Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami*

EMA HREŠANOVÁ, JAROSLAVA HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ**
Filozofická fakulta Západočeské univerzity v Plzni, Plzeň

New Trends in the Czech Birthing System and Emerging Social Inequalities among Birthing Women

Abstract: The article looks at the changes in the Czech birthing system that have occurred as market conditions have come to be introduced into the health-care system. Drawing on the results of an ethnographic study carried out at two Czech maternity hospitals, the authors highlight the relevance of two concepts: consumerism and the commercialisation of birth care. These complex processes have a significant impact on the character of the Czech birthing system, but they have also contributed to the re-emergence of social inequalities in the maternity hospitals observed in the study. The findings from the study confirmed the association between the socio-economic status of mothers and how a woman relates to consumerism, which in turn influences how a woman approaches childbirth. The study also revealed that maternity hospital staff draw a connection between the socio-economic status of birthing women and the course and outcome of childbirth. However, according to these 'native' interpretations, women with a higher socio-economic background, who tend to exhibit stronger inclinations towards consumerism, have 'more difficult' births with more complications.

Keywords: maternity and birth care, consumerism, health care commercialisation, social inequalities in health, ethnography of health care.
Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2008, Vol. 44, No. 1: 87–111

Systém zdravotní péče v České republice procházel v rámci společenské transformace po roce 1989 řadou změn, které významně redefinovaly jeho podobu ve vztahu k pacientům i nabízeným službám. Změny majetkových vztahů v rámci nemocnic a rostoucí význam tržního prostředí, jemuž se nemocnice po roce 1989 musejí přizpůsobovat, vedou ke změnám v konceptualizaci cílů zdravotnických zařízení. Na reformy v systému zdravotní péče reagují porodnice rozšiřováním

* Tato studie vznikla za finanční podpory Grantové agentury České republiky (grant č. 403/06/0184).

** Veškerou korespondenci posílejte na adresu: Mgr. Ema Hrešanová, Mgr. Jaroslava Hasmanová Marhánková, katedra sociologie, Filozofická fakulta Západočeské univerzity v Plzni, Sedláčkova 15, 306 14 Plzeň, e-mail: ehresano@kss.zcu.cz, jmarhan@kss.zcu.cz.

© Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Praha 2008

soccas2008-1.indb 87 19.3.2008 14:10:55

nabídky svých služeb. Na druhé straně se změny provázející reformy systému zdravotní péče promítají také do přístupu žen k nabízené péči. Ženám se díky nim otevírá mnohem větší prostor pro vlastní rozhodování o její podobě. V tomto textu navrhujeme konceptualizovat tyto dvě dimenze změn v českém porodnictví jako *komercionalizaci* porodnic a *konzumerismus* ze strany rodiček. Domníváme se, že porodnictví představuje specifickou oblast zdravotnictví, ve které se koncepty konzumerismu a komercionalizace mohou rozvíjet více než v jiných oborech. Porodnice jsou sice pevnou součástí nemocnic, chceme však zdůraznit, že zkušenost porodu nelze zcela porovnávat se zkušeností nemoci. Podobně i charakter služeb poskytovaných porodnicemi vykazuje řadu odlišných rysů od služeb, jež jsou obvykle poskytovány na jiných nemocničních odděleních.

V této práci se především zabýváme otázkou, zda komercionalizace porodnic a konzumerismus mezi rodičkami vedou k větší diverzifikaci mezi „klientkami" porodní péče a zda a jaké nerovnosti mezi rodičkami zakládají. V tomto ohledu řada autorů [Khoshnood et al. 2004; Lazarus 1994; Nelson 1982; Williams 1990] upozorňuje na roli socioekonomického statusu, který významně ovlivňuje nejen preference jednotlivých typů služeb, ale i vědění týkající se jejich poskytování a vztah k těmto službám. Naší snahou je taktéž prozkoumat, jaké faktory ovlivňují vztah jednotlivých žen ke konzumerismu a jakým způsobem se inklinace ke konzumerismu promítá do výsledné podoby porodu. Při hledání odpovědí na tyto otázky se pro srovnání obracíme k předešlému modelu socialistického zdravotnictví, ve kterém konzumerismus a tržní prostředí výrazně absentovaly. Naše závěry pak vycházejí z etnografického výzkumu dvou porodnic.

