklopedie/porod/).
- EMIMINO. Třetí doba porodní. In: *Emimino.cz* [online]. © 2014m [cit. 2014-12-14]. Dostupné z [www: <http://www.emimino.cz/encyklopedie/treti-doba-porodni/>](http://www.emimino.cz/encyklopedie/treti-doba-porodni/).
- FOUCAULT, Michel. *Archeologie vědění*. V Praze: Herrmann & synové, 2002, 318 s. ISBN 80-239-0124-9.
- FOUCAULT, Michel. *Diskurs, autor, genealogie: tři studie*. [1. vyd.]. Praha: Svoboda, 1994, 115 s. ISBN 80-205-0406-0.
- FOUCAULT, Michel. *Dohlížet a trestat: kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin, 2000, 427 s. ISBN 80-86019-96-9.
- GIDDENS, Anthony. *Důsledky modernity*. 3. vyd. Praha: SLON, 2010, 158 s. ISBN 978-80-7419-035-3.
- GIDDENS, Anthony. *Unikající svět: jak globalizace mění náš život*. 1. vyd. Praha: SLON, 2000, 135 s. ISBN 80-85850-91-5.
- Hájek, M., Kabele, J., Vojtíšková, K. 2006. „Zázemí“ a „bojiště“ v usilování o spravedlnost: textová analýza odborářského, feministického a lidskoprávního diskursu. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 42 (2): 269-290. ISSN 0038-0288.
- HÁJEK, Martin. *Praktiky ne/spravedlnosti: pojmy, slova, diskurzy*. 1. vyd. Praha: Matfyzpress, 2007, 249 s. ISBN 978-80-7378-035-7.
- HAMMERSLEY, Martyn. *Taking sides in social research essays on partisanship and bias*. London: Routledge, 2000. ISBN 02-039-7946-X.
- HAŠKOVÁ, Hana. *Názorové diferenciacie k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2001a. ISBN 80-85950-97-9.
- HAŠKOVÁ, Hana. *Sociální aspekty porodu: zpráva z výzkumu*. Aperiio. [online]. 2001b. [cit. 2013-05-10]. Dostupné z [www: <http://aperio.cz/data/1/APERIO_Socialni_aspekty_porodu_2001.pdf>](http://aperio.cz/data/1/APERIO_Socialni_aspekty_porodu_2001.pdf).
- HAVLÍKOVÁ, Magdalena. Jak se rodí v cizině: v bazénu i doma, ale hlavně s milými zdravotníky. [online]. 2013 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z [www: <http://ona.idnes.cz/porody-v-zahranici-0af-deti.aspx?c=A130525_222350_deti_haa>](http://ona.idnes.cz/porody-v-zahranici-0af-deti.aspx?c=A130525_222350_deti_haa).
- HEGER, Leoš. Heger (TOP 09): Domácí porody - pohled ďáblova advokáta. *Parlamentní listy* [online]. 16. 12. 2014 [cit. 2014-12-26]. Dostupné z [www: <www.parlamentnilisty.cz/politika/politici-volicum/Heger-TOP-09-Domaci-porody-pohled-dablova-advokata-350339>](http://www.parlamentnilisty.cz/politika/politici-volicum/Heger-TOP-09-Domaci-porody-pohled-dablova-advokata-350339).
- HREŠANOVÁ, Ema; HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2008, Vol. 44, No. 1 pp. 87-111. ISSN 0038-0288.
- HŘEŠANOVÁ, Ema. Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů. *AntropoWebzin*. 2012, 3/2012, s. 177-190.

HŘEŠANOVÁ, Ema. Hodnocení porodní péče z perspektivy českých žen. *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies, 2011, s. 13-22. ISBN 9788086520384.

JÄGER a MAIER. Theoretical and methodological aspects of Foucauldian critical discourse analysis and dispositive analysis. WODAK, Ruth a Michael MEYER. *Methods of critical discourse analysis*. 2nd ed. Thousand Oaks [Calif.]: SAGE, 2009. ISBN

Jak Jinak [online]. © 2014 [cit. 2014-12-21]. Dostupné z: <http://www.jakjinak.info/>

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592.

