

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

**Medikalizace porodů a její vliv na životy žen
50. – 60. let v českém kontextu**

Bc. Veronika Petešová

Plzeň 2013

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

**Medikalizace porodů a její vliv na životy žen
50. – 60. let v českém kontextu**

Bc. Veronika Petešová

Vedoucí práce:

Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2013

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, červen 2013

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Emě Hrešanové, PhD. za odborné vedení této práce, v jehož průběhu mi byly poskytnuty cenné rady a připomínky. Poděkování patří také všem dotazovaným respondentkám, které ochotně souhlasily s poskytnutím rozhovoru, a tím mi umožnily realizaci výzkumného projektu.

Obsah

Úvod.....	1
1. Teoretická část	4
1.1 Vývojové změny v české perinatologii v polovině 20. století	4
1.1.1 Porodní báby v 1. polovině 20. století.....	4
1.1.2 Zdokonalování porodnické praxe v polovině 20. století	5
1.1.3 Personální proměna při vedení porodu v polovině 20. století	6
1.1.4 Počátky české perinatologie	7
1.1.5 Mechanismy kontroly v české perinatologii v polovině 20. století.....	9
1.1.6 Česká perinatologie – od paragrafů k praxi	10
1.2 Koncepty společenské kontroly	11
1.2.1 Proces medikalizace porodů.....	11
1.2.2 Mechanismy kontroly z perspektivy medicíny	12
1.2.3 Koncept tělesného občanství.....	13
1.2.4 Koncept biomoci	14
1.3 Fyziologický průběh těhotenství a porodu	16
1.3.1 „Zdravé těhotenství, přirozený porod“	16
1.3.2 Prenatální diagnostika zdravotního stavu.....	17
1.3.3 Etické problémy spojené s vývojem prenatální perinatologie.....	18
2. Metodologická část.....	19
2.1 Biografický přístup.....	19
2.2 Metody sběru dat	19
2.3 Výzkumný vzorek a lokalita	21
2.4 Metody analýzy dat	23
2.5 Možná omezení a přínos studie	23
2.6 Etická otázka.....	24
3. Analytická část	26
3.1 Počátek perinatologie v praxi.....	27

3.1.1	Počátek perinatologie v praxi.....	27
3.1.2	Péče předporodní a porodní	27
3.1.3	Zdravotní péče v 50. až 60. letech 20. století	29
3.1.4	Kontrolované těhotenství a porod	30
3.1.5	Nutnost lékařských prohlídek	31
3.1.6	Spolupráce porodní asistentky a lékaře	32
3.1.7	Průběh porodu	33
3.1.8	Reflexe sdílených zážitků z minulosti.....	35
3.1.9	Poporodní péče.....	38
3.1.10	Genderový aspekt porodu – funkční komplementarita	40
3.2	Podpora rodiny	41
3.2.1	Matky jako mentorky	42
3.2.2	Investované náklady.....	43
3.2.3	Hrozba.....	43
3.3	Pracovní model 50. až 60. let 20. století	44
3.3.1	Pracovní model na vesnici vs. ve městě.....	46
3.3.2	Dvojí břemeno ženy	46
3.4	Přenos informací z generace na generaci	47
3.4.1	Plodnost ženy z pohledu tradičních společenských představ, zvyků a obyčejů... 48	
3.4.2	Fáze přirozeného generačního vývoje.....	49
3.4.3	Fáze nevědomosti.....	51
3.4.4	Nedostatek informačních kanálů.....	54
	ZÁVĚR.....	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	54
	RESUMÉ.....	57
	PŘÍLOHY	58

ÚVOD

Na konci 19. století a počátku 20. století byl porod doma naprosto přirozenou věcí a jiná možnost přivedení potomka na svět ani nebyla. Nebyla rozšířena specializovaná pracoviště, která by nabízela rodičkám zdravotní ošetření a předešla tak možným porodním komplikacím, ke kterým v nehygienických podmínkách domácností za pomoci laických porodních bab docházelo. Patřilo k běžné praxi, že žena nebo dítě během porodu umíraly.

Ještě na konci 18. století se kojenecká a dětská úmrtnost vyšplhala na rekordní hodnoty téměř 50 %. Tyto údaje shromáždil na českém území tehdejší přední porodník Jan Melič z výpisů matrik kostela sv. Mikuláše v letech 1696-1788. Z těchto pramenů vyplývá, že „z 22 625 porozených dětí v prvním roce zemřelo 6 157 dětí (27,2 %) a ve věku od jednoho roku do sedmi let 4 507 (19,9 %), což dohromady představuje 47% úmrtnost! Populační ztráty byly nahrazovány tzv. opakovanými porody multipar (mnohorodiček). Tyto extenzivní formy reprodukce trvaly až do 20. století.“ (Doležal 2001: 96) Další vývoj v míře kojenecké úmrtnosti je patrný na datech ze 40. až 60. let 20. století: „Kojenecká úmrtnost, jeden z hlavních ukazatelů kvality zdravotnického systému, poklesla z 87 promile (1945 – 1949) na 30 promile v roce 1945 a zhruba 20 promile koncem šedesátých let.“ (Svobodný, Hlaváčová 2004: 218)

Ve 20. století nastal průlom, který vedl od porodů v domácnosti s porodní bábou k institucionalizovanému vedení porodu lékařskými odborníky v porodnicích. Tento trend se dostal až do dnešní podoby, kdy se opět otevírá široká diskuze nad odborným vedením porodu doma a v porodnici. Podle Ingeborg Stadelmann, přední německé porodní asistentky, je společnost všeobecně schopna přijmout, když se dítě narodí nemocné, postižené nebo mrtvé, pokud se tak stane v porodnici i přes využití všech medicínských a technických vymožeností, ale jestliže se takové dítě narodí doma, společnost to odsuzuje a vidí za tím zanedbání možné pomoci a povinné péče (Stadelmann 2001, 36). Otevírá se tak otázka, zda je přirozené nést zodpovědnost za svého potomka i za možnosti stigmatizujícího pohledu společnosti nebo se spoléhat na

medikalizující všeobecnou lékařskou praxi, kde jsme chráněni v očích společnosti před fyziologickými riziky s porodem spjatými.

Právě tato otázka nás dostává v tomto momentě k tématu výzkumu a potažmo k záměru této práce. Dnešní společnost se stále více zabývá otázkou přirozeného porodu. Je „přirozené“ rodit doma, v citlivém prostředí, kde se matka i dítě může cítit lépe, nebo využít všech dostupných lékařských postupů, které zaručí ochranu zdraví dítěte i matky? Současné společenské debaty a potažmo debaty na odborné úrovni se věnují tématu přirozeného porodu (v prostředí příjemném pro ženu, s důrazem kladeným na její osobní potřeby, s citlivým přístupem nejen pro ženu, ale i pro nově narozené dítě) a na druhou stranu porodu bezpečnému (což pro odborníky a znalce značí porod kontrolovaný lékařskými prostředky v prostředí s maximálními možnostmi využití všech dostupných prostředků pro záchranu života matky a novorozence). Na pólech proti sobě tak stojí mnoho odborníků i laiků v oblasti porodnictví a vedou se velice živé diskuze.

V západních moderních společnostech se tělo ženy jako nositelky plodu dostává pod neustálou kontrolu a monitoring ze strany různých institucí, zkušenost ženy s těhotenstvím je tak ukotvováno v medicínských diskurzech a lékařských praktikách. To se však výrazně odráží na tom, jak žena prožívá těhotenství a porod, potažmo samotnou výchovu a přístup k narozenému dítěti (Young, 2005). Normativní vymezování a ustavování průběhu těhotenství a porodu zažilo v průběhu 20. století zásadní vývoj. A sice nekontrolované těhotenství a porod se v průběhu let dostalo z prostředí laického do prostředí medicínského a kontrolovaného společenskými institucemi.

Současná vědecká obec i laická společnost často diskutuje, v jaké míře medicínský diskurs zasahuje do přirozeného procesu reprodukce společnosti (z odborných prací např. Slepíčková, Šlezingerová, Šmídová, 2012), a proto vidím přínos studie v možnosti poukázat na problematiku medikalizace porodnictví v České republice využitím zkušeností žen, které samy prožily porod bez zcela institucionalizovaného zásahu společnosti a mají tak odlišnou zkušenost v kontrastu se ženami, které se pro těhotenství a následný porod v porodnici nebo doma rozhodnou dnes.

Ve výzkumu se snažím skrze zkušenosti žen, které rodily v 50. – 60. letech na českém území, zjistit, nakolik vznikající mechanismy kontroly průběhu těhotenství a porodu působily na změnu vnímání těhotenství a porodu v očích samotných žen. Tato diplomová práce je tedy zaměřena na to, jak ženy, které samy prožily porod svých potomků v době přesunu porodů z domácností do porodnic, pohlížely na tehdejší porodnickou praxi, jak změna v přístupu lékařské porodnické praxe ovlivnila jejich životy a jaké významy tomu přisuzovaly.

1. Teoretické zaštitění práce

V následující části se pokusím nastínit vývojové kroky, které vedly v době přesunu porodů z domácností do porodnic ke změně porodnické praxe na českém území. Vývojovou změnu se pokusím vysvětlit koncepty společenské kontroly, kterými se zabývali známí autoři. A na závěr kapitoly zdůrazním vývoj ve fyziologickém průběhu těhotenství a porodu.

1.1 Vývojové změny v české perinatologii v polovině 20. Století

1.1.1 Porodní báby v 1. polovině 20. století

Porodnická praxe se před 50. lety 20. století soustředila převážně do rukou tzv. „porodních bab“, které získaly svou autoritu nabytými zkušenostmi. Porody probíhaly v domácím prostředí, kam pouze docházela – řečeno jazykem dnešních odborníků lékařství – tato porodní asistentka, která zajišťovala médium informací o průběhu porodu a svými zkušenostmi mohla jako jediná pomoci budoucí matce při samotném porodu a při případných porodních komplikacích. I přes pomoc těchto zkušených ale přesto laických „porodních bab“ nebylo možné snížit velkou porodní a kojeneckou úmrtnost, která souvisela nejen s hygienickými podmínkami domácností, ale i s průběhem těhotenství. Jako zásadní komplikaci při úspěšném zvládnutí porodu, která se objevovala již během těhotenství, zmiňuje Tinková (2010) vysokou míru deformací pánve těhotných žen, která vznikala v důsledku jejich podvýživy. Tyto nedostatky zapříčiněné špatnou výživou žen a dalšími nedostatečnými lékařskými intervencemi nebylo možné kontrolovat metodami moderní vědy a techniky, jako je rozbor krve, ultrazvuk nebo celkový screening plodu. Nebylo tedy možné předcházet možným komplikacím a zamezit tak potratu a porodní či kojenecké úmrtnosti. Tato naprosto běžná praxe se začala měnit s procesem modernizace různých sociálních sfér a fyziologických aspektů života.

1.1.2 Zdokonalování porodnické praxe v polovině 20. století

Proces modernizace s sebou nesl bezesporu zlepšování zdravotních, sociálních a hygienických služeb a opatření, redukci novorozenecké úmrtnosti a prodloužení věku dožití. Celkové změny v poskytování služeb a zdravotnické péče v porodnické praxi, kdy se porody začaly přesouvat z prostředí výlučně domácího do prostředí lékařských pracovišť, a které tak můžeme považovat za revoluční, probíhají v českém prostředí ve větším měřítku přibližně od 50. – 60. let minulého století (Kapr, Koukola 1998: 56).

V první polovině minulého století stále mnoho matek i novorozenců umírala. Následné postupné snižování kojenecké úmrtnosti se připisuje lékařské vědě, ale je zapotřebí brát v úvahu i takové aspekty jako je zvýšení životní úrovně, hygiena a také zavedení systému prenatální péče (Štembera 2004: 42). Lékařská porodnická praxe se postupně začala specializovat a v první polovině 20. století vznikala nová odborná pracoviště pro hospitalizaci těhotných žen. V té době začalo vznikat i zdravotní pojištění a porod se přesouval ze soukromí domova právě do porodnic. Přesto u porodů byly většinou tzv. porodní asistentky. K porodu byl přivolán lékař jen v akutních případech (porodnice byly spojené s gynekologickými pracovišti). Do péče porodních asistentek byla svěřena nejen žena těhotná, rodící a šestinedělka, ale i komplexní péče o ženu.

První zmínky o této komplexní péči o ženu byly patrná např. na vzniku tzv. Ústavu pro péči o matku a dítě (ÚPMD) v polovině 20. století, na čemž je jasně vidět právě vznik a vývoj stále specializovanějších pracovišť pro těhotné ženy a novorozence na českém území. Prvním ředitelem ÚPMD od roku 1951 byl prof. MUDr. Jiří Trapl. Jiří Trapl patřil k pokrokovým porodníkům té doby. Propagoval nové směry v porodnictví. Jeho hlavním zájmem bylo, aby ošetření novorozence spadalo pod pediatriickou péči od samého narození dítěte a nikoli až po propuštění matky a dítěte z porodnice. Tyto pokrokové myšlenky tak významnou měrou přispěly k počátku spolupráce porodníka a pediatra již na porodním sále. Komunikace právě mezi porodníkem a pediatrem odhalila i nové otázky ohledně omezení postupů poškozujících zdraví matky tak dítěte během porodu (zmiňme např. metodu ukončení porodu vysokými kleštěmi), nebo zavedení nových praktik resuscitace asfyktického

novorozence (perinatální asfyxie vznikala nejčastěji při prodlužovaném porodu). V rámci ÚPMD se také přistupovalo k zavádění psychoprofylaktické přípravy k porodu, preventivního a léčebného tělocviku pro těhotné ženy. V porodnictví tak nastaly kvalitativní změny, které se postupně rozšiřovaly i po celém území tehdejší Československé republiky, mezi nimiž musíme zmínit také změny v uplatňování moderních biochemických metod a používání elektroniky (např. kardiokografie, ultrazvuk, výpočetní technika) (Čech, Hájek, Maršál, Srp 1999: 20).

1.1.3 Personální proměna při vedení porodu v polovině 20. století

Větší intervenci porodníků a jejich mezinárodní spolupráci můžeme datovat na konec 18. a začátek 19. století, kdy se mezi průkopníky nových směrů v porodnictví na českém území zapsal významný porodník Jan Melič (1763-1837). Ten se přikláněl v té době k velice novátorskému přístupu sociálních aspektů v porodnictví. Zastával totiž na tehdejší dobu dost pokrokovou myšlenku, že o rodičku je potřeba se odborně postarat během celého jejího těhotenství, během porodu, ale také po něm (Doležal 2001: 94). Tuto tezi můžeme považovat na českém území za jednu z prvních, kdy se do porodnictví dostávají prvky odborné péče, přesto od teorie k praxi bylo zapotřebí ještě spousta času.

Melič si také uvědomoval, že již skončila doba, kdy by se k porodům dostávali pouze ženy tzv. porodní báby, ale že porodnictvím jako takovým se stále větší měrou zabývá exaktní lékařská věda. O vedení porodu se stále více zajímali porodníci muži, kteří již toto povolání nebrali jako nedůstojné, ale přistupovali k němu jako k lékařskému zákroku, který je potřeba vést na odborné úrovni nejen pro záchranu dítěte, ale i matky (Doležal 2001: 94).

Veškeré léčebné úkony spjaté s těhotenstvím či porodem byly na konci 40. let 20. století převedeny na lékaře či na odborně školené pomocné síly a na lékařská zařízení, která se zabývala léčebnou péčí. Zodpovědnost za zdraví ženy a dítěte se tak institucionalizovalo, přešlo z laických porodních bab na školené pracovníky, kteří byli pod dozorem vyššího personálu, potažmo vedení nemocnic a státu. Na konci října 1948

vyšel zákon upravující pravomoci porodních asistentek, které mohly vykonávat dál pomocné praxe porodnické, ale za určitých podmínek. Již roku 1947 vydalo Ministerstvo zdravotnictví výnos, kterým se tyto podmínky upravovaly. Porodní asistentky, které se aktivně chtěly dále věnovat poradenství a pomoci ženám v domácnostech, musely projít povinným dvouletým školením. Tyto porodní asistentky se pak věnovaly zejména ženám, které neměly nárok na národní pojištění nebo nebyly natolik majetné, aby mohly cestovat na Okresní ústav národního zdraví (dále jen OÚNZ), kde byly tyto služby ženám k dispozici (Štembera 2004: 44). Vytvořily se nové pracovní pozice OÚNZ, které mohly být zaplněny ženami, které měly spoustu zkušeností jak s průběhem těhotenství tak porodu a zároveň prošly školením a v průběhu praxe i dalšími doškolovacími programy.