Proměny českého zdravotnictví

Transformace ve zdravotnické sféře se objevuje po roce 1989 jako součást širších politických, společenských a především ekonomických změn. Předtím panoval v Československu, stejně jako v jiných zemích socialistického bloku, vysoce centralizovaný systém socialistického zdravotnictví.[1] Charakterizovala ho zejména hierarchická organizace, byrokratická správa a model léčby, ve kterém hráli významnou roli experti a technologie [Cockerham, Snead, DeWaal 2002: 45; Hoffman 1997; Navarro 1977, cit. dle Rivkin-Fish 2005: 70]. Socialistický systém zdravotní péče se rovněž vyznačoval značnou dehumanizací vztahu mezi lékařem a pacientem vyplývající z vysoké byrokratizace medicíny.[2] Zdravotní péče

[1] V této části neusilujeme o to, podat vyčerpávající obraz socialistického systému zdravotnictví a porodnictví, ale pokoušíme se pouze poukázat na některé významné rysy, které prošly po roce 1989 výraznou proměnou a které považujeme v kontextu této práce za relevantní ve vztahu k novým trendům v porodnictví. Uznáváme proto, že náš přehled se z jiných hledisek nutně musí jevit jako výběrový a neucelený. Zároveň chceme zdůraznit, že uvedené rysy nepovažujeme za vlastní pouze socialistickému zdravotnictví.

[2] V rámci českého prostředí dochází k podobným závěrům například Křížová [2004: 152–153], která socialistický model vztahu pacienta a lékaře popisuje jako paternalistic-

soccas2008-1.indb 88 19.3.2008 14:10:55

byla v socialistickém systému zdravotnictví poskytována pacientům v obvodech podle místa bydliště. Stejným způsobem – dle rezidenční příslušnosti – byla poskytována i mateřská a porodní péče. Zdravotní péči v tomto období vystihují především pojmy „fragmentace" a nedostatečná kontinuita péče. I přesto, že jisté skupiny žen v určitých porodnicích měly větší prostor pro prosazování svých představ o porodu, lze říci, že značná část žen, ne-li většina, mohla o mateřské a porodní péči a svém porodu rozhodovat velmi omezeně.[3] Zároveň je ale nutné podotknout, že mateřská a porodní péče byla vnímána jako jedna z priorit zdravotnického systému a reprodukční zdraví žen bylo považováno za oblast, které je potřeba věnovat výsadní pozornost. V rámci statistických ukazatelů – například novorozenecké úmrtnosti – tak dosahovala porodní péče v mezinárodním srovnání velice příznivých výsledků [Heitlinger 1987].

Na základě hloubkových rozhovorů můžeme pro český kontext potvrdit závěry Michele Rivkin-Fish, která popisuje socialistický systém mateřské a porodní péče v Rusku jako silně medikalizovaný. K rodičkám se přistupovalo jako k nemocným a zdůrazňovalo se, že během celého těhotenství a porodu musejí být pod kontrolou lékařských expertů. Prenatální péče byla oddělená od péče během porodu. V porodnicích byly matky a jejich děti separovány – mimo dobu kojení, které bylo přesně načasováno. Do porodnic nesměli žádní návštěvníci a přítomnost cizích osob na porodním sále nebyla dovolena [Rivkin-Fish 2005: 25].[4] Důraz během prenatální péče i porodu byl kladen především na fyzické a duševní zdraví dítěte. Pocity ženy a její spokojenost s poskytovanou péčí byly v této souvislosti spíše opomíjeny a nebyla jim věnována žádná zvláštní pozornost [Heitlinger 1987: 218; Benoit, Heitlinger 1998: 1108].

V českém prostředí se tato situace mění v průběhu osmdesátých let, kdy je v porodnicích postupně zaváděn například systém rooming-in a opouští se od podobných aseptických opatření. Na rozdíl od západních zemí, kde byly tyto změny zaváděny v návaznosti na požadavky klientů a tlaku konzumeristických hnutí, je v českém kontextu jejich zavádění do praxe iniciováno především lékaři a zdravotnickými odborníky. Alena Heitlinger [1987: 271–272] tento rozdíl interpretuje jako důsledek tehdejší společenské situace, jež značně omezovala možnost formování hnutí, která by byla nezávislá na státní a profesionální lékařské kontrole a která by se pokoušela o prosazování alternativních pohledů na zdravotní

ký a značně mocensky nevyrovnaný. Jak dále uvádí: „Aktivní pacient, který se ptá na okolnosti své nemoci a léčby a který se cítí oprávněný udílet či odpírat souhlas s léčbou, byl v té době jistě výjimkou či dokonce zcela neznámým fenoménem" [Křížová 2004: 153].