KALVAS, František a Martin KREIDL. Jaký je vliv obsahu a struktury televizního zpravodajství na vnímání důležitosti vybraného tématu českou veřejností?. *Czech Sociological Review* [online]. 2007, roč. 43, č. 2, s. 333-360. ISSN: 00380288. [cit. 2013-05-16]. Dostupné z www: <<http://ehis.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=d125ae28-e993-4f43-9c7d-9dbe1e8574df%40sessionmgr111&vid=2&hid=109>>.

KALVAS, František, Jan VÁNĚ, Martina ŠTÍPKOVÁ, Martin KREIDL. 2012. „Rámcování a nastolování agendy: Dva paralelní procesy v interakci.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 48 (1): 3-38.

KALVAS, František. *Nastolování agendy: role masové a interpersonální komunikace, osobní zkušenosti a genderu*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2009, 160 s. ISBN 978-807-0438-053.

KAPR, Jaroslav a Bohumil KOUKOLA. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998, 75 s. ISBN 80-85850-49-4.

KARLÍK, Martin. Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku dal v otázce domácích porodů za pravdu státu. [online]. 2014 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z www: <http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/evropsky-soud-pro-lidska-prava-ve-strasburku-dal-v-otazce-domacich-porodu-za-pravdu-statu--1431208>.

KELLER, Jan. *Nová sociální rizika: a proč se jim nevyhneme*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2011, 197 s. ISBN 978-80-7419-059-9.

KUBEK, Milan. Zpráva o činnosti ČLK od sjezdu v listopadu 2011. In: ČLK. *TEMPUS MEDICORUM: Časopis české lékařské komory*. Mladá fronta a. s., 2012. ročník 21. ISSN 1214-7524. Dostupné z www: <http://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm_10_12_web-75.pdf>.

LAWS, D., M. REIN. 2003. „Reframing practice.“ Pp. 172-206 in Hajer, M. A., H. Wagenaar. *Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*. Cambridge.

LEMMENS, Paul. Dissenting opinion of judge lemmens. In: European Court of Human Rights. *Case of Dubská and Krejzová v. The Czech Republic* [online]. Strasbourg, 11.12.2014 [cit. 2014-12-26]. Dostupné z www: <[http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{"documentcollectionid2":\["GRANDCHAMBER"\],"CHAMBER":\["CHAMBER"\],"itemid":\["001-148632"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{)>.

LIGA LIDSKÝCH PRÁV. *Liga lidských práv* [online]. [cit. 2014-12-16]. Dostupné z www: <<http://lp.cz/>>.

Lupton, Deborah. *Risk*. London: Routledge. 1999.

MCCOMBS, Maxwell E. *Setting the agenda: the mass media and public opinion*. Cambridge: Polity Press, 2004, xiv, 184 p. ISBN 07-456-2313-1.

MCQUAIL, Denis. *Úvod do teorie masové komunikace*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2009, 639 s. ISBN 9788073675745.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Reakce na rozsudek Evropského soudu pro lidská práva v záležitosti domácích porodů. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 11.12.2014 [cit. 2014-12-26]. Dostupné z www: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/reakce-na-rozsudek-evropskeho-soudu-pro-lidska-prava-v-zalezitosti-domacich-poro_9828_1.html>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Změny v porodnictví v roce 2014: porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod*. 12.12.2013. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-v-porodnictvi-v-roce-2014porod-pouze-za-pomoci-porodni-asistentky-a-tzv-_8532_2778_1.html>.

MUSÍLEK, Roman. *Rizika porodu v porodnici a v domácím prostředí*. Brno, 2012. Dostupné z www: <http://is.muni.cz/th/214980/pedf_b/Rizika_porodu_v_porodnici_a_v_domacim_prostredi.txt. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA. Vedoucí práce Jitka Reissmannová>.