1.1.4 Počátky české perinatologie

Personální změny ve vedení porodu se odvíjely od vzniku české perinatologie. Počátky perinatologie v českém prostředí můžeme datovat na období nové legislativy na konci 40. a v 50. letech 20. století. S přijetím nové legislativy vycházely vypracované zákony ve zdravotnictví, které se zabývaly péčí o matku a dítě:

§ 11,1. Manželství, rodina a mateřství jsou pod ochranou státu.

§ 11,2. Stát je povinen pečovat o to, aby se rodina stala zdravou základnou rozvoje národa.

§ 12,1. Dětem zaručuje stát zvláštní péči a ochranu, zejména činí soustavná opatření k snížení dětské úmrtnosti.

§ 29,2. Ženy mají nárok na zvláštní péči v těhotenství a mateřství, děti a mládež pak na zajištění svého plného tělesného a duševního rozvoje.

§ 29,3. Tato práva jsou zajištěna zákony o národním pojištění a veřejnou zdravotní a sociální péči. (Ústava Československé republiky, 1948)

V nové ústavě z roku 1948 již tedy můžeme najít nejen zákony o institucionalizované zdravotní péči, ale také zákony o finančním zabezpečení matky.

Výše zmíněné paragrafy jsou doplněny o zákony v léčebném řádu, které se k tomuto vztahují: „Národní pojištění poskytuje ženám těhotným a rodičkám:

- I. Dávky věcné: Mimoústavní ošetřování, ústavní ošetřování, dětskou výbavu.
- II. Dávky peněžité: Peněžité dávky v mateřství a náhradu za výpomoc v rodině.“
(Štembera 2004: 43)

Přestože těhotenství a porod bylo podle Štembery více pozorováno z fyziologického hlediska a zdravotní stav ženy i plodu začal být na konci 40. let více kontrolován také legislativní složkou státu, přistoupení k lékařskému ošetření nebo celková hospitalizace byla stále na rozhodnutí ženy. To znamená, že žena měla možnost využít případnou lékařskou péči, pokud o to sama zažádala nebo na doporučení lékaře, poradny nebo porodní asistentky. A právě těmito způsoby se ženy dostávaly do veřejných porodnic, nemuselo se tedy vyloženě jednat o patologický průběh porodu – pokud žena chtěla родit v porodnici, bylo jí to zprostředkováno (Štembera 2004: 43). Štembera dále upozorňuje, že až do 40. let 20. století rodilo v porodnicích na českém území jen něco málo přes 20 procent těhotných žen. „Určitý i když nevelký podíl na tomto nízkém procentu měl důsledek přetrvávající platnosti zákona z r. 1888, podle něhož měly být přijímány do porodnice rodičky jen v nejnutnějším případě se závažnými komplikacemi.“ (Štembera 2004: 25) Podmínky pro zajištění péče tak byly omezené a na základě faktu, že profesionalizace porodnicko-gynekologická vznikla až v roce 1936 (Štembera 2004: 25), ženy neměly možnost родit v porodnici za každé situace. Proto můžeme změnu v samostatném rozhodnutí ženy, zda chce nebo nechce v porodnici odrodit své dítě, považovat za pokrokový.

Celkový pohled se změnil i v nahlížení na samotné těhotenství a porod z pohledu fyziologického procesu. Těhotenství a porod se přestalo brát jako stav, kterým žena ve svém biologickém cyklu prochází, ale jako „jiný“ stav, který je nutné mít pod zdravotním dohledem. Zdravotní obtíže, které se během těhotenství nebo během porodu objevovaly, byly brány jako přirozené, procházela si jimi většina žen. Později však byly tyto obtíže vnímány jako zdravotní komplikace a konceptualizovány jako patologické jevy, které je nutné sledovat a případně léčit. Těhotná žena je tak automaticky vnímána

jako nemocná. „Jestliže těhotenství, porod a šestinedělí probíhaly patologicky, posuzují se jako nemoc a podmínky i způsob ošetřování se řídí předpisy o ošetřování v nemoci.“ (Štembera 2004: 43)

1.1.5 Mechanismy kontroly v české perinatologii v polovině 20. století

Každý okresní ústav národního zdraví musel během svého působení zajišťovat určité náležitosti. Tyto náležitosti upravovalo vládní nařízení paragrafy ze 7. 9. 1948:

§ 4, odst. 4. Ústav upraví a zajistí evidenci těhotných žen.

§ 6, odst. 2. Každý ústav musí mít poradnu pro těhotné ženy.

Přestože byly položeny základy pro organizační strukturu zdravotních zařízení, která poskytovala ženám péči, izolovanost práce nemocnic, porodnic, ambulancí i soukromých lékařů neodpovídala představám soudobých požadavků státní správy. Proto vyšlo v roce 1951 vládní usnesení, které mělo sloučit jak ambulantní tak preventivní, léčebnou a lůžkovou péči o matku i dítě. Kontrola státem je v těchto bodech nepřehlédnutelná. Byly sjednoceny zásady organizačního a normativního řádu pro péči o matku a dítě. Veškerá byrokratická složka a evidence o těhotných matkách a porodech vycházela z dokumentů, které se zavedly v každém zdravotním zařízení s porodnickou praxí. Jednalo se zejména o *Hlášení o narození dítěte* nebo *Léčebný ohledací list* u mrtvě narozených dětí. Tyto a další kopie dokumentů se odevzdávaly na matrice a matriční obvody pak dále materiály odesílaly do Státního úřadu statistického (Štembera 2004: 45).

Unifikace v oblasti poskytování péče o matku a dítě měla zlepšit dostupné prostředky léčebných praktik a usnadnit tak ženám dobu porodní i poporodní. Úkoly tzv. hlavního odborníka při Ministerstvu zdravotnictví na začátku 50. let bylo organizovat jednou za rok sjezd, na kterém odborníci v oblasti porodnictví projednávali preventivní kroky, které by vedly k eliminaci mateřské a novorozenecké úmrtnosti. Tyto soustavné kroky k unifikaci péče o matku a dítě měly stále zvyšovat kvalitu

poskytované péče a tak komplikacím, potratům a úmrtím předcházet (Štembera 2004: 44).

1.1.6 Česká perinatologie - od paragrafů k praxi

Přes všechny tyto snahy sjednotit a zkvalitnit péči o matku a dítě byl postup od vydání zákonů a nařízení ke každodenní klinické práci spíše pomalejšího charakteru. Nově vzniklé prenatální poradny, které zajišťovaly zdravotní prevenci, evidenci těhotných žen, výzkum a výchovu, nezačaly ženy navštěvovat v takové frekvenci, jaká se očekávala. Pokrok byl spíše postupný, což bylo ovlivněno i teritoriálně, v různých okresech s různou intenzitou. Nové poradny vznikaly nejdříve ve větších městech a to při porodnických ústavech, kde byla zajištěna v případě potřeby pro patologická těhotenství okamžitá hospitalizace na lůžkovém oddělení. Zdeněk Štembera ve své knize *Historie české perinatologie* dále uvádí, že Ministerstvo zdravotnictví provedlo rok po zavedení nových nařízení o prenatálních poradnách kontrolu, aby se zjistily příčiny tak pomalého navyšování návštěvnosti poraden. Při provedené kontrole se zjistilo, že: „Ze 707 evidovaných poraden v roce 1949 bylo 52 mimo provoz, 96 bylo hygienicky závadných a 417 nemělo pro svoji činnost samostatnou místnost (vyšetřování žen probíhalo buď ve školách nebo místnostech místních národních výborů).“ (Štembera 2004: 45)

Z toho vyplývá, že počátky prenatálních poraden byly spíše laického charakteru a svou odbornost a maximálně vhodné podmínky pro fungování si budovaly až v průběhu let. Autor dále uvádí, že spousta okresů naprosto ignorovala nový zákon a poradny nezřizovaly vůbec. Od toho se odvíjí i byrokratická evidence těhotných, živě a mrtvě narozených dětí nebo jejich míry a průběh porodu. Některé ústavy pracovaly stoprocentně a evidence byla úplná, od některých se dostávaly formuláře nedostatečně vyplněné nebo se u mrtvě narozených dětí nevyplňovaly vůbec. Tak docházelo ke statistickému zkreslení a zpětně se údaje dohledávaly jen velice složitě (Štembera 2004: 45). Na této ukázce můžeme jasně vidět, jak byl přechod od porodů vedených v domácnostech k porodům ve specializovaných pracovištích složitým procesem, který

prošel jak vývojem legislativním tak byrokratickým a často narážel na nepřizpůsobivost lékařských pracovníků a pracovišť, která se nechtěla učit novým postupům a metodám.

Níže se pokusím na základě tezí některých autorů vysvětlit, jaký vliv měly všechny tyto pokroky v medicínské praxi a v poskytování služeb na těhotné jako na samotný subjekt proměny vnímání tělesnosti a jak společenské představy a medicínské praktiky a technologie mohou produkovat kontrolu.

1.2 Koncepty společenské kontroly

1.2.1 Proces medikalizace porodů

Moderní technologie, které medicína na počátku 20. století stále více využívá i v porodnictví, jsou pro vykonavatele lékařské praxe pouze prostředníkem nebo nástrojem v průběhu těhotenství a porodu. Využívají se pro zjišťování aktuálního zdravotního stavu ženy a jejího nenarozeného dítěte a případného dalšího léčení. Jako základní ovlivňující aspekt se ale jeví spíše proces, který byl definován podle Gabe, Bury a Elston přibližně až v 60. až 70. letech jako klíčový sociologický koncept, a sice jako koncept sociální kontroly. Jedná se o medikalizaci, což je proces, při kterém medicínské aspekty získávají sociální rovinu kontroly, „nemedicínské problémy se definují jako problémy medicínské, obvykle jako nemoc či choroba“ (Gabe, Bury, Elston 2004: 59). Přestože se tento pojem objevuje až později, můžeme jej aplikovat i na období přechodu porodu z domácností do porodnic. Ženské tělo se totiž během těhotenství a porodu stále více kontroluje, stává se disciplinovaným a normy ženského těla se ustavují v rámci těchto medikalizačních procesů.

Pojem medikalizace se začal používat v postmoderních společnostech a jde především o „způsob, kterým se převádí některý z aspektů lidského života nebo tělesný stav člověka do profesní lékařské sféry.“ (Bártlová, Matulay 2009: 61). V profesní lékařské praxi se označují určité sociální a fyziologické aspekty lékařskou terminologií, jsou vnímány jako odborné lékařské problémy a je nutné, aby tyto problémy byly intervenovány lékařskou komorou. Obecnější definicí medikalizace se zabývá kniha *Etika a organizační kultura v managementu zdravotnictví*. V minulosti běžně vnímané

životní jevy a procesy jsou nahlíženy medicínsky. Za běžně vnímané životní procesy můžeme právě tak považovat těhotenství a porod. Medikalizace porodnictví tedy v této konotaci vyjadřuje řešení všech problémů (s těhotenstvím a s porodem spjatých, které jakkoli nekorespondují s běžnou praxí) lékařskou intervencí. Medicínský způsob řešení je postaven na pozorování a následném léčení chemickými či přírodními preparáty, které jsou předepsány daným odborníkem (Ivanová 2006: 30). Jestliže ale chceme určit, jaká situace spadá do případů klasických, a která již vybočuje z bezproblémového průběhu těhotenství a porodu, musíme celý vývoj těhotenství a porodu sledovat. Takto se dostává jedna z nejpřirozenějších aspektů vzniku nového života ze sféry domovů, laických „porodních bab“ a nekontrolované reprodukce k odborníkům medicínské praxe, ale i do legislativy, byrokracie a obecného sociálního života.

Medikalizace plně zasahuje do životů, smýšlení a vědění, i do každodenního rozhodování o našich tělech. Medikalizace přímo neohrožuje lidské právo na sebeurčení a autonomii, přesto se dostává do našich životů skrze regulační techniky institucionálních orgánů.

1.2.2 Mechanismy kontroly z perspektivy medicíny

Mezi základní autory, kteří vnímají průběh reprodukce, těhotenství a samotné řízení porodu jako aspekt, který ovlivňuje celou společnost, patří Gabe, Bury a Elston (2004). Ti tvrdí, že v individuálním lidském životě patří zplození potomka k velice subjektivnímu prožitku a intimní tělesné zkušenosti jedince, přesto se tato skutečnost významným způsobem dotýká i celé společnosti. Širší společenské konotace na druhou stranu silně ovlivňují právě subjektivní zkušenost a ve svém důsledku ji přetvářejí (Gabe, Bury, Elston 2004: 140). Tělesná zkušenost těhotenství tak získává nejen dimenzi intimního prožitku, ale vzniká zde nová rovina, která je s touto silně provázána.

V knize *Key Concepts in Medical Sociology* (Gabe, Bury, Elston, 2004) se dále uvádí, že proces medikalizace vzniká s označením určitého problému jako deviantního a tuto deviaci je nutné napravit, tedy vyléčit. Tak jako se dá vyléčit nemoc, dá se vyléčit i nově definovaná nemoc jako je např. alkoholismus, hyperaktivita nebo jiné formy

nekonformního až kriminálního jednání. Lidské problémy, které dříve nebyly definovány jako nemoc, tak získávají novou medicínskou nálepku. Normalizují se termíny jako je zdravý či nemocný/normální či vymykající se standardu. A tento standard je třeba kontrolovat. Lidské tělo se tak normalizuje, vytyčují se hranice, co je přípustné a co už musí podléhat lékařské intervenci (např. těhotenství nebo menopauza).

Představa o ideálu lidského těla podléhá stigmatizujícím mechanismům kontroly medicínské praxe. Medicínský pohled na tělo jako na (v ideálním případě) neměnné a stále se s otěhotněním ženy mění. Ženské tělo se během každého trimestru vyvíjí, s tím přichází i kontrola ze strany medicínských institucí. Neustálé proměňování ženského těla během těhotenství se tak dostává do konfliktu s všeobecně uznávaným pohledem medicíny, a sice že lidské tělo je v ideálním případě zdravé, bez komplikací a zjevných obtíží a tělesných změn. Jakákoli změna je vnímána jako projev nestability, nerovnováhy a tedy je nutné jej kontrolovat, léčit anebo alespoň udržovat ve „stabilizovaném stavu“ (Young 2005: 48).

Těhotné ženské tělo v západních společnostech je podřízováno kontrole, neustále se dohlíží na to, aby žena dodržovala určitá nařízení a doporučení ohledně správné životosprávy, aby docházela na lékařská vyšetření a vůbec se připravovala na porod a úlohu mateřství. Kontrola se legitimizuje prostřednictvím medicínských praktik, které mají ženě i dítěti pomoci. Jedná se zejména o naplňování kulturních předpokladů o zdravém těle a praktiky a technologie, jak tohoto zdravého těla docílit. Lékaři získávají status toho, kdo je schopný interpretovat budoucí matce to, co se děje s jejím tělem, stávají se prostředníkem pro artikulaci procesů uvnitř těhotného těla. Společensky sdílené představy o těhotenství, o vedení porodu, ale i o mateřství tak postrádají subjektivní prožitek ženy v těhotenství (Kukla 2005: 296) a odkazují se na vyšší priority, což má být v tomto případě zdraví matky a dítěte.