[3] Jak se první z autorek tohoto textu dozvěděla z neformálních rozhovorů s porodními asistentkami, například sociální kapitál mohl sehrávat výraznou roli při obcházení mechanismů tehdejšího systému zdravotnictví. Objevovaly se tak případy, kdy ženy z různých důvodů rodily v nemocnici mimo svou spádovou oblast nebo díky svému sociálnímu kapitálu dosahovaly nadstandardní péče.

[4] Podle jedné porodní asistentky, se kterou jsme provedly rozhovor, bývala aseptická opatření tak striktní, že na porodní sál nesměli ani zaměstnanci z jiných oddělení porodnice.

soccas2008-1.indb 89 19.3.2008 14:10:55

péči. I přes zavádění těchto opatření si ale porodnictví zachovalo silně medikalizovaný charakter, jenž přetrvával i po roce 1989. Teprve na konci devadesátých let začal být stále více kritizován nově se formujícími spotřebitelskými a zájmovými skupinami.

Transformace zdravotnického sektoru a vytváření nového tržního prostředí

Otázka nutnosti transformace systému zdravotní péče a nemocnic se neobjevuje pouze v kontextu bývalého socialistického bloku. V západních zemích od sedmdesátých let probíhala řada výrazných změn promítajících se do nutnosti reformovat stávající systém financování zdravotnictví. Rostoucí náklady zdravotní péče spojené s rapidním rozvojem finančně náročných diagnostických postupů, demografické procesy vedoucí k poklesu porodnosti a nárůst počtu chronických onemocnění na úkor akutních představují změny, které se významně odrazily v rostoucí finanční náročnosti především nemocniční péče [Vepřek et al. 2002: 46; Turner 1995]. Neufinancovatelnost popsaného stavu proto vedla mnohé západní státy k tomu, že přistoupily k privatizaci zdravotnického sektoru, k větší finanční spoluúčasti pacienta a k posílení tržního prostředí v rámci zdravotnické péče [Turner 1995: 162–165; také Mohan 2002].

Obdobné změny se v České republice objevují především v devadesátých letech, kdy rapidně narůstají výdaje spojené se zdravotní péčí [Vepřek et al. 2002: 45].[5] Reformy reagující na tento stav se soustředily především na decentralizaci systému zdravotní péče. K 1. 1. 2003 došlo k převodu původně státního majetku nemocnic na krajské samosprávy, podobně dochází ke změně zřizovatelů okresních nemocnic, kterými jsou v současné době krajské samosprávy. Těm se jako zřizovatelům otevřela možnost změnit právní formu nemocnic.[6] Této možnosti vedení některých krajů využilo a transformovalo své nemocnice na akciové společnosti [Rokosová et al. 2005: 25–28].

Transformaci nemocnic na akciové společnosti je potřeba vnímat i v kontextu změn, které tato právní forma nemocnic může mít pro pojímání pacienta i poskytované péče. Původní právní forma nemocnic v podobě příspěvkových organizací poskytovala veřejné služby hrazené z veřejných prostředků. Tato skutečnost často vedla k tomu, že stát podporoval i vysoce ztrátová zařízení z obav před ohrožením veřejného zájmu (v podobě zhoršení dostupnosti nemocniční péče) [Hanušová 2004: 7–8]. Forma akciové společnosti v této souvislosti vede k mnohem větší motivaci vlastníka dosahovat vyrovnaného hospodaření z obav

[5] Zatímco v roce 1991 činily v rámci resortu zdravotnictví celkové výdaje na jednoho obyvatele 3834 korun, v roce 1995 se tato částka zvýšila na 9744 korun. O pět let později se pak výdaje na jednoho obyvatele vyšplhaly až na 13 831 korun [Vepřek et al. 2002: 46].

[6] Detailnější rozbor těchto právních změn viz Nemocnice II. – Sborník IZPE [Hanušová 2004: 34–37].

soccas2008-1.indb 90 19.3.2008 14:10:56

před ztrátovostí i možným hospodářským krachem nemocnice. Snaha dosahovat minimálně vyrovnaného hospodářství se tak může odrážet i v novém pojímání pacienta. Ten se prostřednictvím plateb od zdravotních pojišťoven ideálně stává zdrojem zisku, a tak i klíčovou osobou ovlivňující přežití nemocnice v konkurenčním prostředí trhu [Křížová 1998: 23].