Nekvapil, Jiří. 2006. „Úvodem k monotematickému číslu „Analýza promluv a textů, analýza diskurzu“.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 42 (2): 263-268.

NĚMEC, Jiří. *České zdravotnictví v uplynulých devíti letech*. 2001. Dostupné z www: <www.lipa.cz/case_lipa_X_nemec.doc>.

NETMONITOR. *Veřejné výstupy* [online]. © 2011 [cit. 2014-12-11]. Dostupné z www: <www.netmonitor.cz/verejne-vystupy>.

NOHEJL, Marek. *Jednání, diskurs, kritika: myslet společnost*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 242 s. ISBN 978-80-86429-71-7.

ROKOSOVÁ. Rozsudek odvolacího soudu v kauze jihomoravské záchranky a převozu novorozence do nemocnice. In: *TEMPUS MEDICORUM: Časopis České lékařské komory*. Mladá fronta a. s., 10/2013. ROČNÍK 22. ISSN 1214-7524. Dostupné z www: <www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm_10_13_87.pdf>.

ROZTOČIL, Aleš. *Rodíme špatně a nechceme to měnit*. [online]. 2013. [cit. 2014-11-14]. Dostupné z www: <<http://www.babyweb.cz/rodime-spatne-nehceme-menit>>.

SEDLICKÁ, Natálie. *Stoupá počet porodů císařským řezem. Chceme rodit jinak, vzkazují ženy: v bazénu i doma, ale hlavně s milými zdravotníky*. [online]. 2014 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z www: <http://ona.idnes.cz/prirozeny-porod-02v-/deti.aspx?c=A140923_234319_deti_haa>.

SCHULZ, Winfried, Lutz M HAGEN, Helmut SCHERER a Irena REIFOVÁ. *Analýza obsahu mediálních sdělení*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1998, 134 s. ISBN 8071845485.

SOJKA, Michal. *Případ hranice mezi svobodou a odpovědností*. In: *TEMPUS MEDICORUM: Časopis České lékařské komory*. Mladá fronta a. s., 2014. ROČNÍK 23. ISSN 1214-7524. Dostupné z www: <www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm_0514_web-94.pdf>.

SOJKA, Michal. *Případ perakutní sepse u novorozence*. In: *TEMPUS MEDICORUM: Časopis České lékařské komory*. Mladá fronta a. s., 7–8/2009. ROČNÍK 18. ISSN 1214-7524. Dostupné z www: <http://merkur4.issa.cz/nw/www.lkcr-old.cz/document3.php?param=tempus_file,TEMPUS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=85150>.

STÁTNI ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *Neuroaxiální blokády u císařského řezu a vaginálního porodu*. In: *Farmakoterapeutické informace: Měsíčník pro lékaře a farmaceuty*. 2007a. ISSN 1211 -

0647. Dostupné z www: <http://merkur4.issa.cz/nw/www.lkcr-old.cz/document3.php?param=tempus_file,TEMPUS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=99050>.

STÁTNI ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. Neuroaxiální blokády u císařského řezu a vaginálního porodu: Dokončení z č. 10/2007. In: *Farmakoterapeutické informace: Měsíčník pro lékaře a farmaceuty*. 2007b. ISSN 1211 - 0647. Dostupné z www: <http://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tempus_07_11-24.pdf>.

STREIT, Vincenc. MÉDIA A JEJICH VÝZNAM V ŽIVOTĚ. *Kniznica* [online]. 2009, roč. 2009, č. 10, s. 51-53. ISSN 13357026. [cit. 2013-05-16]. Dostupné z www: <<http://ehis.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=32&sid=c0fbdab9-d389-4a65-9fc6-b3f8bd539f94%40sessionmgr12&hid=109>>.

ŠICHTAŘOVÁ, Markéta. „Zakažme domácí porody!“. In: *Blog.iDNES.cz* [online]. 2014 [cit. 2014-12-21]. Dostupné z www: <<http://sichtarova.blog.idnes.cz/c/423083/Zakazme-domaci-porody.html>>.