1.2.3 Koncept tělesného občanství

Jak jsme si řekli výše, medikalizace zasahuje do života jedinců ve velké míře zejména z hlediska vnímání tělesnosti. Ženské tělo je normalizováno, tedy je skrze

pojmy a praktiky medicíny ustavováno, jak má žena o těhotné tělo pečovat, jakých prostředků k tomu má využívat. Všechny tyto praktiky medicínské praxe jsou monitorovány a skrze vykonavatele kontroly (v našem případě lékaře) jsou procesy ženského těla artikulovány nejen ženě samotné, ale i v rámci celého systému. Výkon kontroly je upevňován lékařskými záznamy, možnými statistikami o těhotenství ženy a normalizací lékařské porodnické terminologie. Stírá se tak rovina subjektivního prožitku ženy během těhotenství a porodu.

Do terminologie a následně do praxe lékařské obce se dostávají aspekty nejen zdraví a nemoci (tedy co je za nemoc považováno a co už ne), ale i aspekty subjektivního prožitku a na druhé straně regulace těl prostřednictvím systémem vytvořených norem. Radka Dudová (2012) v této souvislosti zmiňuje koncept tělesného občanství. Státní útvary disponují právem na regulaci těl svých občanů. Děje se tak za účelem manipulace a určité „správy“ ohledně fyzických možností a zdraví svých občanů. Tento fenomén je patrný hlavně v oblastech biopolitiky, jako jsou reprodukční strategie a praktiky, které jsou dnes a denně využívány v běžném životě (např. nové možnosti genetických testů nebo stále rozvíjející se reprodukční technologie). Jako důkaz těchto počinů nám mohou sloužit, jak z historie, tak ze současných politických strategií některých států, pronatalitní nebo antinatalitní politiky. V tomto případě je úzce provázána sféra expertní kontroly, ve které je medikalizace vnímána jako lékařský dohled a rozhodování o tom, kdo je zdravý a kdo nemocný, kdo má nárok na život a kdo už ne, a sféra státní kontroly, která dohlíží na tento proces expertní kontroly, dává jí směr a legitimizuje její rozhodnutí (Dudová 2012: 17).

1.2.4 Koncept biomoci

V rámci dalšího rozklíčování společenské kontroly, manipulace a regulace lidské tělesnosti se budu zabývat konceptem biomoci, který formuloval Michele Foucault. V této části nastíním, jak se biomoc podle Foucaulta utváří a kdo za ní stojí, tedy jak je produkována v rámci sociální sféry.

Tento koncept navazuje na koncept moci, ve které jeden subjekt usiluje o ovládnání a usměrňování druhého subjektu. Přesto moc není ve své podstatě represivní, nejedná se o moc autoritativní. Skrze takovou podobu moci je produkováno vědění, vynalézají se nové formy přesvědčování a regulací, pobízí jedince k určitému jednání. Moc nemůže přímo vlastnit nějaká konkrétní forma instituce nebo třída, moc je utvářena a praktikována všemi navzájem, ve společném vztahu jak ovládajícími tak ovládanými. Foucault odmítá tradiční pojetí moci, kdy jedněm je moc odepřena a druhí jí disponují. (Foucault 1990: 143). V rámci diskurzu zdraví a medicíny obecně se uplatňuje technologie tzv. disciplinární moci. Disciplinace se zaměřuje na lidské tělo jako na tvárný aparát, který je možné přizpůsobovat historicky podmíněným měřítkům normality. Tělo se podřizuje vnějším vlivům, které působí na člověka, a ten si pak zvnitřňuje praktiky, které upravují jeho tělesnou schránku. Lidská tělesnost se tak v čase přizpůsobuje, mění, je stále vylepšována a podrobována, lidské tělo musí být poslušné (Foucault 2000: 139).

Biomoc můžeme označit za jeden z důležitých stavebních kamenů kapitalismu, proto nás nemůže překvapit, že tato moc slouží k určitému ustavování lidských těl do forem příznivých pro daný systém. Této manipulace s tělesností se využívá pro vytvoření užitečných rolí, „jako je např. zdravý, rozumný, předvídatelný a produktivní jedinec (pracovní síla)“. (Parusníková 2000: 132) Ovšem manipulace jako taková není drastická a nekompromisní. Jedná se o síť jemných regulací a záměrných nařízení, které jsou nenásilnou formou začleňovány do života jedinců a potažmo do života celé populace skrze administrativní aparáty a instituce daného moderního státu. Ustavování moci skrze instituce a aparáty k tomu určené nazývá dále Foucault *governmentality* a jedná se o způsob vládnutí a uplatňování moci, ve které veškeré regulační aktivity zasahují do společenského života (Foucault, 1990). Takto se s biomocí a jejími regulačními technikami můžeme setkat v rodině, ve školách a podobných institucích, ale i v byrokratických institucích, jako je legislativní aparát nebo parlament. Přesto nelze tvrdit, že biomoc a potažmo regulace a manipulace skrze proces medikalizace je v něčích rukou nebo zastoupena určitými orgány nebo subjekty. Biomoc prostupuje celou společností a je automaticky přijímána a lidmi zvnitřňována jako postupný vývoj

např. lékařských postupů. Novodobé nástroje biomoci jako je natalita, mortalita, demografie, statistiky nemoci, patologie a další byly cíleně zkoumány a shromažďovány s nástupem moci, která shromažďuje a tvoří základní stavební kámen pro životní podmínky a správu reprodukce obyvatelstva.

Na základě předložených konceptů a tezí můžeme říci, že přizpůsobování se společenským normám není chápáno jako negativní manipulace a regulace našich těl, v mnohých případech se v rámci medicíny i jiných sociálních sférách usiluje o pozitivní rozvoj společenských vztahů i jiných konotací společenského života. Přesto koncept biomoci není okleštěn od politických a vládních struktur, které skrze administrativní aparáty moderního státu řídí jemnými mechanismy regulace a manipulace vývoj jedince i celé populace. Biomoc zasazuje život do oblasti politiky a vládnutí, skrze niž spravuje zdraví jedince potažmo populace, „vnesla život a jeho mechanismy do oblasti explicitních kalkulací a učinila vědění – moc silou transformace lidského života.“ (Foucault 1990: 143)

1.3 Fyziologický průběh těhotenství a porodu

1.3.1 „Zdravé těhotenství, přirozený porod“

V současné době můžeme často slyšet o tzv. přirozeném porodu a zdravém těhotenství. Ve většině médií se můžeme setkat s pojmem přirozený porod, který je často označován jako fyziologický porod doma nebo v prostředí podobném domovu, v prostředí přirozeném pro matku i dítě, bez zbytečných rutinních zásahů medicínské praxe. Otázkami zdravého těhotenství a přirozeného porodu se do nejmenších detailů zabývá například německá porodní asistentka a klasická homeopatka Ingeborg Stadelmann ve své knize *Zdravé těhotenství, přirozený porod*.

Autorka provádí čtenáře celým průběhem těhotenství, porodu i šestinedělí a vysvětluje veškeré fyziologické i psychické procesy, které během těhotenství, porodu i na počátku péče o dítě nastávají. V knize autorka zdůrazňuje zejména to, že fyziologický průběh těhotenství a porodu úzce souvisí s psychickým stavem ženy. Jako základní fyziologické proměny, které s těhotenstvím přicházejí, není pouze žaludeční

nevolnost, pnutí prsou nebo nárůst váhy, Stadelmann hovoří o všech proměnách, které těhotenství provází. Jedná se také o zvýšenou citlivost čichu, proměny v chutích ženy, ale například i počáteční hubnutí, čímž se tělo zbavuje uložených škodlivin, nebo silné výkyvy nálad a psychická nevyrovnanost (Stadelmann 2001: 26-35).

1.3.2 Prenatální diagnostika zdravotního stavu

Moderní technologie a medicínský pokrok umožnil lékařům, aby se více zaměřili na vývoj plodu již v počátcích těhotenství. Díky ultrazvuku, laboratorním testům krve a moči, kontrole váhy a tlaku ženy, díky měření srdečních ozev dítěte a děložních stahů matky, vaginální kontrole a dalšímu lze v průběhu celého těhotenství kontrolovat zdravotní stav jak matky, tak dítěte a předcházet nebo se naprosto vyvarovat možným komplikacím. Žena má možnost tzv. prenatálního vyšetření plodu. Jedná se o prenatální diagnostiku zdravotního stavu dítěte. Tato alternativa vyšetření plodu byla ženám umožněna až s nástupem moderních technologií a moderní medicíny. Jedná se o vyšetření dítěte v těle matky: ultrazvuk nebo vyšetření plodové vody (tzv. amniocentéza). Pomocí této metody lze již v raném stádiu těhotenství rozpoznat, zda plod nepodléhá některé ze závažných nemocí např. Downovu syndromu. Přestože jsou tyto metody rozeznávání nemocí již na vysoké úrovni, nikdy lékaři nemohou rozhodnout o stoprocentní jistotě poškození plodu. Jestliže lékaři podle testů odběru plodové vody diagnostikují velké procento možnosti poškození plodu, přiklánějí se k umělému přerušování těhotenství. Toto rozhodnutí však zůstává plně na matce, která může k potratu přistoupit nebo nést dál plnou zodpovědnost za případné zdravotní komplikace jak svoje tak dítěte (Rotter 1999: 43). Moderní medicína je v současnosti na vysoké úrovni, přesto nikdy nemůže s naprostou jistotou matce potvrdit nebo vyvrátit poškození plodu, proto je z etického hlediska rozhodnutí o potratu velice složitým a nezáviděníhodným životním rozhodnutím v životě matky i otce dítěte.

Ke všem vymoženostem moderní medicíny se tedy také váží dilemata, které se v době, kdy probíhal porod doma, nevyskytovaly, a které musí řešit současná psychologická praxe a instituce poradenství pro nastávající matku. Na jednu stranu

může vyšetření v příznivém podání uklidnit rozpolcenou matku a dodat jí jistotu, což má za následek většinou pozitivní vliv na plod a celý průběh těhotenství. Na druhou stranu mohou špatné výsledky testů matku ještě více rozrušit a dramaticky zhoršit již takto nepříliš dobrý zdravotní stav matky a potažmo plodu. Psychická kondice matky má totiž nepopíratelně velký vliv na fyziologický stav matky i dítěte (Stadelmann 2001: 101).

1.3.3 Etické problémy spojené s vývojem prenatální perinatologie

Objevují se i další etické problémy, které s prenatálním vyšetřením plodu souvisejí. Diagnostikovaná závažná choroba může vést matku k rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství, o kterém se matka musí rozhodnout v určitém časovém horizontu, kdy je na ní kladena velká psychická zátěž, tudíž není ve stavu, kdy by mohla uvažovat o veškerých důsledcích svého rozhodnutí. Kdyby žena byla s komplikacemi, které během vývoje plodu nastaly, seznámena až po porodu, musela by čelit této skutečnosti s odstupem a již by neměla možnost volby. Je diskutabilní, zda by žena bez informace o poškození plodu během těhotenství byla v psychické pohodě a její psychický stav by tak nemusel mít ještě negativnější vliv na vývoj samotného plodu. A samozřejmě jak již bylo řečeno, lékaři nemohou diagnózu poškození plodu určit stoprocentně. Vždy je tu tedy pravděpodobnost, že i přes nepříznivé výsledky testů plodové vody bude dítě v pořádku (Rotter 1999: 42). Na druhou stranu, když už se narodí dítě se závažnými zdravotními komplikacemi, je tato žena schopná nebo má možnost se o takové dítě postarat? Nebylo by pro rodinu lepší, kdyby se předem přistoupilo k umělému přerušení těhotenství a žena, potažmo rodina, by se vyhnula velké zátěži spojené s výchovou např. duševně nebo tělesně postiženého dítěte? Vývoj prenatální perinatologie tak s sebou přinesl spoustu změn a dilemat, které řeší v současné době žena, která se rozhodne pro reprodukci.

2. Metodologická část

Následující část je věnována metodologickým postupům daného výzkumu, postupně výběru kvalitativní metody zkoumání, metodě sběru dat, volbě a specifikům výzkumného vzorku a lokality, metodám analýzy dat, možným přínosům a omezením studie a konečně etickým otázkám, které se k danému výzkumu vztahují.

2.1. Biografický přístup

V rámci výzkumu jsem se snažila zachytit, jak ženy vnímaly určitou životní fázi a jaký význam těmto událostem dávaly. Pro tento styl vyprávění je příhodný biografický přístup. V rámci biografického přístupu se využívá komparace, sleduje se vícero lidí, snaží se zaznamenat vzorce životních drah. Výzkumník tak hledá, co spojuje tyto příběhy v jeden celek, které ovlivňující faktory zasahují do života lidí společně a jak to tito lidé vnímají. Jelikož byl výzkum zaměřen na určitý segment životní dráhy žen, můžeme říci, že se jednalo o epizodickou biografii, při které ženy vyprávěly o určité etapě svého života.

Výzkumné pole biografického přístupu se zaměřuje na životní dráhu lidí, na historické trendy a události a na danou kohortu (lidé, kteří se narodili v historicky stejné době a sdílejí proto společnou historickou zkušenost). K pochopení konceptu životního cyklu a celkového studia životních drah člověka je biografický přístup jeden z nejvhodnějších.

2.2 Metody sběru dat

Pro daný výzkum byly zvoleny polostrukturované rozhovory s prvky narativních biografických rozhovorů. Polostrukturované rozhovory poskytují na jednu stranu otevřené pole pro otázky, které mohou vyplynout v danou chvíli z rozhovoru, získává větší zpětnou vazbu od respondenta, na druhou stranu drží výzkumníka a potažmo respondenta ve vymezeném poli zkoumané problematiky. Výzkumník se tak

nedozvídá pouze to, na co se při rozhovoru cíleně zeptá a zároveň má možnost položit doplňující příhodné otázky. Výzkumník se tak sám může rozhodnout, v jaké chvíli je již respondentova výpověď dostačující pro naplnění daného cíle výzkumu. Jako metoda sběru dat byla tedy zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů „face to face“ neboli v přímé interakci s respondentkami. (Disman 2007: 124).

V rámci výzkumu bylo nutné vytvořit otevřené otázky, které se nemusely pokládat vždy ve stejném pořadí, ale bylo potřeba, aby se respondentky ve svém líčení dostaly ke všem oblastem, které byly pro daný výzkum vytvořeny. Rozhovory probíhaly po společné domluvě výzkumnice s respondentkou v domácnostech samotných dotazovaných. Celkem proběhlo pět rozhovorů. Dva rozhovory se ženami, které prožily porod svých dětí v domácím prostředí, dva rozhovory se ženami, které ve sledovaném období již rodily v porodnici, a konečně poslední rozhovor proběhl se ženou, která celý život pracovala jako porodní asistentka a její začátky profese se datují taktéž na 50. až 60. léta 20. století. Tato žena vyprávěla nejen o počátcích své praxe, o zkušenostech porodní asistentky a porodnické praxi obecně, ale plynule se dostala i k vlastní zkušenosti s těhotenstvím a porodem, který prožila také již v porodnici. Rozhovory probíhaly právě v prostředí domovů žen zejména kvůli pohodlí, ženy tak nemusely řešit své zdravotní komplikace a mohly bez problémů přizpůsobit průběh rozhovoru svým každodenním návykům, což bylo výhodné i pro samotné účely výzkumu. Rozhovory totiž byly nahrávány na diktafon, přičemž by prostředí kavárny nebo jiného veřejného místa mohlo rušit čistotu záznamu a také ženy se bezesporu cítily ve svém přirozeném prostředí lépe, necítily se sklíčeně a nervózně a mohly se tak nerušeně soustředit na otázky výzkumnice a na své osobní příběhy. Rozhovory probíhaly s každou ženou zvlášť a většinou o samotě, jen ve dvou případech bylo přítomné i vnuče právě dotazované ženy, se kterým byl rozhovor předem domluven.