Konzumerismus a komercionalizace v kontextu českého porodnictví

Ve státech na západ od našich hranic se v sedmdesátých a osmdesátých letech spolu s proměnami fungování zdravotnického systému a redefinování cílů jednotlivých zařízení začíná poprvé objevovat také idea konzumerismu. Do České republiky začíná jazyk konzumerismu a jeho spojení se sektorem veřejných služeb pronikat díky odlišnému historickému i sociálnímu vývoji až v devadesátých letech.[7]

Celá představa fungování konzumerismu v rámci systému zdravotnictví staví na představě pacienta jako aktivního aktéra, který si cíleně volí mezi nabízenými zdravotnickými službami. Lékaři se stávají prostými poskytovateli jednotlivých služeb, mezi nimiž se klient rozhoduje na základě nabízených výhod nebo možných ztrát. Idea konzumerismu zdůrazňuje především užitek, který klient z takto fungujícího systému získává. Jednotlivá zařízení jsou nucena navzájem soupeřit o přízeň klientů, přičemž vzniklá konkurence by následně měla vést ke zvyšování kvality služeb [Lupton 1997]. Podmínkou konzumerismu je vytvoření prostředí, které nese rysy trhu. V tržním pojetí zdravotnictví se nabízená péče stává zbožím, jehož cena je poskytovateli určována na základě očekávaných nákladů a zisků. Důležité pro koncept konzumerismu je přítomnost konkurenčního prostředí, jež se řídí podle pravidla nabídky a poptávky a kde jsou zdravotnická zařízení nucena si ve snaze o získání maximálního počtu klientů navzájem konkurovat cenou i kvalitou svých služeb [Křížová 2002: 98–100]. Stále více empirických studií dokazuje, že relevance konceptu konzumerismu ve sféře zdravotnictví ustavičně roste. Například Pescosolido, Tuch a Martin [2001] ukázali, že rostoucí vliv konzumerismu úzce souvisí s deprofesionalizací medicíny a dle některých dalších autorů vůbec s poklesem víry v sociální instituce, jako je věda či vzdělání [ibid.: 10].

Při uvažování o komzumerismu je nutné si uvědomit, že jeho přítomnost vždy nutně vede ke komercionalizaci zdravotnických zařízení. Podle Haškové [Hašková 2001: 29] lze hovořit o komercionalizaci porodnic právě v souvislosti s novou formou financování zdravotnických zařízení. Pokles porodnosti a přehodnocení pohledu na rodičku jako na klientku, o jejíž přízeň by mělo zařízení

[7] Významným rysem je například zavádění termínu „klient/ka" odrážející nové vnímání poskytované zdravotní péče jako služby. Zavedení tohoto termínu tak ilustruje také proměnu vztahu mezi lékařem a pacientem, který je definován jako smluvní vztah mezi poskytovatelem určité služby a tím, kdo tuto službu přijímá [Kapr, Koukola 1998: 8–10].

soccas2008-1.indb 91 19.3.2008 14:10:56

aktivně usilovat, podněcuje konkurenci mezi porodnicemi, která dále ústí v přehodnocení charakteru poskytované péče a nabízených služeb [Hašková 2001: 29]. Navíc, ačkoliv jsou porodnice v České republice pevnou součástí nemocnice, služby, které nabízejí svým klientům, se liší od služeb, jež nemocnice obvykle nabízejí svým pacientům. Výběr porodnice je v řadě případů otázkou dlouhodobého rozhodování, které mohou značně ovlivnit právě služby, jež zařízení rodičce poskytuje. Klesající porodnost v České republice navíc vedla ke zvyšování důležitosti jednotlivých klientek pro porodnice, které byly na konci devadesátých let a na počátku následujícího desetiletí ohrožené možným zavřením v důsledku malého počtu porodů. Porodníci v této souvislosti odkazují k doporučení *České gynekologické a porodnické společnosti*, podle něhož by mělo být v dané porodnici provedeno minimálně pět set porodů za rok, má-li být udržena dostatečná kvalifikace personálu.[8]