ŠKODOVÁ, Markéta a Jan ČERVENKA. *Veřejná a mediální agenda: komparativní analýza tematizace veřejné sféry*. 1. vyd. Editor Vlastimil Nečas. Praha: Professional Publishing, 2009, 148 s. ISBN 978-807-4310-096.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana et al. *Porodní dům U čápa* [online]. © 2000 - 2013 [cit. 2014-12-12]. Dostupné z www: <<http://www.pdcap.cz/>>.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Setkání rodičů a přátel porodu doma. In: *Přirozený porod* [online]. 2010 [cit. 2014-12-10]. Dostupné z www: <<http://www.propp.cz/cz/setkani-rodicu-a-pratel-porodu-doma.html>>.

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

TRAMPOTA, Tomáš. 2006. Zpravodajství. Praha: Portál.

TRUKSOVÁ, Jana. Porod s porodní asistentkou? Řešení, které nic neřeší. 2013. Dostupné z www: <<http://www.babyweb.cz/porod-s-porodni-asistentkou-reseni-ktere-nic-neresi>>.

UNIPA. Ambulantní porod. UNIPA a. [online]. © 2010. [cit. 2014-10-22]. Dostupné z www: <http://unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=124:ambulantniporod&catid=42:porod&Itemid=124>.

UNIPA. Bonding: Porodní bolest – porodní radost. UNIPA b. [online]. © 2010. [cit. 2014-10-22]. Dostupné z www: <http://unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=135:bondind&catid=42:porod&Itemid=124>.

UNIPA. Porod v domácím prostředí. UNIPA c. [online]. © 2010. [cit. 2014-10-22]. Dostupné z www: <http://unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=201:porodvdomacimprostredi&catid=42:porod&Itemid=124>.

UNIPA. Porodní bolesti a jak je zvládat a využít. UNIPA d. [online]. © 2010. [cit. 2014-10-22]. Dostupné z www: <http://unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=60:porodniboolesti&catid=42:porod&Itemid=124>.

UNIPA. Průběh porodu: první, druhá a třetí doba porodní. UNIPA e. [online]. © 2010. [cit. 2014-10-22]. Dostupné z www:

<http://unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=134:prubehporodu&catid=42:porod&Itemid=124>.

UNIPA. Zajištění péče během porodu doma – doporučení. UNIPA f. [online]. © 2010. [cit. 2014-10-22]. Dostupné z www:

<http://unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=218:zajistenipecebehemporodudoma&catid=34>.

UNIPA. *Unie porodních asistentek* [online]. © 2010 [cit. 2014-12-26]. Dostupné z www:

<<http://www.unipa.cz/>>.

VÁVRA, Martin. Tři přístupy k analýze diskurzu - neslučitelnost nebo možnost syntézy?. In: Tichý, Radek, ed. *Miscellanea Sociologica 2006*. 1. vyd. Praha: Fakulta sociálních věd UK, 2006, s. 49-65.

VESELÝ, Arnošt. *Metody a metodologie vymezení problému: strukturace, definice, modelování a formulace problému v policy analysis*. Praha: CESES, 2005, 48 s

Waldenström. *Normal childbirth and evidence based practic*. Women and birth. 2007.

WHO. Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka. Ženeva, 1999.

WODAK, Ruth a Michael MEYER. *Methods of critical discourse analysis*. 2nd ed. Thousand Oaks [Calif.]: SAGE, 2009, ix, 204 p. ISBN 978-184-7874-559.

ZEMEK, Zdeněk a Antonín DOLEŽAL. Verdikt soudu, který neobstojí. In: ČLK. *TEMPUS MEDICORUM: Časopis české lékařské komory*. Mladá fronta a. s., 2011. ročník 20. ISSN 1214-7524. Dostupné z www: <http://merkur4.issa.cz/nw/www.lkcr-old.cz/document3.php?param=tempus_file,TEMPUS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=99050>.