Se souhlasem dotazovaných byl rozhovor nahráván na diktafon, což je ideální způsob, jak zachytit celý rozhovor, aniž by průběh rozhovoru rušilo zdlouhavé psaní poznámek a zároveň si můžeme být jisti, že nebudou ztracena nějaká data, která by výzkumník v daný okamžik nepovažoval za podstatné, a tedy je nezapsal. Audio záznam je vhodný nejen pro účely dalšího jejich přepisování a využití v daném

výzkumu, ale může sloužit i následným například zpětným účelům vědeckého zkoumání. (Silverman 2005: 161).

Na rozhovory nebyl vymezen žádný určitý časový limit, takže mohly být zodpovězeny i všechny doplňující dotazy. Délka rozhovorů nebyla předem specifikovaná ani z důvodu ohledu na individuální charakteristiky respondentek. Jedná se např. o charakteristiky osobnostní (jaký je respondentka „vypravěčský“ typ), ale šlo také o ochotu na rozhovoru participovat, tedy na čase, který byla respondentka ochotná pro svůj příběh obětovat. Každé setkání trvalo přibližně hodinu, v případě respondentky bývalé porodní asistentky tento rozhovor zabral přes dvě hodiny. Za směrodatnou část výzkumu jsem považovala i psaní terénních poznámek během rozhovoru, protože jsem mohla zaznamenat vlastní poznatky z rozhovoru, z prostředí i ze samotných žen již v průběhu a zachytit tak neverbální komunikační projevy (např. záznamy o tom, jak se v určitých fázích rozhovoru respondentky chovaly, jak reagovaly). Rozdílné délky jednotlivých rozhovorů se odvíjely od individuálních projevů, komunikační zdatnosti jednotlivých žen i od různorodých zkušeností a zážitků žen.

2.3 Výzkumný vzorek a lokalita

Respondentky, které jsem ve svém výzkumu oslovila, byly babičky a známé mých vlastních přátel. Hledala jsem ženy ideálně v rozmezí ročníků narození mezi roky 1930 až 1940, abych měla jistotu, že jejich první porod proběhl přibližně ve sledovaných 50. až 60. letech minulého století. Jako metodu získání respondentek do výzkumného vzorku jsem tedy zvolila kontaktování přes známé. Ženy byly z mého okolí, takže se jednalo i o časovou a finanční nenáročnost (např. při dojíždění za ženami), ale na druhou stranu jsem se s těmito ženami setkala poprvé a ani já ani ony jsme neměly dříve jakýkoli bližší vztah, potažmo předsudky či jasná očekávání z probíhajícího rozhovoru. Zachovala jsem si tak jistý odstup a nadhled, který je důležitý pro pozici výzkumnice.

Protože mě zajímal přesun porodů z domácího prostředí do nemocnic, zaměřila jsem se na ženy, které ještě rodily doma a na ty, kterých se již týkal porod ve

specializovanějších zařízeních nemocnice. Ve výzkumu jsem uvažovala individuální zkušenost s těhotenstvím a porodem žen jako s koncepcí prožívání a vnímání změn vlastního těla, a proto ve výzkumu nezdůrazňuji genderový aspekt, tedy zkušenost mužů s těhotenstvím a porodem svých partnerek, manželek apod.

Základní předpoklad pro potřebný počet respondentek byl přibližně šest žen. Nicméně již po čtyřech rozhovorech, jejich průběžném přepisu a jejich analýze jsem došla k závěru, že se výpovědi opakují a nashromážděné informace tak stačí k detailní analýze a zodpovězení základních otázek výzkumu. Přičemž rozhovor pátý s bývalou porodní asistentkou byl víceméně „bonusový“ a vnesl do výzkumu další zajímavý pohled. Všechny ženy žijí v Karlovarském kraji, konkrétně buď na Ašsku nebo Chebsku, ale své porody prožily v různých městech tehdejší Československé republiky. Ašsko totiž patří do pohraničních měst, které byly po 2. světové válce z naprosté většiny vylidněny. A zejména Aš patřila k velice bohatým a prosperujícím městům, kde byla vidina práce a po odsunu Němců i bydlení a nové budoucnosti.¹ Výsledný vzorek tak může působit na jednu stranu jako úzce vyprofilovaný (ženy ze stejného regionu), přesto se stává různorodým (z důvodu vyrůstání žen v různých koutech země, přesto se stejným důvodem pro výběr regionu pro svůj budoucí život). U všech žen jsem použila smyšlená křestní jména:

1

Ostatně tak o tom vyprávěla i jedna z respondentek, která se do Aše dostala s manželem po 2. světové válce. Její manžel si představoval, že by zde mohl zprostředkovávat přeshraniční prodej těžké zemědělské techniky.

„...A on měl dědečka na Šumavě u Prachatic, jo a on věděl, co to je za těžkou práci, když se musí obilí mlátit a tak, jo, a tak mu hrozně jako si říkal, že oni začnou vyrábět ty kombajny a on že je bude kupovat od nich, sem vozit a prodávat zemědělcům. No, jenže to všechno padlo, protože se uzavřeli hranice a nic takového nešlo, a proto my jsme tady v Aši. Tak hned od šest a čtyřicátého roku, tak tehdy, když se to tam začalo dělit, tak on mi říkal, že se půjde podívat sem, a protože za první republiky byl Aš hodně slavný město a odevzdávalo na daních denně milion, jo, tak a tak on si myslel, tady je to u hranic a tak, takže ten obchod by se mohl uskutečnit, no. No ale pak to přišlo jinak, no...“ (Paní Zita)

Tabulka č. 1: Dotazované ženy

	Porod v domácím prostředí		Porod v nemocničním zařízení	
		Rok		Rok
		1944,		
Paní Zita	2x	1947	1x	1956
Paní Elena			2x	1948, 1951
Paní Vladana	1x	1947	1x	1961
Paní Uršula			5x	1957-1966
Paní Simona			2x	1954, 1963

2.4 Metody analýzy dat

Zaznamenané rozhovory jsem v plné podobě přepsala do elektronické podoby pro lepší orientaci v datech, pro srovnávání výsledků a další práci s nimi. Použila jsem tématickou metodu analýzy a při kódování jsem využila techniku „nůžky a pastelky“. Jedná se osvědčenou a technicky nenáročnou metodu (pokud nepracujeme s příliš velkým souborem textů), kdy se v přepsaném textu zvýrazňují barevně části výpovědi shodnými kódy, společná témata se vystřihují a výzkumník se tak může lépe orientovat, vyhledávat určité konceptuální segmenty. Vynořují se tak nové myšlenky a analyzují získané výpovědi.

2.5 Možná omezení a přínos studie

Ze začátku se zdálo být problematické najít ženy, které prožily porod doma např. pouze s asistencí tzv. porodní báby. Jelikož se jednalo mnohdy o ženy starší 80ti let,

jako možné omezení studie jsem vnímala jejich věk, který může být v mnoha ohledech omezující. Starší ženy nemusí být vždy ochotné setkat se s cizím člověkem a narušit tak své soukromí, jejich zdravotní stav nemusí být natolik příznivý, aby byly schopné sejít se s výzkumníci nebo vůbec vybavit si takové podrobnosti ze svého mládí. Všechna tato možná omezení se však podařilo úspěšně obejít právě výběrem respondentek, o kterých jsem předem věděla, jak jsou na tom zdravotně, i zdali jsou ochotné vůbec rozhovor podstoupit. Přesto jako významné omezení studie může být vysoký věk respondentek, které si nemohou všechny detailní informace ze svého mládí pamatovat a mohou špatně reflektovat (na základě současné žité skutečnosti) minulost.

Jako přínos studie zde spatřuji možnost historické rekonstrukce průběhu těhotenství a porodu v polovině 20. století nejen z odborné literatury, ale právě ze zkušeností žen, které mají co vyprávět a na co vzpomínat. Mohou tak být dobrým médiem a dokreslením tehdejší porodnické praxe z laického hlediska a tedy každodenního života. Výpovědi žen tak mohou vnést vysvětlení nebo lépe ilustrovat, jak ženy vnímaly vznikající medikalizační procesy a jaký to mělo vliv na ně samotné.

Mé obavy, které jsem měla v průběhu plánování výzkumu, a sice že ženy nebudou ochotné vyprávět své tak osobní příběhy cizí osobě, se staly naprosto liché. Ba naopak všechny ženy rády vyprávěly o svém životě a vracely se tak ve vzpomínkách do minulosti, zároveň byly rády, že jim někdo naslouchá a tráví s nimi čas, a že zrovna jejich příběh může být někomu prospěšný a je vyslyšen. Jako přínos studie zde tedy nespátřuji jen přínos primární, jakým je odborná diskuze nad tématem přesunu porodů z domácností do porodnic a jeho vliv na ženy, které tento přechod prožily, ale také v možnosti pomoci ženám rozmělnit alespoň na chvíli jejich každodenní stereotyp a povzbudit je tak v jejich mnohdy nelehkém životním osudu.

2.6 Etická otázka

Ženy, které souhlasily s rozhovory, jsem nejprve seznámila se záměry mého výzkumu, tedy kde, v jakém rozsahu a jakým způsobem budou výsledky a závěry publikovány a prezentovány a také jaké možné přínosy může daná studie přinést. Žen

jsem se při setkání zeptala, jestli jim jakkoli nevadí, že bude rozhovor zaznamenáván na diktafon. Již na úrovni přepisu rozhovorů z diktafonu do elektronické podoby jsem anonymizovala všechna jména žen. V závěrečné práci nebyla tedy uvedena ani pravá jména (použila jsem pseudonymy) ani bližší údaje o respondentkách, snažila jsem se tak vyhnout možnému rozklíčování a zneužití dat, které by z identifikace žen mohlo vzniknout. Přestože byly rozhovory zaměřeny na velice osobní zkušenost žen, v rámci práce jsem se snažila zacházet maximálně citlivě s takto osobními daty, abych nezapříčinila ženám jakoukoli byť jen citovou újmu. Přestože jsem předpokládala, že ženy budou rády vzpomínat na své mládí a životní příběhy, uvědomovala jsem si, že se jedná o tak citlivé téma, které může u žen vyvolat i špatné vzpomínky, že byla nutná senzitivita a neustálá reflexe vůči probíranému tématu.

3. Analytická část

Jelikož záměrem výzkumu bylo zjistit, jaký byl celkový sociokulturní kontext porodnické praxe v době přesunu porodů z domácností do porodnic, jak tento přesun prožívaly ženy, které porod v té době samy prožily a jaké významy tomu přisuzovaly, musely být tomuto přizpůsobeny i tematické okruhy pro skladbu otázek do rozhovorů (otázky do rozhovorů viz. Příloha č. 1) a následnou analýzu.

Tematické okruhy jsem pro účely výzkumu rozdělila do několika částí: první kapitola se zabývá počátky perinatologie na českém území. Z historického pohledu se zaměříme na zkušenosti žen s porodnickou praxí jako takovou. Analýza se opírá o výpovědi žen, se kterými jsem vedla rozhovor a je zaměřena na témata spojená se zdravotnickým systémem v době přechodu porodů z domácností do nemocnic. Na této části nás nejvíce zajímá, jak ženy těhotenství a porod v tomto období snášely, jak prožívaly období reprodukce a s tím spojený vznik institucionální kontroly v 50. až 60. letech 20. století.

Druhá část je věnována tématu: *podpora rodiny* směřovaná ženám během jejich reprodukčního období, tedy jak v životně rozhodujících chvílích podpořila rodina rozhodnutí žen. Jedná se většinou o podporu psychickou, která je zprostředkována rodinou, příbuznými, známými nebo odborným personálem z oboru porodnické praxe.

Následující kapitola *Pracovní model 50. až 60. let 20. století* vychází ze zkušeností žen s pracovním schématem té doby a využívá koncept dvojího břemena ženy. Ten se ukázal jako zásadní v analýze reprodukčního chování rodin. Zároveň si ukážeme, jaké měly ženy pro pracovní nasazení podmínky před, během i po porodu.

Jako poslední uvádím kapitolu *Přenos informací z generace na generaci*. Jedná se o část, ve které se analýza ubírá směrem informačních kanálů. Ty by měly zajistit ženám reprodukci vědění. Ukážeme si však, že vliv tradičních společenských představ, zvyků a obyčejů často znemožňoval nebo při nejmenším znesnadňoval tok informací z generace na generaci.

3.1 Zdravotní péče v 50. až 60. letech 20. století

3.1.1 Počátek perinatologie v praxi

Podle některých autorů, kteří se zabývají vývojem perinatologie, neonatologie a celkovou proměnou v poskytování odborné lékařské péče v českém kontextu (např. Štembera, 2004 nebo Kapr, Koukola, 1998), se přesun porodů z domácího prostředí na specializovaná pracoviště nemocnic odehrál na konci 40. let 20. století, ale větší rozmach ženy pocítily až v letech 50. a 60. Ve chvíli, kdy jsem sháněla ženy, které prožily porod vlastního potomka v 50. až 60. letech a byly by ochotné poskytnout mi rozhovor, jsem se však setkala jen s minimem žen, které ještě rodily doma za asistence porodní báby. Ženy, se kterými jsem vedla rozhovor, zažily porod svého prvního potomka v nemocnici již v roce 1948, což by odpovídalo teorii, že přesun porodů z domácností do porodnic má svůj počátek na konci 40. let. Nicméně je nutné podotknout, že všechny tři ženy, které již rodily v porodnici, svorně tvrdily, že v té době už bylo normální родit pod lékařským dohledem v nemocnici, a že se porody doma u jejich vrstevnic neobjevovaly. Tvrdily, že si porody doma pamatují spíše z vyprávění svých maminek (což bychom mohli datovat přibližně o dvacet let dříve, tedy ve 20. až 30. letech 20. století).

„A dřív právě bylo normální, že se rodilo doma, vy jste s porodní bábou už nerodila?“

„Ne, ne, ne, to moje maminka ještě ta rodila doma, ale my už ne. Ne, to už bylo v nemocnici všechno. Kamarádky a to na vesnici, ty taky, myslím, rodily v nemocnici. Ne, to ne, neznam žádnou, co by jako to, rodila v porodnici, to nevím. To asi bylo dřív.“ (Paní Elena, 90 let)

3.1.2 Péče předporodní a porodní

Analýzu předporodní a porodní péče začneme relevantním sociálním prostředím, jakým je v našem případě rodina. Přestože se výzkum soustředí na ženu jako na cíl vědeckého bádání, protože právě ona má zkušenost s těhotenstvím a porodem jak emotivní tak fyzickou, kdežto muž nemůže prožívat všechny procesy přivedení potomka na svět, přesto je právě muž nezastupitelným elementem, který stojí u početí.

Pro něj samotného je takto rozhodující událost přinejmenším změnou, která ovlivní jeho životní dráhu. Sociální role muže jako otce dítěte prošel svým vlastním vývojem. Hlavní změnu můžeme pozorovat ve chvíli, kdy se mění reprodukční strategie. Muž tak může mít nezastupitelnou roli v reprodukci, ale zároveň se mohou sociální významy jeho role v rodinné biografii potírat.

Přes všechny argumenty, které hovoří o funkci muže i ženy při založení rodiny, je muž během těhotenství a porodu ženy tradiční medicínou spíše limitován. Není mu věnována přílišná pozornost. Ve chvíli, kdy je ženě lékařem potvrzena gravidita, je sledována a kontrolována pouze situace ženy. Tato lékařská prohlídka započne zdravotní péči, která se týká pouze ženy. Fyziologický stav ženy a stav plodu je tak jedinou sledovanou proměnnou (Stadelmann 2001: 24).

Paní Uršula vzpomínala při svém vyprávění na lékařskou praxi při svém prvním porodu na konci 50. let.