Samozřejmě, že představa pacienta jako spotřebitele a zdravotnických služeb jako nabízené komodity, se kterou koncept komercializace a konzumerismu pracuje, nezůstala ušetřena kritiky. Její kritici poukazují především na to, že zdravotnické služby nelze pokládat za zboží v pravém slova smyslu. Jejich nákup lze jen zřídkakdy plánovat dopředu, konzultovat s blízkými a v případě nespokojenosti reklamovat [Šimek, Špalek 2002: 15–16]. Lupton [1997: 379] pak v této souvislosti kritizuje samotné pojetí pacienta jako aktéra, který se rozhoduje čistě na podkladě možných zisků a ztrát, a upozorňuje na to, že lékařská péče představuje službu, jež je značně ovlivněna kulturními a symbolickými významy i citovým zapojením pacienta do poskytované péče. Skutečnost, že je to právě závislost, která je charakteristickým rysem zkušenosti nemoci, vede Lupton k závěru, že zdravotnická péče nikdy nebude moci skutečně naplňovat ideu konzumerismu, v rámci níž by pacienti vždy hráli aktivní roli v rozhodování o výběru lékařské péče. Je ale otázkou, nakolik je tato kritika relevantní v souvislosti s konzumerismem v rámci systému porodnic. Ačkoliv porodnice nabízejí zdravotnické služby, jejich charakter je odlišný od charakteristik zdravotnické péče, o nichž hovoří Lupton. Zkušenost porodu nelze považovat za porovnatelnou se zkušeností nemoci se všemi dalšími charakteristikami, jež s ní Lupton spojuje. Tato skutečnost vede k tomu, že klientka dostává větší možnost spolurozhodovat o tom, jak bude péče jí věnovaná probíhat. Současný odstup od jedné možné polohy při porodu a stále větší individualizace přístupu k rodičce vede k rozšíření spektra služeb, jež je možné klientce nabídnout. Hašková [2001: 30] však upozorňuje, že pokud si rodička vybírá způsob porodu, omezuje se často tato volba na výběr konkrétní porodnice, která je schopna představy ženy o způsobu porodu naplnit.

K rostoucí komercionalizaci porodnic a konzumerismu ze strany rodiček přispěly podle našeho soudu dva významné faktory – (1) nízká porodnost, kte-

[8] Zde vycházíme především z rozhovorů s lékaři ze zkoumaných porodnic, kteří uvádějí, že tato informace je jim opakovaně předkládána na odborných seminářích. Taktéž ji uvádí Chodounská [2005].

soccas2008-1.indb 92 19.3.2008 14:10:56

rá byla v České republice ke konci minulého a počátkem tohoto desetiletí na obzvláště nízké úrovni, a dále (2) rostoucí význam klientů jakožto zdroje příjmu dané instituce.

Komercionalizace porodnic a vznik nových nerovností

V souvislosti se změnami v rámci českého porodnictví spojených s komercionalizací těchto zařízení dochází k postupnému vytváření nového prostředí, které klade na uživatele péče specifické nároky. Rostoucí konkurence mezi porodnicemi ústící do rozšiřování nabízených služeb, snaha přilákat co nejvíce klientek a v prvé řadě samotný fakt, že je to sama rodička, kdo má možnost rozhodovat o tom, kde bude porod jejího dítěte probíhat, mají potenciál vytvářet nový druh nerovností odvislých od schopností jednotlivých žen se v takto strukturovaném prostředí orientovat. Sociální status může v tomto ohledu významně zasahovat nejen do samotného průběhu porodu, ale i do výsledné volby porodnice, která sama o sobě podobu péče značně ovlivňuje. Například Lazarus [1994] v této souvislosti identifikuje sociální status jako významný faktor, jenž vstupuje do interakce s formální organizací a který může značným způsobem ovlivnit míru autority, moci a kontroly, jež se ženě díky němu dostává. Klíčovým prvkem v souvislosti s kontrolou průběhu porodu je podle ní to, jakým „porodním věděním" žena disponuje. Toto vědění obsahuje nejen znalost biologických procesů probíhajících během těhotenství a porodu, ale i sociální vědění, pod tímto pojmem můžeme chápat „znalost lékařských procedur, které jsou prováděny během těhotenství a porodu a zároveň orientaci v nemocnici jako byrokratickém systému – tedy, kdo je zodpovědný za jaká rozhodnutí a jak může pacient vyvinout tlak, aby dosáhl takové formy péče, kterou si přeje" [Lazarus 1994: 26]. Lazarus tvrdí, že porodní vědění není distribuováno mezi ženami rovnoměrně, ale je značně ovlivněno třídní příslušností. Ta je spojena s vyšším vzděláním, které poskytuje lepší orientaci v lékařském systému, a umožňuje tak ženě získat větší moc a kontrolu nad porodem.

Podle Nelson [1982] sociální status nezasahuje pouze do výsledné podoby porodu, ale ovlivňuje již samotné představy žen o jeho průběhu, se kterými vstupují do porodnic. Ženy z nižších sociálních tříd se v menší míře přikláněly k přirozenému porodu, méně často si dopředu plánovaly jeho průběh a dávaly více přednost lékařským intervencím. Také přístup k informacím týkajících se porodu se lišil v závislosti na třídní příslušnosti.[9] Na rozdíl od žen z vyšších tříd považovaly ženy z nižších tříd za relevantní všechny zdroje informací o porodu, ať již je získaly od lékařského personálu, či příbuzných nebo přátel.