Seznam odkazů na weby z poznámek pod čarou:

www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1148499747-sama-doma/213562220600074/

www.freebirth.com.au

www.netmonitor.cz/verejne-vystupy

www.praha.idnes.cz/smrt-ditete-po-domacim-porodu-d2l-/praha-zpravy.aspx?c=A140709_112940_praha-zpravy_kol

www.praha.idnes.cz/smrt-ditete-po-domacim-porodu-d2l-/praha-zpravy.aspx?c=A140709_112940_praha-zpravy_kol

www.tn.nova.cz/clanek/zpravy/cernakronika/smrt-pri-domacim-porodu-policie-zkouma-co-se-stalo-v-roztokach.html

www.unassistedchildbirth.com/

www.biostatisticka.cz/

[www.hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{"documentcollectionid2":\["GRANDCHAMBER","CHAMBER"\],"itemid":\["001-148632"\]}](http://www.hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{).

www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html

www.novinky.cz/zena/deti/206640-porodnik-pavel-calda-cisarsky-rez-na-prani-je-vec-diskutabilni.html

www.zena.centrum.cz/deti/tehotenstvi-a-miminko/clanek.phtml?id=796933

Seznam příloh

Příloha č. 1: Podmínky pro domácí porod (text)

Příloha č. 2: Mapa zemí uznávajících plánované domácí porody (text a obrázek)

Přílohy

Příloha č. 1: Podmínky pro domácí porod (text)

Aby porodní asistentka souhlasila s vedením porodu doma, musí být splněny podmínky, že žena i dítě jsou zdravé, žena zná výhody i rizika porodu doma i v porodnici a chce родit doma a je přesvědčena, že porod zvládne, asistentka je vzdělaná a vyškolená pro péči mimo porodnici a spolupracuje s ostatními odborníky, má přiměřené technické vybavení poskytovatele péče např. mobilní telefon, vlastní auto, doppler, CTG a přenosný resuscitátor s kyslíkovou bombou. Pokud žena či plod nejsou zcela v pořádku nebo nejsou splněny jiné podmínky pro plánovaný domácí porod, porodní asistentky se s ženou nedomlouvají na plánovaný domácí porod a ženu odkáží na specializované zařízení. „Porodní asistentka poskytuje primární porodnickou péči jen zdravým ženám (poradenskou službu může poskytovat všem ženám)“ (Štromerová2013).

Příznivci přirozených porodů neodmítají lékařské vymoženosti, je proto vypracován i plán převozu do porodnice. O převoz do porodnice samozřejmě může rozhodnout sama rodící žena, ale je důležitá přítomnost vyškolené porodní asistentky, která pozná možné komplikace a rozhodne o převozu do porodnice. Nestátní organizace Porodní dům U čápa, která usiluje o návrat přirozených porodů do českého porodnictví, sepsala také základní kroky pro zajištění bezpečné péče během plánovaného porodu mimo porodnici:

1. Anamnéza daného porodního procesu
2. Kontrola fyziologických funkcí ženy
3. Opakovaná kontrola ozev plodu a jeho prospívání (zevním vyšetřením)
4. Opakovaná kontrola postupu porodu (zevní, případně vnitřní vyšetření)
5. Snaha o vytvoření přívětivé, klidné atmosféry
6. Vytvoření čistého prostředí a používání sterilních pomůcek na jedno použití během vlastního porodu plodu
7. Pomoc ženě při zaujímání vhodné porodní pozice
8. Zajištění tepla a pohodlí pro ženu po porodu i novorozence
9. Opakovaná kontrola životních projevů novorozence (hodnocení APG skóre)
10. Kontrola stažení dělohy po porodu a kontrola krvácení
11. Pomoc ženě s přiložením dítěte k prsu
12. Je-li třeba, odebrání vzorku pupečnickové krve na vyšetření KS novorozence
13. Kontrola celistvosti placenty a blan, uložení placenty do plastového sáčku
14. Kontrola porodního poranění
15. Ošetření porodního poranění (použití jednorázových sterilních pomůcek)
16. Kontrola fyziologických funkcí ženy
17. Sepsání dokumentace
18. Vyplnění hlášení o narození dítěte (Štromerová2013).