„Jako mužskej? Ten tam nebyl, u porodu vůbec. To bylo rychlý, no. To se nás ani nikdo neptal. Takhle, no, to v tý době vůbec nebylo, jo. Já jsem, on mužskej prostě byl doma, no. Čekal, i když jo, vlastně mě tam odvezl, když to na mě přišlo, no. Ale i tak jo, během toho, co jsem byla jako těhotná, tak jsem za tím doktorem chodila sama, no proč on by tam chlap chodil, že jo, no.“ (Paní Uršula, 79 let)

Elementární sociální jednotka, jakou rodina je, jakoby v tomto období neměla svou váhu. Kultura českého sociálního systému považuje za počátek rodiny úřední ceremoniální sňatek, předpokládá vytvoření společné domácnosti a tedy sociální a ekonomickou nezávislost na rodičích. Početí dítěte je pak pro rodinu vrcholnou událostí, která je významná nejen pro partnery, ale potažmo pro společnost, která na události tak osobní jako je sňatek či početí dítěte, reaguje skrze sociální instituce a zdravotnický systém a přímo nebo zprostředkovaně dává těmto událostem formální podobu. V otázkách těhotenství a porodu tak zdravotnický systém přejímá ústřední úlohu a příprava k porodu, veškerá organizace a vedení porodu je pod medicínským dohledem (Hašková 2001: 51).

3.1.3 Zdravotní péče v 50. až 60. letech 20. století

Tento princip fungoval již v době přesunu porodů z domácího prostředí do nemocnic, kdy lékařská péče o těhotné ženy s institucionálním zaštitěním byla teprve v počátcích. Již tzv. poválečné děti v 50. letech se dostávaly do rukou lékařů a ženy byly již od počátku potvrzení gravidity lékařem pod soustavným zdravotním dohledem. Tento trend soustavné zdravotní péče je zaznamenaný jak u žen, které v 50. až 60. letech minulého století rodily doma tak v porodnici. Přestože ženy rodily doma s porodní asistentkou, chodily na pravidelné těhotenské prohlídky k lékaři, o čemž vypovídala jak paní Zita tak paní Vladana.

„...S druhým dítětem jsem do sedmi měsíců pořád zvracela a to. A byla jsem hubená pořád, jo, protože no a pak, jo a chodila jsem, tady byl nějaký primář v nemocnici, tak k němu jsem chodila, s tím no to bylo s tím druhým dítětem, že jsem právě tak zvracela, nemohla jsem jít ani městem... Ale tak k doktorovi jsem chodila, no, to se chodilo asi jako normálně, i jako kdyby mi nebylo špatně, jo.“ (Paní Zita, 88 let)

„... No, protože já jsem musela chodit na ty kontroly, když furt říkali, že mám ohrožený těhotenství, že budu brzo rodit... Takže ten doktor si mě vždycky nějak to, no objednal a já tam chodila pravidelně dost.“ (Paní Vladana, 89 let)

Stejně tak ženy, které rodily v porodnici, měly zkušenost s lékařskými prohlídkami v těhotenství a již od samého počátku těhotenství byly jejich další kroky korigovány lékařským doporučením ohledně zdravotních návyků a dalším směřování kroků ženy během těhotenství.

„...V Praze, jedna lékařka. A ta mě radila teda, jo. Ta mě nahradila tu maminku v tomto případě, protože sestra byla svobodná, ta neměla žádné zkušenosti, jo ale ta paní doktorka byla to, právě mi říkal a nejlepší je jít do toho Podolí, tam že je to taky ještě dneska, taky tam ještě asi ta porodnice je...“ (Paní Elena, 90 let)

„...No, to mi bylo hodně špatně, ale nezvracela jsem. Musela jsem chodit i do té poradny pro těhotný tady v Chebu, asi tak jednou za měsíc jsem tam šla, ale děti byly zdravý, to jo, to já jsem měla dobrý. Ale muselo se tam chodit, no. Neměla jsem s nima žádný problémy. Byla jsem tam v Košicích na nějakým velkým vyšetření v těhotenství. To bylo s tím prvním. To mi místní doktor vypsál žádanku, protože se mu něco nezdálo, ani nevim co, ale všechno bylo v pořádku...A tak jsem tam docházela, jo, jak jsem to, no na ty prohlídky.“ (Paní Uršula, 79 let)

V tomto bodě se výpovědi žen víceméně neliší, každá si prošla během těhotenství soustředěnou kontrolou ze strany lékařů a porodních asistentek. Na konci 40. let a také na počátku let 50. nebyla možnost konzultace u specializovaného gynekologa či porodníka, ale všechny dotazované ženy z našeho sledovaného období docházely k lékaři řekněme obvodnímu na ambulanci, kde případně byla dále doporučena jiná lékařská intervence a kontrolován celý průběh těhotenství až do porodu.

„A nebo tenkrát ještě to nebylo takhle. Protože vim, že my jsme měli třeba od dráhy doktora a museli jsme jezdit z Velenic až do Budějovic. Tam byl doktor prostě od dráhy. A každej měl svýho a třeba obchodníci žádný doktory neměli, ty si to všechno platili tenkrát, jo, za tý bejvalý republiky. Ty to neměli jako dneska nebo jako to bylo po válce. Ale tak byl prostě jeden doktor, kterej vás prohlídnul celou a bylo to.“ (Paní Vladana, 89 let)

3.1.4 Kontrolované těhotenství a porod

Lékařská vyšetření a doporučení, cílené kontroly, a další nástroje pro vytvoření soustavné kontroly těhotenství a porodu můžeme pozorovat u těchto žen ve velkém měřítku. To nám dokládá, že sledované období 50. až 60. let již podléhalo soustavné kontrole určitých medicínských segmentů, jako bylo právě těhotenství nebo porod. Kontrola ze strany lékařů však podléhala působení moci a vědění. Governmentalita tak, jak tento termín používá Michele Foucault (2009) je příkladem reprodukce moci a vědění v tom, jak jsou lidé (potažmo populace) vedeni a řízeni ve specifických podmínkách plánování. V našem případě se průběh těhotenství a porodu již řídil lékařskou intervencí, přestože monitoring ženských těl během těhotenství a porodu ještě

zcela nepodléhal všem vyšetřením jako v současné době. Přesto byla žena vedena k určitému jednání během svého těhotenství.

„No, tak ona ta porodní bába, teda jako asistentka si mě tak jako poslouchala tím, já nevím, co to bylo, no prostě k břichu mi dala takovou trubičku, jo. Ale to už jsem byla jako hodně těhotná. Oni prostě jako s tím doktorem, co se s nim radila nebo co, tak to oni neměli takový nástroje jako dneska.... No, jo, no musela jsem tam chodit, říkala mi ta porodní bába, kdy tam mám jako zase no přijít a tak... A ona s nim prej vždycky mluvila, ale to já jsem nevěděla předtím jako porodem.“ (Paní Zita, 88 let)

3.1.5 Nutnost lékařských prohlídek

O průběžné kontrole zdravotního stavu během těhotenství mluvily ženy jako o nutnosti: „k doktorovi se prostě chodilo“, přestože tato péče ještě nebyla na konci 40. let institucionalizovaná, tedy financována státním aparátem (Štembera 2004: 42). Jak paní Elena, tak paní Vladana uváděly, že za ošetření lékařem nebo za každý den v nemocnici se muselo platit a nejednalo se o žádné malé částky.

„A během těhotenství jste chodila na nějaký lékařský prohlídky?“

„Chodila jsem k jedné lékařce, vždycky jsem vyplázla stovku, jo, za každou návštěvu.“ (Paní Elena, 90 let)

„Ta byla fungl nová a tam byl nějaký doktor, žid to byl a to byla jeho soukromá porodnice, jo. A ten bral sto korun denně za tu, když jsi tam šla. No a tak já jsem si schovávala peníze, šetřila jsem si je, protože to tenkrát bylo hodně stovka denně. No, ale zase mi říkal, že to jako je potřeba, že potřebuju dozor, aby něco nestalo nebo tak.“

„No, mě to přijde taky, dneska se tolik platí v nemocnici hospitalizace.“

„No, v 47. roce to bylo. Takže to bylo hodně, tak jsem si je ty peníze schovávala, jako že jsem musela šetřit no, a on říkal, že mám ohrožený těhotenství, tak jsem tam jezdila na kontroly.“ (Paní Vladana, 89 let)

3.1.6 Spolupráce porodní asistentky a lékaře

Jelikož jsem prováděla rozhovory jak se ženami, které rodily ještě v domácím prostředí a taktéž se ženami, které rodily už v nemocnici, jsou výpovědi žen často odlišné, co se přístupu k porodu z profesního hlediska týče. Ženy, které rodily doma s porodní asistentkou, přesto docházely během těhotenství na prohlídky k lékaři a samotná příprava k porodu, která probíhala pouze za asistence porodní báby, byla s lékařem konzultována.

Z literatury se o této spolupráci mezi porodní asistentkou a lékařem v daném období příliš nedozvíme, přesto jsem se pokusila již v teoretické části nastínit, jak probíhal personální přechod od porodních bab – žen k porodníkům – mužům. Již na konci 18. a na začátku 19. století se porodnické praxe dostávala do rukou mužů jakožto autoritám lékařské vědy. Ženy byly takto vytěšňovány od vedení porodu a do popředí se postupem dostával muž, jakožto zástupce vědeckého lékařského bádání. Přesto byla zřetelná spolupráce mezi porodními bábami a lékařskými odborníky. Samotné vedení porodu zastávala stále porodní bába, ale lékař působil jako hlavní konzultant a pověřená osoba, která na porod měla dohlížet (Doležal 2001: 94).

O spolupráci mezi porodní asistentkou a lékařem vypovídala také paní Zita, která tvrdila, že spolupráce mezi porodní asistentkou a lékařem jí připomínala dnešní spolupráci mezi lékařem a sestrou. Z toho můžeme odvodit, že ačkoli porodní asistentka měla určité pravomoci v rámci těhotenství a porodu, vždy se musela zodpovídat lékaři a konzultovat s ním další postupy intervence během těhotenství. Porod ale probíhal už bez přímé asistence lékaře. Ti byli kontaktováni pouze v případech, že došlo během porodu ke komplikacím, kterým nemohla porodní asistentka zamezit. Je ovšem sporné, jak se tento model proměňoval teritoriálně (ve městech na rozdíl od vesnic).

„No, já jsem bydlela u rodičů a maminka mě zavedla k porodní asistentce, abych se s ní jako domluvila a zjistila co a jak. Já nevím, prostě tak, abych se s ní seznámila, no.“

„A to bylo tady v Aši nebo jste bydlela jinde?“

„Ne, Dvůr Králové nad Labem. A ta paní se jmenovala paní Volrábová a ona pracovala s nějakým doktorem, každá ta porodní asistentka měla jako zástavu nebo ten pan doktor měl tu porodní asistentku jakoby sestřičku, no. A no a ona si poznamela, kdy asi bude porod, aby měla v té době volno a jako prohlížela si mě a potom, když bylo blíž k porodu, tak už mě prohlížela normálně jako, to jsem se odhalila a ona říkala, poslouchala, jestli dítěti tluče srdíčko nebo tak, jo. No a když jako už se blížil ten den porodu, tak se tam víckrát šlo okolo. Ale tak chodila jsem k té ženské, no, s doktorem prej mluvila vždycky jenom ona. On mě neprohlížel.“

„Takže vás kontrolovali i průběžně?“

„Jo, no tak řekněme tak dva měsíce předem, jo. U toho druhýho dítěte ještě míň, protože to už jsme bydleli tady, jo, ale tatínek pro mě přijel a odvez mě do toho Dvora a zase se stejnou porodní asistentkou jsem rodila i to druhý dítě, jo.“ (Paní Zita, 88 let)

3.1.7 Průběh porodu

Jestliže můžeme hovořit o vstupu těhotné do nemocničního zařízení jako o její hospitalizaci, což je problematické z důvodu primárního označení těhotné jako pacientky, průběh této hospitalizace se lišil. Dotazované ženy se do nemocnice dostávaly svépomocí. To znamená, že jejich blízcí museli jakýmkoli způsobem zalarmovat někoho s automobilem a dopravit těhotnou ženu do nemocnice sami. První fáze porodu, tedy přípravná fáze, kdy se žena začíná fyzicky připravovat na porod, začínají stahy a pomalu se začíná otevírat hrdlo pánevní, prožívaly ženy více méně bez větší intervence lékařů nebo sester. Paní Elena tyto zážitky popisovala jako situaci, kdy jste ponecháni vlastní bolesti, kterou si musíte prožít sama. Tišící léky nebo jiné prostředky pro snížení bolesti na konci 40. let nebyly k dispozici a proto byl porod sice kontrolovaný lékaři nebo sestrami, nicméně jen s omezenými medicínskými prostředky.

Paní Elena, přestože přijela do nemocnice kvůli porodním bolestem v předčasném termínu, byla její kontrola ze strany personálu nemocnice spíše sporadická. Jako příčinu paní Elena označila nedostatek personálu, tedy velký počet rodiček a novorozenců, o které se personál musel starat, proto nebyla možnost individuálního a pečlivého přístupu a vyšetření.

„Tak tenkrát byla zima ještě toho 25. 27. února, no a to jsem měla ty bolesti tak jako pravidelně, tak vim, že jsem chodila po tý chodbě, tam zpátky, tam a zpátky a vždycky prostě v tom určitým místě jsem se skrčila tou bolestí a zase jsem šla, no a teď a vždycky jsem si říkala, ještě kousek, ještě kousek, teď to.. No, jenže ono se to pak stupňovalo a v tý porodnici tenkrát přes tu noc nebyl žádný lékař, kterej by mě vyšetřil, byla tam sestra jedna, Miriam se jmenovala a to byla jeptiška, jo. A ta mě prohlídla a řekla mě, že to bude zejtra odpoledne. Stanovila a dost.“

„A ta vám radila trošku jako, jak to bude probíhat nebo co máte dělat?“

„Ne, ne, ne. Říkala mi, ať tam chodím... a tak jsem tam takhle pochodovala a potom když už to na mě šlo, tak jsem přišla do toho pokoje, kde jsem měla určenou postel a říkala jsem tam těm ženám, mě je hrozně špatně, já už to nevydržím, jo a tak tak ta jedna paní říkala, já jdu pro sestru. Tak šla pro sestru, to bylo ráno před devátou hodinou a ta jako jediná sestra ta měla na starosti porody a děti a koupala děti zrovna. A ona řekla, ona mě vzkázala, ať neblázním, že to bude až odpoledne, jo. No, jako měla tam plno dětí, jo, o který se musela postarat a i ty ženský, co tam ležely. No, ale tak já už jsem prostě nemohla dál, no...“ (Paní Elena, 90 let)

Samotný porod probíhal už za asistence lékaře, který byl přivolán sestrou, nicméně vyčerpání personálu, neprofesionální přístup sestry a nedostatečná lůžková kapacita měla za následek porod v „bojových podmínkách“.

„...A teď kon, promiňte, že vám to vyprávím, jo, a teď já jsem dostala tu křeč takovou a teď jsem křičela, kde je ta sestra, já mám už hlavičku mezi nohama, jo. Už jsem to cítila. A prostě jinak já jsem vůbec, některý ženský tam řvaly bolestí, já jsem se překonala, já jsem nebrečela nic, ale tohleto mě rozčílilo, tak jsem prostě křičela, kde je ta sestra, protože jsem se bála, že ho vysypu na zem. No, tak ona honem přišla a stěží sem dolezla na ten stůl a Zdenka byl na světě, jo. Samozřejmě, že to mělo následky, že jsem byla úplně, promiňte, ale jako roztrhaná, jo, že to šlo tak jako strašně rychle a bez pomoci. Tak potom teprve zavolala nějakýho doktora, jo, kterej mě tam zašil... a já jsem potom, jak jsem se dostala na ten pokoj, asi jestli mě tam odvezli na nějaký tý židli nebo co, to si nepamatuju, ale byly tam dvě postele u sebe a na těch jsme ležely tři ženy.“ (Paní Elena, 90 let)

Také paní Uršula popisovala průběh porodu svého dítěte jako velice bolestivou a nepříjemnou zkušenost.