Někteří autoři [Williams 1990; Waitzkin 1989] při sledování možných nerovností v přístupu k péči pracují s konceptem socioekonomického statusu. Podle

[9] Třídní příslušnost definovala Margaret Nelson [1982: 341] v této studii pouze na základě dosaženého formálního vzdělání.

soccas2008-1.indb 93 19.3.2008 14:10:56

nich lze tyto nerovnosti vysledovat již v samotném kontaktu s prostředím nemocnice a lékaři. Například Chamberlain [1997] upozorňuje na to, že vyšší socioekonomický status většiny lékařů se odráží i ve způsobu jejich komunikace. Lidé s nižším socioekonomickým statusem se tak mohou dostávat do situace, kdy jazyku nemocničního prostředí nejen nerozumějí, ale také své problémy a potřeby nedokážou artikulovat způsobem, jenž se od nich očekává. Tato skutečnost může ve výsledku vést i k nevhodnému využívání zdravotní péče. Význam socioekonomického statusu v kontextu zdravotní péče a interakce s institucí nemocnice ilustruje i příklad francouzské studie Khoshnooda a jeho spolupracovníků [Khoshnood et al. 2004], kteří ve Francii studovali vyšetření na přítomnost Downova syndromu u plodu. Závěry jejich výzkumu poukazují na roli, jakou hraje socioekonomický status při těchto vyšetřeních. Ženy s nižším socioekonomickým statusem byly méně informované ohledně možnosti screeningu, častěji nedokázaly odpovědět, zdali jím vůbec prošly, a především se u nich objevovala mnohem větší pravděpodobnost, že jim v rámci prenatální péče nebude screening vůbec nabídnut.

Všechny tyto uvedené výzkumy tedy poukazují na význam sociálního postavení jako faktoru ovlivňujícího očekávání, orientaci ve zdravotním systému a poskytovaných službách a stejně tak i přístup institucí k jeho nositelům. Budeme-li pracovat s konceptem socioekonomického statusu, lze v případě porodů a porodnictví předpokládat, že ten formuje nejen představy o porodu, ale i interakce s formálními organizacemi. Pokud si navíc uvědomíme, že část služeb nabízených porodnicemi není hrazena z pojištění, lze pak uvažovat i o tom, že některé skupiny jsou znevýhodněny přímo kvůli omezené možnosti do těchto služeb investovat.[10] Podle Křížové [Křížová 1998: 77] aplikace tržních mechanismů, ke které v rámci komercionalizace dochází a která nutně vede k rozšíření možnosti svobodné volby i změně role klientů v rámci systému, vždy obsahuje implicitní nebezpečí nárůstu nerovností. Komercionalizace porodnic jako proces, který zahrnuje rozšiřování nabídky služeb, tak může zvětšovat rozdíly mezi ženami schopnými si určité služby zajistit a ženami, které takové možnosti nemají. Proto je podle nás na místě se domnívat, že rostoucí komercionalizace porodnic vede k vytváření nových druhů nerovností.

[10] Jedná se například o možnost mít svého partnera u porodu. Ta je ve většině porodnic zpoplatněna částkou kolem 500 Kč. V některých porodnicích se platí i za využití speciální vany k úlevě od bolesti během první a druhé doby porodní nebo v případě porodu do vody. Ještě na počátku tohoto desetiletí se platila v některých nemocnicích i aplikace epidurálu, který umožňuje tzv. „bezbolestný porod". Platí se pochopitelně i za předporodní kurzy, přičemž v některých českých porodnicích se od partnera, který chce být přítomen u porodu, jejich absolvování vyžaduje. Příplatky platí žena či její partner i v případě nadstandardního ubytování apod.

soccas2008-1.indb 94 19.3.2008 14:10:56

Metodologie

Jak vyplývá z předchozího textu, možné sociální nerovnosti mezi těhotnými a rodícími ženami se mohou projevovat v různých aspektech porodní péče a jejich případný vliv na průběh těhotenství a porodu, včetně zdravotního stavu novorozence, nemusí být přímočarý. Jak jsme ukázaly, do tohoto vztahu může velice výrazně vstupovat koncept konzumerismu. K zachycení možného působení tohoto jevu jsme se rozhodly využít kvalitativní metodologii, která je podle nás ke zjištění odpovědí na naše otázky nejvhodnější. Náš výzkum se navíc dotýká oblasti zabývající se vlivem socioekonomického statusu na zdraví, v níž však dominuje výzkum kvantitativní.