Příloha č. 2: Mapa zemí uznávajících plánované domácí porody (text a obrázek)

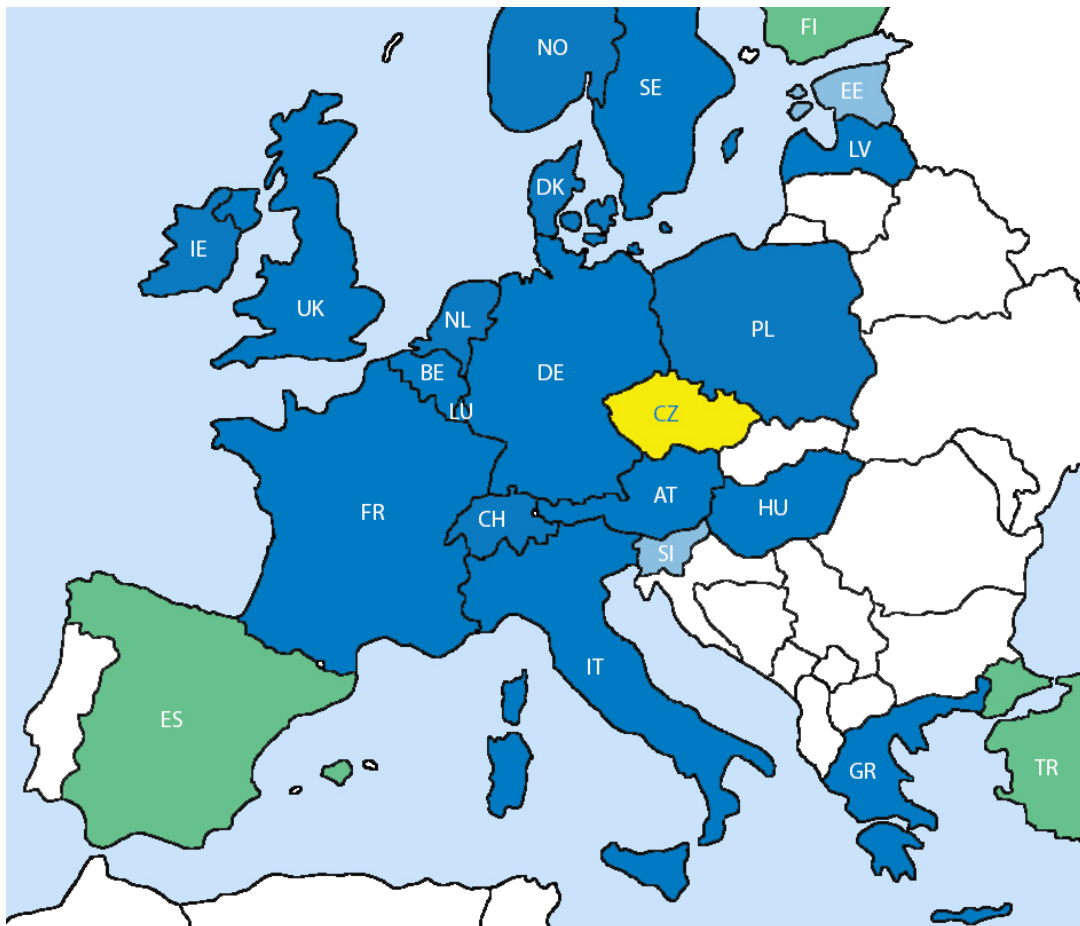
Mapa zemí uznávající plánované domácí porody

K tiskové zprávě Liga připojila tuto mapu s legendou:

státy modře - porod doma je za určitých podmínek výslovně povolen

státy světlemodře - legislativu povolující porod doma právě připravují

státy zeleně - porody doma tolerují, ale právně neupravují



(Zdroj: Liga lidských práv 2014)