„No, to bylo v tom roce 57. Já jsem rodila tři dny, to bylo strašný. To si nemyslete, to dřív nebylo tak, že by vám chtěl někdo ulehčit. Doktoři to, to byly, ty jsme skoro neviděly. Furt se čekalo, já jsem to nemohla vydržet, to bylo strašný, to vám nepřeju takový bolesti, ale furt se nic nedělo, já myslela, že tam umřu. To jsem byla hrozně strhaná a to, unavená, no museli mě šít, to si moc nepamatuju, to mi až říkali pak ty sestry tam nebo co. No, to jsem měla asi 40 kilo, když jsem přišla z nemocnice, já myslela, že je to moje poslední chvílka.“ (Paní Uršula, 79 let)

3.1.8 Reflexe sdílených zážitků z minulosti

Stresující zážitky popisovaly všechny ženy, které zažily porod svého potomka v nemocničním zařízení na konci 40. let nebo v průběhu let 50. Přes nedostatečnou péči, téměř nulovou možnost využití tisíců léků, přes samotou a strach z dalších fází porodu a přes další faktory, které neulehčovaly porod, ženy byly přesvědčené, že je o ně postaráno lépe, než kdyby rodily doma, bez lékařské pomoci. Ve zpětné reflexi hovořily o porodu v nemocnici jako o jediné alternativě, která přicházela v potaz. Porod braly jako nutné zlo a bolest, kterou si musí protrpět a stále věřily tomu, že kdyby nastaly komplikace, bude o ně v nemocnici postaráno a život jejich dítěte i jich samotných bude v bezpečí.

„A nemyslíte si, že kdybyste rodila doma za pomoci porodní báby, že by to bylo lepší než tehdy v tý nemocnici?“

„Bylo to holt takhle, no. Ne, to si neumím představit. Já nevím, to ne. Nechtěla bych v žádném případě rodit doma. Protože přece jenom, ne.“

„Takhle obcházely domy porodní báby, aby se věnovaly jenom vám, takhle jste tam měla sice sestru, ale neměla na vás čas.“

„Nevím, nevím, u obou dětí za náma přijela nějaká sestra, jo, to zkontrolovat po porodu potom, jo, poradit a ukázat všecko, to jo, to bylo zařízený a jinak nevím, no. Já bych nikdy nerodila doma, nechtěla bych, ne, tomu nevěřím. Víte co, ono se cokoli může stát. To nikdy nevíte, a takhle když je tam ten doktor a má tam ty přístroje, to hned může ten život zachránit, jo.“ (Paní Elena, 90 let)

Autorky Slepíčková, Šlesingerová a Šmídová (2012) se ve své práci věnují autoritativní moci medicínské praxe, která je produkována v současnosti. Tvrdí, že „praxe, která vylučuje alternativní přístupy k porodu a která nepracuje s postoji a hodnocením akterek – klientek, poukazuje na státem a zákonem prosazovaný typ biomoci, pro něž je typické přenesení zodpovědnosti za porod na expertní systém. Tento způsob governmentality prosazuje standardizovaný a instrumentální charakter přístupu k porodům, k rodičkám, novorozencům a otcům. A to i skrze nerovné vyjednávání hegemonie dvou nesmiřitelných diskurzů – porody doma nebo porody v porodnici.“ (Slepíčková, Šlesingerová, Šmídová 2012: 99) V tomto bodě musíme zmínit, že těhotné ženy, které takto vypovídaly, mohou být ovlivněné biomocí. Právě *přenesení zodpovědnosti za porod na expertní systém* tak, jak o něm vypovídají autorky, může být příčinou, proč se ženy přikláněly ve svých výpovědích k porodu v porodnici, přestože své osobní zážitky s touto institucí popisovaly negativně. Pocit bezpečí, odborného dozoru a zodpovědnost medicínského systému (ve kterém se nepracuje se subjektivními pocity ani s postoji samotných těhotných žen, a tím jsou zodpovědnosti v jistém slova smyslu zbaveny) může vycházet z možného ovlivnění soudobou lékařskou péčí. Jelikož se jedná o vyprávění již dávno prožité minulosti, ženy mohou být ovlivněné nejen svou zpětnou reflexí, ale také současnou diskuzí nad domácími porody a následnou zkušeností se zdravotní péčí.

Je nutné si uvědomit, že je problematické žádat po ženách zpětnou reflexi, která by byla oklestěna od zkušeností a zážitků, které prožily v době následující. Věkový odstup a nadhled nad prožitými zážitky může měnit názory. Celá společenská diskuze je zároveň v rukou autoritativní lékařské obce. „Podobu debaty zásadně ovlivňuje autoritativní dikce lékařů z privilegované, expertní pozice, která má k dispozici veliký symbolický kapitál a specifickou sílu jistého typu moci a vědění... Zároveň disponují velkou mocí, danou specifickým vědění a používáním vyspělých technologií, ale i vlivem na veřejný diskurz. V médiích je reprodukční medicína popisována jako prestižní profese, a to jak v souvislosti s aktuálními technologickými pokroky, tak s jejími úspěchy, které jsou často spojovány se „zázraky“.“ (Slepíčková, Šlesingerová, Šmídová 2012: 101)

K těmto závěrům nás mohou vést i autoři Svobodný a Hlaváčová (2004), kteří v historickém kontextu 20. až 40 let 20. století zmiňují to, že stále více žen dávalo přednost porodu v porodnici, což bylo ale patrné pouze ve velkých městech. Naopak na vesnicích, v chudých, zvláště v horských oblastech byla o školené porodní asistentky nouze. Lidé z odlehlých vesnických koutů si nemohli z časových či finančních důvodů dovolit vyhledat specializovanou porodnickou péči, a proto se u takových lidí střídaly nezkušené porodní asistentky s minimálními zkušenostmi nebo ve velice vysokém věku fyzicky neschopné ženám pomoci (Svobodný, Hlaváčová 2004: 184).

Ani paní Zita, která prožila první dva porody doma pod vedením porodní báby a třetí porod v roce 1956 v nemocnici, přestože popisovala porod v nemocnici jako velmi stresující, je spíš pro porody pod lékařským dohledem v prostředí nemocnice.

„A v tý nemocnici potom? Tam to vypadalo jak? Cítila jste se třeba bezpečněji, že už tam byl doktor po ruce nebo tak?“

„Ale kdepak, zavřeli vás do místnosti samotný, jo a nestarali se o vás vůbec.“

„Takže to v nemocnici bylo možná ještě horší, ne?“

„Takže v tom, že jako doma jsem byla pořád s někým, a když mi to začlo bolet nebo tak oni říkali, jo, jo, to je dobře nebo tak, kdežto v nemocnici vás tam nechala a takhle jsem se držela, takový nějaký sedadlo bylo a dalo se držet vzadu, tak a byla jsem tam sama a to ještě nebude, to ještě nebude a zavřeli oči, dveře a šli, no.“

„Takže jste na pokoji byla i sama, bez žádných jiných třeba rodiček?“

„No, vzali mě do nemocnice, měla jsem tam postel a to a večer, když všichni šli spát, tak mě vzali tam do zvláštního pokoje, jo a to a tam asi měla bejt se mnou některá ta sestřička nebo já nevím, no. Jestli tam tehdy byla nějaká porodní asistentka nebo ne, to nevím, jo, kdo to byl, ale nic se o mě nestarali, jo. Pak až celou noc jsem byla sama a teprve za deset minut deset dopoledne se pak narodila. Pak přišel nějaký pan doktor a dali mě jinam a pak to šlo najednou... No, ono takhle, že je tam ten doktor, tak každopádně to je dobrý, jo, když to je všechno normálně, tak je to dobře, že jo. Ale když potom dneska vidíte, co všechno existuje, takže je lepší bejt v tý nemocnici. To jsou samý nemoce, to je strašný. Oni vám tam v tý nemocnici můžou pomoci, to jako doma, co no, co zmůžete tam sama s tou porodní bábou?“ (Paní Zita, 88 let)

Na druhou stranu porod doma zaručoval ženám individuální péči ze strany porodních asistentek. Přivolaná porodní bába měla na starosti pouze ženu, u které byla doma a veškerá její pozornost se soustředila na záchranu budoucí matky i dítěte. Jak paní Zita, tak paní Vladana prožily porod svého prvního potomka doma a v nepříliš ideálních podmínkách. Ani jeden porod nemůžeme označit jako standardní a bez komplikací. Paní Vladaně totiž lékař během těhotenství doporučil, aby rodila v jediné dostupné nemocnici v té době, což byla nemocnice soukromá. Hospitalizace v této soukromé nemocnici tehdy obnášela častější finančně náročné lékařské prohlídky, které si nemohl dovolit každý. Během těhotenství paní Vladany se totiž objevily komplikace, které by mohly vést k potratu. Ale přestože paní Vladana počítala s tím, že odjede родit do vedlejšího města do soukromé nemocnice, kde také prodělala veškeré prohlídky během těhotenství, její porod byl předčasný a přivolaná porodní asistentka již transfer nedovolila. Komplikace během porodu nastaly i u paní Zity:

„No na posteli jsem rodila normálně, postel se odtáhla ode zdi, aby měla ona přístup z obou stran, no a radila mi co jak, dýchej a tlač a tak. Tak to první dítě trvalo docela dlouho, než se narodilo a narodila se, byla jako trochu celá modrá, protože měla dvakrát pupeční šňůru otočenou kolem krku a vždycky, co jsem tlačila, tak šlo zase zpátky, jo.“

„Tak to byl takovej rizikovej porod, ne?“

„No, ale vzkřísilo se a bylo všechno v pořádku. Nakonec to dopadlo dobře.“ (Paní Zita, 88 let)

3.1.9 Poporodní péče

Poporodní péče celá ležela (jak podle žen, které rodily doma, tak v nemocnici) na porodních asistentkách. Ty docházely za ženami a jejich dětmi do domácností i po porodu během šestinedělí a ukazovaly ženám, jak se o dítě starat, jak kojit a jak o dítě dále pečovat.

„No a potom po porodu, potom vykoupe, že jo a tak, tak to já jsem neviděla už nic, to už jsem jenom slyšela křičet a tak to. Chodila každéj den večer, přišla koupat dítě, zajistila, protože to byly holčičky obě, jo, zajistila píchnutí náušniček, jo. A chodila tak dlouho, až odpadla pupeční šňůra, to bylo všechno v

pořádku, jo. Pak už jako když jsem něco potřebovala, tak už se šlo k dětskému doktorovi.“ (Paní Zita, 88 let)

Tento styl práce se podle paní Simony (porodní asistentky, která svou činnost začala vykonávat v 50. letech) dostávala i v dalších letech do běžné praxe. Záleželo však na dané nemocnici, zda měla dostatek svých školených porodních asistentek, které by mohla během služby uvolňovat k ženám do domácností i po porodu.

„...chodily jsme na návštěvy i potom, když přišly ze špitálu na návštěvy do rodin, pro rodičky jsme poučovaly, jak se koupe, jak se zachází, jak se kojí, jak všechno, protože ve špitále se to jako ukazovalo, tam se vždycky jako když maminka chtěla, tak se to na těch pokojích předvádělo, všechno. Buď ta dětská sestra nebo porodní asistentka, protože tam i o to dítě jste se musela postarat, o tu maminku se postarat, musela jste jí naučit kojit všechno, že...no a my potom,... ,když přišla z nemocnice, z nemocnice nám to hlásili, tak jsme hned druhý den tam šly, zkontrolovaly jak dítě, tak maminu, no a zeptaly jsme se jí, jestli s něčím nepotřebuje pomoci, vysvětlily jí to a ten první týden jsme tam chodily třikrát za den, ehm, za týden, pak jsme tam chodily každý týden jednou až do šestinedělí.“ (Paní Simona, 80 let)

V počátcích přesunu porodů z domácností do porodnic, tedy během 50. až 60. let 20. století, zprostředkovávaly některé nemocnice následnou péči zdravotních sester nebo porodních asistentek ale spíše výjimečně. V současné době má žena nárok dle zákona 48/1997 (pokud si platí zdravotní pojištění) na návštěvu porodní asistentky v domácím prostředí a to jedenkrát během svého těhotenství a třikrát v době šestinedělí. Domácí poporodní péče zahrnuje: kontrolu zdravotního stavu novorozence; poradenství ohledně kojení a péče o novorozence; kontrolu a ošetření případného poranění, které vzniklo při porodu (např. jizva po císařském řezu) a tzv. psychickou podporu.

Paní Elena s tímto měla vlastní zkušenost už v roce 1948 a paní Uršula, která rodila své první dítě skoro o deset let později, vypovídala, že následná domácí péče v šestinedělí ze strany zdravotních sester byla samozřejmostí. Nabízená pomoc zdravotního zařízení se podobala kontrole zdravotního stavu novorozence (zda žije v čistém a bezpečném prostředí, kde spí apod.) a seznámení matky s povinnostmi, které

ji čekají se staráním se o dítě. Všechno ale probíhalo až po příchodu matky s dítětem do domácího prostředí, což u většiny žen bylo přibližně po týdnu. V nemocnici ženy neměly téměř žádnou příležitost naučit se, jak o dítě pečovat. Okamžitě po porodu bylo dítě odvezeno do jiné místnosti a veškerou péči o novorozeně zajišťoval personál nemocnice, proto žena neměla možnost seznámit se se všemi postupy, které po narození dítěte byly nutné. Na druhou stranu si žena mohla odpočinout po fyzicky velice náročném porodu a tak se lépe připravit na období, kdy se o dítě už musela starat sama, což poukazuje na genderový aspekt péče o dítě.

3.1.10 Genderový aspekt porodu – funkční komplementarita

Ještě zhruba do osvícenství bylo na ženy a muže pohlíženo jako na dvě rozdílné entity, které náležely do odlišných sfér života. Radikálně se rozlišovalo mezi veřejným a rodinným z pozice ženy a muže. A jako jsou nesouměřitelné tyto dvě sféry, byl nesouměřitelné i sféry sociálního života žen a mužů. Hlavním vymezením ženské role byla matka, která pečovala o rodinu, zatímco muž byl základním živitelem a ochráncem rodiny. Role se vzájemně doplňovaly a působily tak maximálně komplementárně, vzájemně se prostupovaly a zcela naplňovaly požadovanou funkci (Možný 1990: 184).

Pokud se chceme zaměřit na námi sledované období, ještě v 50. letech 20. století využívali strukturální funkcionalisté argument tzv. funkční komplementarity. Definici mužské a ženské role demonstrovali na modelu americké rodiny, kde se naplnění mužské a ženské role utvrzovalo ve vysvětlení funkčnosti rodiny. Mužská role je pak popisována jako racionální a instrumentální (tedy ideální pro zabezpečení rodiny, zprostředkování kontaktu rodiny s širší společností, pro zajištění autority pro děti, artikulaci daných sociálních pravidel a zejména pro kontrolu nad dodržováním těchto pravidel) a ženská role je vymezována jako přirozeně emocionální a expresivní (což můžeme považovat ideální pro zajištění každodenní péče o děti, poskytování citového zázemí a vytváření celkově pozitivních emocí v rodině). Funkcionalisté rozdělením mužských a ženských rolí definují rovnovážnou a stabilní společenskou strukturu a

považují tuto komplementární dělbu rolí za základní pro fungování a reprodukci moderní společnosti (Renzetti, Curran 2003: 642).

3.2 Podpora rodiny

Hana Hašková ve své knize *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví* z roku 2001 uvádí, že současná porodnická praxe se neustále zlepšuje v oblasti odborné lékařské péče. Celý medicínský systém se neustále zdokonaluje, technologie se vylepšují a péče tak získává stále odbornější charakter, ale radikální změny v celém procesu těhotenství a porodu s sebou podle Haškové nesou změny i v sociální sféře. Těhotenství a porod již není nahlíženo jen jako přirozený jev lidského života, ale je mu věnována obzvláště velká pozornost. Porod začal být vnímán jako významná událost v životním cyklu nejen ženy, ale celé rodiny. Porod jako významný mezník v životě je zásadním socio-kulturním fenoménem/rituálem přechodu, na který je kladen stále větší důraz. Tento vztah je obousměrný. Porod jako významná tranzice v životě jedince je důležitým sociálním činitelem, který ovlivňuje mezilidské společenské vztahy, a zároveň jsou jeho konotace formovány v závislosti na socio-kulturním kontextu (Hašková 2001: 28).