V České republice se naprostá většina porodů odehrává v institucionalizovaném prostředí porodnic. Rozhodly jsme se proto pro provedení etnografického výzkumu přímo v jejich prostorech.[11] Přitom nás zajímalo, zda, popřípadě jakým způsobem, ovlivňuje institucionalizované prostředí porodnice průběh porodu různých žen. Na druhou stranu jsme si také kladly otázku, jak dané porodnice reagují na přání a požadavky žen. Stanovily jsme si tudíž za cíl snahu uchopit konkrétní formy procesů komercionalizace tak, jak se projevují v prostředí zvolených porodnic.

S ohledem na výhodu komparace jsme zvolily prostředí dvou porodnic. Zajímala nás taková institucionální prostředí, která nejsou propojena s jinými specializovanými zdravotnickými institucemi, jako jsou například perinatologická centra. Při výběru jsme se navíc řídily i tím, aby porodnice měly přibližně podobnou míru odvedených porodů za rok.

Etnografický výzkum ve dvou českých porodnicích provádí od března roku 2005 první z autorek.[12] Zkoumané porodnice se nacházejí ve dvou menších městech podobné velikosti, které budeme nazývat Javov a Konžany.[13] V době, kdy autorka vybírala výzkumné lokality, měly obě porodnice kolem 400 porodů za rok. Takto nízká míra porodů není v České republice nic výjimečného, z celkového počtu sto šesti porodnic mělo například v letech 2004–2005 přibližně dvacet

[11] Uznáváme však, že některé ženy vede jejich nespokojenost s porodnickým systémem k tomu, že se ve stále větší míře rozhodují k porodu doma. U kolika z nich a v jaké míře je jejich rozhodnutí zároveň ovlivněno konzumním hnutím k porodní péči, nám není známo.

[12] V tomto textu vycházíme převážně z našich zjištění z období březen 2005 – prosinec 2006. Podmínkou realizace výzkumu byl v první řadě souhlas primářů gynekologicko-porodnických oddělení daných porodnic. Tímto jim chceme poděkovat. Dále patří náš obrovský dík všem, kteří s participací na výzkumu souhlasili, konkrétně porodním asistentkám, které byly ochotny se podělit s výzkumnicí o své zkušenosti a názory, vrchním sestrám, které výzkumnici ochotně zprostředkovaly důležité kontakty; dále lékařům a lékařkám a v neposlední řadě ženám, které s výzkumnicí hovořily o svých porodních zkušenostech, názorech a o svém soukromí.

[13] S ohledem na ochranu našich informátorů jsme názvy porodnic změnily; stejně tak veškerá další jména v tomto příspěvku jsou pseudonymy.

soccas2008-1.indb 95 19.3.2008 14:10:56

z nich počet porodů pod 500 za rok.[14] Zmíněná míra porodů byla v případech obou porodnic ovlivněna faktem, že v nich v daném období, které z důvodu anonymizace nemocnic nespecifikujeme, probíhaly rekonstrukce a porodnice byly po určitou dobu zcela uzavřené. Od té doby se míra porodů v daných porodnicích výrazně proměnila. Zatímco porodnice v Javově si zachovala svoji původní úroveň počtu porodů za rok, porodnice v Konžanech byla v modernizaci a propagaci své péče úspěšnější a dokázala přilákat více klientek nejen z blízkého okolí, ale i z poměrně vzdálených velkých měst, včetně našeho hlavního města. V roce 2005 dosáhla konžanská porodnice poprvé ve své existenci – čítající i populační boom sedmdesátých let – nejvyšší míry odvedených porodů za své existence vůbec (nad 800 porodů).

S vedením obou porodnic uzavřela autorka smlouvu o provedení výzkumu, která chrání práva instituce, jejího personálu i klientek. Mezi využité stěžejní metody patří zúčastněné pozorování různého stupně participace během kurzů předporodní přípravy, na oddělení šestinedělí a porodním sále. Podmínkou přítomnosti výzkumnice u porodu byl vždy souhlas matky, popřípadě jejího partnera, a personálu. Hlavními metodami sběru dat jsou i nestrukturované a polostrukturované rozhovory s porodními asistentkami a lékaři. Polostrukturované rozhovory jsme provedly i se ženami po porodu. Některé z rozhovorů byly nahrávány na diktafon, doslovně přepsány a dány ke korekci účastníkům rozhovorů. K triangulaci dat jsme využily analýzy dokumentů (kroniky, knihy přání a stížností atd.) a reflexivního terénního deníku. Pro kódování a organizaci velkého souboru textových dat využíváme program ATLAS.ti. Významnou inspirací a korekcí při analýze a interpretaci získaných dat byla pravidelná týdenní setkání pracovní skupiny kolem zmíněného grantového projektu.