Přestože ženy vyprávěly o svém životě víceméně komplexně, vzpomínaly na své dětství, dospívání i nedávnou minulost, bylo patrné, že se jejich výpovědi často stáčely k jejich vlastním dětem, k počátku zakládání rodiny a ke všem rodinným událostem. Celý rozhovor byl cíleně směřován právě k těmto tématům, přesto bylo evidentní, že pro ženy jsou právě rodinné příběhy jedny z nejdůležitějších v jejich životě. Přivedení potomka na svět pak ženy popisovaly jako zásadní změnu ve svém životě, která sice byla na jednu stranu naprosto přirozenou záležitostí, o které se příliš nepřemýšlelo a nediskutovalo, ale na druhou stranu zásadním způsobem ovlivnilo jejich osobní biografii.

„Já když jsem se to dověděla, že budu mít děcko, tak jsem byla hrozně šťastná a říkala jsem si, i kdyby se něco stalo, že bysme se nevzali, tak že budu mít aspoň to dítě a považovala jsem to za posláni obrovský, jo, opravdu a za takovej zázrak. ...“ (Paní Elena, 90 let)

Zejména při narození prvního potomka se paní Uršula i paní Vladana často odvolávaly na pomoc svých rodičů. Podpora rodiny byla základní jistotou, na kterou se tyto ženy mohly spolehnout. Pomoc během těhotenství a po porodu ze strany rodiny byla pro ně samozřejmostí.

„No, takhle, já jsem se v nemocnici nic nedozvěděla, já jsem byla na pokoji s ostatními ženskejma po porodu a kluka jsem nedostala. On byl někde jinde, asi. Oni nic neradili, jak se starat o něj, jak kojit nebo co. Já jsem šla z porodnice domů a nic jsem nevěděla. To se všim mi radili rodiče, jako manželovo, jo. Tam jsme bydleli, no a potom už jsem měla vlastní zkušenosti. S těma dalšíma dětma už to bylo dobrý, no.“ (Paní Uršula, 79 let)

S paní Vladanou byla maminka dokonce i v poslední fázi před porodem a podpořila jí, když u ní nemohl být její vlastní manžel a obstarat lékařskou pomoc:

„...No a když mě chytlo to břichobolení večer, tak jsem šla za maminkou domů, protože jsme to měli všechno u mami naší i postýlku i jako ten košík ušitej a všechno a ona říkala, počkáme teda, jestli abysme tam zbytečně nejeli a aby si zbytečně neplatila. Já skočím pro paní Riterovou. To byla porodní bába v Krásný...“ (Paní Vladana, 89 let)

3.2.1 Matky jako mentorky

Intervaly lékařských prohlídek nebyly příliš časté, žena se s lékařem sešla ve chvíli, kdy chtěla potvrdit svou graviditu a dále docházela jen několikrát během těhotenství. U žen nadále v otázkách mentorství převládal důležitý vztah matky (případně jiné příbuzné s vlastními zkušenostmi) a dcery, již prožité zkušenosti žen se „dědily“ z generace na generaci. Žena se ohledně svého fyzického i psychického stavu svěřovala své matce, pokud měla možnost, a ta se odvolávala na vlastní zážitky. Jako

hlavní zdroj informací a pomoci tak sloužila rodina – známí a příbuzní ženy, kteří hlavně nezkušeným prvorodičkám pomáhali při péči o novorozeně. Přesto ženy svorně tvrdily, že návštěva u lékaře neodmyslitelně k těhotenství patřila.

„A během porodu jste chodila na nějaký lékařský prohlídky?“

„Chodila jsem k jedné lékařce, ...“

„Takže to bylo ještě v Praze?“

„V Praze. A ta mě radila teda, jo. Ta mě nahradila tu maminku v tomto případě, protože sestra byla svobodná, ta neměla žádné zkušenosti, jo ale ta paní doktorka byla to, právě mi říkala nejlepší je jít do toho Podolí, tam že je to taky ještě dneska, taky tam ještě asi ta porodnice je.“ (Paní Elena, 90 let)

3.3 Pracovní model 50. až 60. let 20. století

3.3.1 Pracovní model na vesnici vs. ve městě

Pracovní model, který jsem mohla vysledovat u žen, s nimiž jsem prováděla rozhovor, je právě na počátku tzv. obrazu ideální ženy. Jelikož se jedná o konec 40., 50. až 60. léta je tento trend patrný jen z části. Musíme totiž striktně odlišit, zda ta která žena bydlela na vesnici nebo ve městě. Model ženy na vesnici se totiž až do konce 60. let (což je naše sledované období, proto nemůžeme blíže specifikovat, zda se nejednalo i o pozdější období) příliš neměnil. Každá rodina měla své hospodářství a ženy se spíš věnovaly chovu dobytka, pěstování vlastních plodin a starání se o domácnost a rodinu (Neumann, 1999). Takovou podobu životního stylu nám může doložit výpověď paní Uršuly, která byla od dětství zvyklá na vesnický život se všemi starostmi o hospodářství.

„No, to jsme na začátku bydleli u jeho rodičů, to my jsme vždycky měli krávy a slepice, králíky a to je hodně práce furt. To už tak chodilo. To jsme si nemohli vybírat. Prostě jsme měli pole a to se muselo obdělávat. Už jako děti, no. No, jo a pak když jsem přišla z nemocnice, tak mi jako jeho rodiče pomáhali, jo. Bylo toho hodně, no, ale museli jsme to zvládnout, takový už to bylo, no.“ (Paní Uršula, 79 let)

Také paní Elena se dostala do situace, kdy se musela s manželem odstěhovat z Prahy na vesnici, a přestože by ráda sehnala nějakou práci, byla ze začátku kvůli nedostatečným pracovním příležitostem na vesnici odkázána pouze na manžela a pomoc jeho maminky.

„A to jsme bydleli u maminky manželovo, tam jsme bydleli už třetím rokem. Zdendovi byli tři roky, když se Lenka narodila, jo. A já jsem neměla možnost v tý Lhotě žádnýho vejdělku. Někdy v létě jsem občas šla třeba pomoci na pole, že jsme dostali nějaký vajíčko, no ale byla to těžká doba.“ (Paní Elena, 90 let)

U ostatních rodin dotazovaných žen z městských domácností, které neměly své vlastní hospodářství, platil už model, kdy žena chodila do práce a zároveň měla na starosti chod domácnosti a péči o děti. Koncept dvojího břemena můžeme tedy vysledovat u žen, které v poválečném období žily ve městě. Zároveň těhotné ženy pracovaly až do porodu většinou bez ohledu na zdravotní stav. Pouze zdravotní komplikace, které by znemožňovaly výkon práce, se posuzovaly jako důvod pro ukončení pracovního poměru. Vznik dvojího břemena a následné důsledky, které mohly vyvolat, popisuje paní Vladana. Ve své výpovědi tvrdí, že pracovní nasazení, které zastávala až do poslední chvíle před porodem, mohlo způsobit předčasné porodní bolesti.

„Ve spořitelně jsem dělala, ale pak už jsem nedělala.“

„No, a když jste otěhotněla, tak kdy jste přestala pracovat?“

„Jsem tam byla do toho, do té poslední chvíle, proto pravděpodobně asi se to bylo dřív, si myslím, jo. Protože já jsem tam do šesti hodin byla, jo. A pak mě to chytlo, tak jsem šla k mami. No, takže možná že jsem to taky porodila dřív proto,... to nevím.“ (Paní Vladana, 89 let)

3.3.2 Dvojí břemeno ženy

Během 50. a 60. let byl obraz ideální ženy vnímán jako obraz matky, která je začleněna do tržního procesu a zároveň se dokáže postarat o své děti a domácnost.

Automaticky na ni bylo uvaleno dvojí břemeno. Během 50. let se masově rozvíjel průmysl, který zajišťoval nová pracovní místa, která musela být zaplněna i ženami. Na druhou stranu se však nezměnil rodinný model, ve kterém platilo tradiční rozdělení rolí - žena pečující o rodinu, muž zajišťující materiální zabezpečení (Sobotka 2003: 263). Proces takového populačního vývoje nám může být vodítkem, jestliže chceme analyzovat, nakolik byla provázána role ženy jako zprostředkovatele péče o rodinu a domácnost a její nově vznikající role pracovnice.

Podle Renzetti a Curran (2003) počty žen, které pracovaly za mzdu na počátku 20. století, postupně rostly. Ve válečných letech se výrazně jejich počet dále zvýšil, protože ženy musely nahradit pracovní síly, které scházely v továrnách po odchodu mužů do války. Vývoj pracovního schématu se ale v poválečných letech významně lišil od schématu zemí v rozvinutých zemích. Západní společnosti byly charakteristické snahou vrátit ženy zpět do domácností a nechat jim funkci hospodyně a pečovatelky. Na druhou stranu v socialistických zemích byl nastolen model plné zaměstnanosti. Tato „emancipace“ žen a jejich zrovnoprávnění s muži však byla spíše zástěrkou pro možnost pracovat za mzdu. Ve skutečnosti se jednalo o nutnost, která odpovídala politikám socialistických zemí. Nástup politiky plné zaměstnanosti byl poměrně úspěšný od svého vzniku s nástupem komunismu na české území až do 70. let 20. století.

Také paní Elena hned po vystudování středního učiliště nastoupila do zaměstnání hned po válce, kdy se s manželem nastěhovali nastálo do Prahy.

„Já jsem dělala jako účetní v Jinonické ulici ve Smíchově. Jo, to bylo tenkrát velkoobchod tzv. krátkým zbožím.

„To bylo nějaký spotřební zboží, ne?“

„No, všechno možný, ale hlavně kožený zboží, jo. Já jsem předtím dělala u účetního revizora a daňového poradce, a protože když maminka zemřela, tak jsme potřebovali hodně peníze na všechno na likvidaci domácnosti a tak dále, tak jsem si našla ještě večerní práci v Nádražní ulici na Smíchově a tam jsem jim vedla účetnictví a on mě potom jejich odběratel, kterej měl ten velkoobchod tím zbožím, jo, tak od tohodletoho výrobce mě přetáhl k sobě tím, že mi dal pět tisíc čistýho, což byl velkej plat po válce. Jo, no takže já jsem po válce nastoupila hned, no to v Praze bylo práce dost nebo já nevím, no, to já jsem měla

dobrý, že jsem dělala tu účtařinu, jo no, že jsem mohla takhle hned si vydělat, jo. To prostě jako nebyla lehká doba, no, ale tak to bylo.“ (Paní Elena, 90 let)

Ženy, které v 50. letech vstupovaly na pracovní trh, byly jen zřídka kdy kvalifikované a nastupovaly proto na pozice, které nepotřebovaly velkou profesní přípravu a tím pádem byly o to méně placené. Takové nízkostatusové pozice spadaly většinou do výrobního odvětví a nebyly považované za prioritní (Hašková, Uhde 2009: 42).

Akorát u paní Zity se tento model lišil tím, že manžel zaopatřil celou rodinu a ona tak nemusela chodit do práce a byla ženou v domácnosti. To vypovídá o tom, že ve 40. letech, kdy se k moci dostal komunismus, byl model plné zaměstnanosti na svém počátku a byla spousta žen, které ze začátku nebyly zaměstnané.

„No, tak já jsem nepracovala. Konec války jsem byla doma u rodičů, jo. ... Byla jsem doma, jo. Když jsem jako byla vdaná, tak jsem nemusela pracovat, jo. No a když jsem potom čekala dítě, tak dvakrát ne, jo, no a potom manžel jako utekl z toho Německa, jo vrátil se, no a potom neměl práci, tak jsme šli do pohraničí.“ (Paní Zita, 88 let)

3.4 Přenos informací z generace na generaci

3.4.1 Plodnost ženy z pohledu tradičních společenských představ, zvyků a obyčejů

Společnost se vždy soustředila na těhotenství a porod ženy jako na významné přechodové období, ve kterém se budoucí matka vyrovnává se svou novou společenskou rolí. V průběhu let se ale v těhotenství, porodu a v následné roli mateřství vyvíjela určitá kulturní specifika a charakteristické obyčeje, které definovaly budoucí matku jako nositelku nejen nového života, ale v konečném důsledku i jako příčinu některých jak pozitivních, tak negativních společenských vlivů. Tradiční nebo lidové společenské představy, zvyky a obyčeje podpořily různé pověrečné představy o plodnosti žen (Gála 1940: 24).

Tak jako je žena schopná přivést na svět nový život, tak je i příroda schopná rodit své plodiny, proto se často dávalo do spojitosti ženské těhotenství a úrodnost půdy, na které byli lidé závislí existenčně. Celkově doba těhotenství, porodu i šestinedělí byla spojována s mnohými pověrečnými praktikami, které měly ochránit matku i dítě před nečistými silami. Tyto praktiky byly doprovázeny mnoha symbolickými rituály jako byl např. křest nebo položení dítěte k matce (Navrátilová 1998: 25).

Vůči těmto pověrečným praktikám se vymezili již osvícenští vědci, kteří kladli důraz na rozum a racionalitu. Jejich snahy vedly i k proměně zažitých postupů při porodech, které do té doby vedly pouze porodní báby. Proměna těchto osvícenských představ vedla k medializaci porodů a zejména k redefinici úlohy ženy při samotném porodu. Dříve bylo na ženu při porodu nahlíženo jako na aktivní participantku, ale již koncem 18. století se její role při porodu změnila na pasivní. Aktivní se zde stávali lékaři, kteří aktivně zasahovali do průběhu porodu a žena jen vykonávala jejich nařízení (Navrátilová 2004: 132). Ovšem přes veškeré úsilí o zracionalizování porodu a odstranění pověrečných praktik se tyto rituály a zvyky objevovaly na venkově ještě na konci 19. století. Navrátilová tvrdí, že toto přetrvávání některých praktik mohlo být zapříčiněno vysokou cenou lékařského ošetření, které si nemohly dovolit. Proto podle ní ženy k porodu nepřivolávali lékaře a stále rodily pod dohledem místních porodních bab (Navrátilová 2004: 133).

3.4.2 Fáze přirozeného generačního vývoje

Těmto zásadním okamžikům v životě žen však předcházelo období, které bychom mohli nazvat jako období *přirozeného generačního vývoje a nevědomosti*. *Přirozeným generačním vývojem* mám na mysli životní tranzice žen, které se od sebe příliš nelišily. Základní struktura byla jednoduchá, dětství, většinou základní vzdělání s následným vyučením v určitém oboru, svatba, shánění společného bydlení, založení rodiny (těhotenství ženy následovalo bezprostředně po svatbě, v mnohých případech i dříve). A celá tato struktura životních příběhů se tradovala z generace na generaci. Ženy se často odvolávaly na zkušenosti a rozhodnutí svých vlastních rodičů, kteří vyrůstali

v době, kdy manželství a rodinný život byly považovány za základní pilíře života. Tyto po léta neměnné vzorce chování tak získaly svou tradici.

„Ale tak oni rodiče už asi jako chtěli, abych odešla z domu, našla si muže a měla taky děti. Já už jsem na to jako to, no, měla jsem na to věk a to už bylo normální, to se tak dělalo všude. Po škole pryč z domu a je to, no.“ (Paní Uršula, 79 let)

„My už jsme se znali dýl, tak už jsme se jako chtěli vzít, oba dva jsme už pracovali, muž teda jako už dlouho, no. Já už jsem se těšila, že si povedeme takovej ten jako normální život, že si tak budeme žít. Tak jsem se jako těšila, až budu mít tu svojí, jo, tu svojí domácnost nebo tak.“ (Paní Zita, 88 let)

3.4.3 Fáze nevědomosti

Tradice, pověry a zvyklosti se přenášely z generace na generaci, samozřejmě vždy s určitou modifikací, ale přesto s jasnou zprávou: žena jako nositelka života. Tohoto poslání musela žena během svého života docílit bez výjimky, v opačném případě by se totiž dostala na okraj společnosti a musela by čelit různým posměvačným nebo soucitným pohledům. Společenská atmosféra byla v poválečném období stále nakloněna plnohodnotnému životnímu stylu s rodinou, hlavně manželem a dětmi (Neumann, 1999).

Takto jsme si vysvětlili generační přenos zvyklostí a životních stylů, které se tradovaly a přenášely z matek na dcery. Utrvzovaly se tak tradiční role, kdy žena měla obstarat rodinu a chod domácnosti a muž zajišťoval roli živitele a vyšší autority. Přesto se ženy často dostávaly do situací, kdy se zkušenosti jejich matek, ze kterých se snažily ženy poučit, stávaly spíše nefunkční. Automatické přenosy životních zkušeností z matky na dceru totiž nevypovídaly o všech detailech. Matky své dcery nechávaly v nevědomosti, protože se z konvenčních důvodů nehodilo, aby o určitých tématech se svou dcerou otevřeně mluvily (Lenderová, Rýdl 2006: 58).

„A vy jste těhotenství a porod probírala se svojí maminkou nebo...?“

„Ježiš, to vůbec ne, o tom se jako doma nemluvílo, na to jsme si my holky musely přijít jako samy, jo. To nebejvalo. Já ani nevěděla, jak se vlastně ty děti dělají, no. Ale tak dneska se tomu už jenom směju, že jo, no. ... Já jsem s maminkou měla hezkej vztah, to jo, ale to o takovejch věcech s ní mluvit, no to by sem se musela asi to, no, no úplně bych z toho byla nervózní, to vůbec a ona určitě taky. Prostě všechno přišlo asi tak nějak, jak mělo, no, tak asi tak.“ (Paní Zita, 88 let)

Ženy se tak musely samy vyrovnávat s problémy, které byly nevyřešené nebo dokonce přímo tabuizované. Pracovně tento fenomén nazývám fází *nevědomosti*. Mezi významné činitele různých ženských tabuizovaných témat (menstruace, těhotenství, porod, šestinedělí) můžeme řadit jak křesťanství, tak pověry, které se tradovaly v průběhu let (Lenderová, Rýdl, 2006). Právě tabuizace intimních témat mohla mít za následek nedostatek vědomostí ohledně početí, těhotenství nebo porodu.

Z výpovědí žen jsem se setkala ve třech případech s tím, že ženy otevřeně přiznávaly, že početí vlastního potomka příliš neplánovaly, a v daném období ani přesně netušily, jak dítě přivést na svět, čím si během těhotenství musí projít nebo vůbec nepromýšlely, jak se o dítě postarají, jak jej zabezpečí. Základním faktorem bylo pro ženy to, že mají manžela či partnera, a ostatní přišlo, podle dotazovaných žen, samo.

„No a vy jste s manželem chtěli miminko? Plánovali jste ho?“

„Spadla jsem do toho rovnějma nohama spíš. A ani nevím jak.“ (Paní Elena, 90 let)

„No, tak s manželem už jsme chvíli žili a chtěli jsme miminko, takže to bylo rychlý, no. Ale neplánovali jsme, jak to bude, prostě to tak přišlo, to byla radost, jo. Ani jsme o tom vlastně asi ani to nemluvili, no jako prostě to přišlo. To my jsme jako skoro nic neměli a stejně se to s tím miminem nějak udělalo. No, ale v té době neměl jako, no prostě málokdo si mohl vyskakovat. Ale ono se to vždycky nějak udělá, no.“ (Paní Zita, 88 let)

3.4.4 Nedostatek informačních kanálů

V dnešní době existuje spousta informačních kanálů, kde se žena může dozvědět o všech problematikách s porodem spjatých. Vychází mnoho knih o těhotenství a o

porodu, mnoho informací je vyvěšena na internetových portálech, žena se může se svými problémy a starostmi radit s lékaři a jinými odborníky, může si vyhledat i odbornou pomoc v rámci přípravných těhotenských kurzů, které dnes nabízí většina nemocnic. Dříve se o průběhu těhotenství a porodu a případných komplikacích dovídaly ženy jen od svých blízkých a i v tomto případě šla pomoc spíše po povrchu, nebyly zodpovězeny mnohdy zásadní otázky. Na druhou stranu ženám odpadal stres z případných komplikací a po psychické stránce působily ženy mnohem uvolněněji, jak dokládá paní Zita, která se přestože při prvním rizikovém porodu, který podstoupila doma za asistence porodní báby, dalšího rizika při druhém a třetím porodu neobávala:

„...Tak to první dítě trvalo docela dlouho, než se narodilo a narodila se, byla jako trochu celá modrá, protože měla dvakrát pupeční šňůru otočenou kolem krku a vždycky, co jsem tlačila, tak šlo zase zpátky, jo. ...“

„...No a nebála jste se, že o miminko přijdete? Něřešila jste to?“

„Nějako vůbec ne, já jsem byla hloupá nějaká, já jsem vůbec nevěděla jak a co. Dneska jsou ty, vy to všechno už víte dopředu, já jsem nic nevěděla.“ (Paní Zita, 88 let)

Závěr

Ve výzkumu ženy, které svůj první porod prožily v nemocnici a to již od konce 40. let až do konce 50. let, hovořily o svém porodu v nemocnici v té době jako o naprosto přirozené věci, která již byla podle nich ve společnosti zavedená dlouho. Tyto výpovědi by přispívaly spíše k závěru, že medikalizace porodnictví má své prvopočátky již v ranějším období. Z výpovědí žen však není možné přesně datovat, o jaké období by se mělo jednat. Samozřejmě mohl být přesun porodů z domácností do nemocnic ovlivněn i lokálně. Logicky bychom se pak mohli domnívat, že větší města měla více možností, kde získat finance, vyškolení personálu a inovátorské myšlení vedení nemocnic a mohlo se tak rychleji přestoupit na nové medikalizované a institucionalizované postupy ve vedení a v evidenci porodů.

Teoretická východiska nás zavedla do období 50. až 60. let 20. století (toto období bylo označováno jako období přesunu porodů z domácností do porodnic), kde jsem se snažila zkoumat, jak ženy prožívají porody svých dětí a jaké významy ženy období počátku medikalizace porodnictví přisuzují. Musíme ale zdůraznit, že vymezení výzkumného vzorku na základě literatury, nebylo příliš šťastné. Ženy, které rodily v 50. až 60. letech, již nezažily porod v domácím prostředí a o tomto fenoménu se vyjadřovaly jako o praxi dávno minulé. Musela jsem se proto zaměřit na ženy starší, které rodily již v poválečném období a na konci 40. let a teprve zde jsem našla ženy, které zažily porod jak doma, tak později v prostředí nemocničních zařízení. Z výpovědí žen vyplývá, že prvopočátky některých medikalizačních praktik bychom měli hledat dříve.

Studie nás dovádí k významu medikalizace porodů, biomoci a autoritativnímu vědění jako k základním konceptům, které v daném období působily v prostředí medicínské praxe a to i přes fakt, že se objevují a konceptualizují až v pozdější době. Díky těmto konceptům jsme tedy mohli sociologicky reflektovat instituci medicíny v 50. až 60. letech 20. století, která stála na samém počátku konstituce moderní společnosti a rozklíčovat její konkrétní části zabývající se správou lékařských porodních praktik, kontrolou ženské tělesnosti a vlivem na celkový život žen.

Představené teorie jsme mohli aplikovat na období přechodu z domácností do porodnic. Ženské tělo se totiž v období přechodu z domácností do porodnic začalo kontrolovat, stávalo se čím dál více disciplinované a veškeré normy ženského těla se vytvářely právě v rámci těchto medikalizačních procesů. Tento proces je patrný jak u žen, které rodily doma za asistence porodní báby, tak u žen, které zažily vlastní zkušenost s porodem v nemocnici za dozoru lékařského personálu.

V polovině 20. století stále přetrvávalo tradiční rozdělení rolí, při kterém se na ženu uvalilo dvojí břemeno, a sice pracovní vytížení spojené s výchovou dětí a péčí o rodinu. Tento model však ženy vnímaly jako přirozený, a proto nepocit'ovaly touhu se vůči němu vymezit. Ani tradiční modely rozdělení rolí v rodinném schématu nevnímaly ženy jako zatěžující. Stejně tak ženy přistupovaly k lékařským praktikám uplatňovaným v tomto období. Ženy vnímaly lékařskou intervenci, doporučení a kontrolu nad jejich těly jako jedinou správnou. Měly pocit, že jsou svěřeny (i jejich děti) do odborné péče a cítily se proto bezpečněji.

Přes tyto závěry ale musíme brát v úvahu možné zkreslení, které může nastat ve chvíli, kdy ženy nesprávně reflektují zkušenosti z minulosti. Ženy mohou být totiž ovlivněné medicínským diskursem dnešní doby, který zdůrazňuje lékařskou praxi jako autoritativní sféru. Obor lékařství si získal velkou prestiž a uznání, proto mohou ženy vnímat současné debaty, které se vedou na téma odborného vedení porodu. Ženy tedy mohou být ovlivněné lékařskou praxí a praktikami, které se provozují dnes a tuto zkušenost mohou aplikovat i na minulost.

Pro další směřování výzkumu bychom se mohli zaměřit na dřívější období například konce 30. let a let 40., kde by bylo lépe vysledovatelné, nakolik byla medikalizace porodnictví rozšířena mezi obyvatelstvo v českém kontextu. Jelikož mě literární prameny zavedly směrem k oslovení žen, které rodily v 50. až 60. letech, byla jsem víceméně omezena úzce vyprofilovaným vzorkem a oslovila jsem tak ženy, které braly porod v nemocničním zařízení jako přirozený a jediný správný a bezpečný. Studie tak je ošizená o zkušenosti žen, které rodily doma za asistence porodních bab bez větší intervence medicínského systému.

Je ovšem otázkou, zda by bylo ještě možné oslovit ženy, které rodily v tak raném období, protože by se jednalo o ženy, které se narodily kolem počátku 20. století. Pokud bychom ženy v takto pokročilém věku sehnali, mohli bychom narazit na problémy s dobrým rozpomenutím na tak dalekou minulost. Stálo by tedy za úvahu další rozšíření této diplomové práce soustředit i směrem k čerpání historických pramenů, deníků a dokumentů, které by mohly výpovědi žen dále doplnit a lépe specifikovat.

Literatura:

Bártlová S., S. Matulay. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta.

Čech, Evžen, Zdeněk, Hájek, Karel, Maršál, Bedřich, Srp. 1999. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing.

Deleuze, Gilles. 1996. *Foucault*. Praha: Herrmann a synové.

Disman, Miroslav. 2007. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Karolinum: Praha.

Doležal, Antonín. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze.

Dudová, Radka. 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky.

Foucault, Michele. 1990. *The Will to Knowledge. The History of Sexuality 1*. London: Penguin.

Foucault, Michele. 2000. *Dohlížet a trestat – kniha o zrodu vězení*. Praha: Nakladatelství DAUPHIN.

Foucault, Michele. 2009. *Zrození biopolitiky. Kurz na College de France (1978–1979)*. Brno: CDK.

Gabe, Jonathan, Mike Bury, Mary Ann Elston. 2004. *Key concepts in medical sociology*. London: SAGE Publications.

Gála, Cyril. 1940. *České lidové pověry a pranostiky o ženách a z porodnictví*. Pardubice: B. Turek.

Hašková, Hana. 2001. *Názorové difference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: AV ČR.

Hašková, Hana, Zuzana, Uhde. 2009. Women and Social Citizenship in Czech Society: Continuity and Change. In Křížková, Alena, Marta, Vohlídalová. *The Labour Market and Work-Life Balance in the Czech Republic in Historical Perspective*. Prague: Institute of Sociology, Academy of Sciences of the Czech Republic.

Ivanová, K. 2006. *Etika a organizační kultura v managementu zdravotnictví*. 1. Vyd., Brno: NCO NZO.

Kapr, Jaroslav, Bohumil, Koukola. 1998. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: SLON.

Kukla, Rebecca. 2005. *Mass Hysteria: Medicine, Culture, and Mothers' Bodies*. Lanham: Rowman & Littlefield.

Lenderová, Milena, Karel, Rýdl. 2006. *Radostné dětství? Dítě v Čechách devatenáctého století*. Praha: Paseka.

Možný, Ivo. 1990. *Moderní rodina – mýty a skutečnost*. Brno: Blok.

Navrátilová, Alexandra. 1998. *Role ženy v obřadní kultuře*. Bratislava: Katedra etnologie FF SAV.

Navrátilová, Alexandra. 2004. *Narození a smrt v české lidové kultuře*. Praha: Vyšehrad.

Neumann, S., K. 1999. *Dějiny ženy: populárně sociologické, etnologické a kulturně historické kapitoly*. Praha: Otakar II.

Parusníková, Zuzana. 2000. *Biomoc a kult zdraví*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review. Vol. 36. No.1: 131-142.

Renzetti, Claire, Daniel, Curran. 2003. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.

Rotter, Hans. 1999. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad.

Silverman, David. 2005. *Ako robiť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar.

Slepičková, Lenka, Eva Šlesingerová, Iva Šmídová. 2012. *Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, Vol. 48, No. 1: 85–106.

Sobotka, T., K. Zeman, V. Kantorová. 2003. *Demographic shifts in the Czech Republic after 1989: A second demographic transition view*. European Journal of Population 19: 249–277.

Stadelmann, Ingeborg. 2001. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Praha: One Woman Press.

Svobodný, Petr, Ludmila Hlaváčová. 2004. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: TRITON, s. r. o.

Štembera, Zdeněk. 2004. *Historie české perinatologie*. Praha: MAXDORF s.r.o.

Ústava Československé republiky. 1948. [online]. [cit. 13. 3. 2013]. Dostupné z: <http://psp.cz/eknih/1946uns/tisky/T1227_01.htm#_h>.

Young, Iris Marion. 2005. *On female body experience : "Throwing like a girl" and other essays*. New York: Oxford University Press.

RESUMÉ

This study is aimed at women who had chosen to give birth at the time of transferring births at homes to the hospitals. The thesis is focused on how the women felt during going through pregnancy and giving birth at home or in the hospital. The objective was to find out how the women perceive the medicalization of giving birth and what meanings they attributed to it.

The thesis deals mainly with the beginnings of institutionalized obstetric care and the concept of birth medicalisation. Attention is paid to the defining and the moving of giving birth from the households to the hospitals in 50's and 60's of the 20th century.

Final analysis shows that the process of birth medicalisation occurred earlier than it was thought. Women perceived the medical environment and medical monitoring and intervention as correct. They felt like they are entrusted to the professional care and therefore feel safer.

Přílohy:

Příloha č. 1: Otázky do rozhovorů

Jak jste se dozvěděla, že jste těhotná?

Jak jste plánovala s partnerem těhotenství?

Jaký byl váš pohled na umělé přerušování těhotenství? Bylo to v té době vůbec možné?

Byla jste se svým partnerem vdaná, když jste čekali miminko?

Pracovala jste, studovala v době před otěhotněním a během těhotenství?

Kde jste bydlela v té době? Bydlela jste sama, s partnerem, manželem nebo u rodičů?

V jakém roce jste otěhotněla – poprvé, podruhé...? Kolik vám bylo let?

Jak probíhalo vaše těhotenství? Chodila jste před otěhotněním a během těhotenství k lékaři?

Radil vám v otázkách těhotenství, porodu?

Měl a jste zdravotní komplikace, potíže během těhotenství, porodu?

Jaký byl váš vztah s rodiči? Souhlasili s vaším rozhodnutím otěhotnět?

Kde jste rodila? V přítomnosti koho?

Jak probíhal porod? Došlo během porodu k nějakým porodním komplikacím?

Jak jste se cítila před, během, po porodu?

Jak jste vnímala těhotenství, porod? (běžná věc, emotivní?)

Jste ráda, že jste rodila doma/v porodnici?

Mnoho žen v té době o dítě během těhotenství či porodu přicházelo, jak jste to vnímala vy?

Bála jste se, že se s miminkem nebo s vámi něco stane?