Transformace a komercializace péče: případy dvou porodnic

Jakožto součásti bývalých okresních nemocnic byly javovská i konžanská porodnice převedeny na nově vzniklé krajské úřady, které se je rozhodly privatizovat. Javovská porodnice byla převedena na akciovou společnost. Dominantním vlastníkem zůstává i nadále kraj. Podobné je to i s konžanskou nemocnicí, která však byla převedena pod jinou krajskou nemocnici. Ta se stejně jako javovská nemocnice potýká s vážnými finančními problémy.

Kraje zbavily nemocnice při převzetí poměrně značných dluhů a snaží se je postupně finančně ozdravovat. Finanční situaci mělo zlepšit i zavedení tržních mechanismů. Avšak hospodaření mnoha „oddlužených" bývalých okresních nemocnic, včetně těch, které jsme zkoumaly, vychází stále se zápornými čísly. Podle některých odborníků pracujících ve sféře zdravotnictví jsou na vině především zdravotní pojišťovny a neflexibilní systém plateb za provedené úkony, který dle nich způsobuje druhotnou platební neschopnost nemocnic.

[14] Viz internetový *Průvodce porodnicemi ČR* [Aperio 2005–7].

soccas2008-1.indb 96 19.3.2008 14:10:56

S ohledem na tyto okolnosti není překvapivé, že obě porodnice spolu s většími nemocničními komplexy, jejichž jsou součástí, musí čelit argumentům pro jejich zrušení. V atmosféře strachu ze zrušení se tak v kultuře daných porodnic objevuje jako významné téma obhajoba a snaha o legitimizaci existence malých nemocnic. Tu doprovází konkrétní strategie, které mají zvýšit šanci na „přežití" dané instituce v tržním prostředí. Porodnice rozšiřují nabídku svých služeb a snaží se maximálně přizpůsobit přáním svých klientek. Pořádají kurzy předporodní přípravy a těhotenská cvičení, nabízejí ženám jak alternativní techniky úlevy od porodních bolestí, tak epidurální analgezii či jiné léky proti bolesti. Samozřejmostí je možná přítomnost otce u porodu či prohlídka porodnice předem. Rodící žena si může s sebou do porodnice přinést svou oblíbenou hudbu, aromalampy či další artefakty. Může vyzkoušet různé porodní polohy či odmítnout předporodní přípravu (holení, klystýr) apod.

Nejvýznamnější platformou malých porodnic, kterou demonstrují své přednosti a atraktivitu oproti velkým fakultním porodnicím, je podle našeho zjištění jejich vybavení a vnitřní zařízení. To představuje vlivný faktor, kterým se potenciální klientky při výběru porodnice řídí. Vliv komercionalizace na politiku porodnic se tak nejvýrazněji projevuje v proměně interiéru, zejména pak ve vybavení porodních sálů či spíše porodních pokojů, kde často porod probíhá od první doby. Rodící ženě a jejímu doprovodu jsou zde k dispozici nejrůznější pomůcky: od míčů, různých tvarovacích vaků, přes žebřiny, liány, na které se mohou ženy při kontrakcích zavěsit, až po pohodlný gauč s televizí a ledničkou na porodním pokoji, jako je tomu v konžanské porodnici. Porodní pokoj je maximálně uzpůsoben tomu, aby zde nastávající rodiče mohli v soukromí prožít porod svého potomka. Mnoho dotázaných žen v jedné ze zmíněných porodnic vypovědělo, že útulné, domácky vypadající, vkusně a moderně zařízené porodní sály vypadají lépe než obývací pokoje u nich doma. V tomto ohledu se prostor porodnic blíží hotelové péči, o které psala v českém kontextu již Hašková [2001: 26]. Potvrzuje to i úryvek z děkovného dopisu, který do porodnice po porodu zaslali vděční rodiče:

> Na porodním sále jsme strávili dlouhých osmnáct hodin. Jeho vybavení, design a pocit útulnosti, který vyvolává i v těžkých chvílích porodních bolestí, je zcela unikátní. Shodli jsme se, že svou krásou předčil hotelové pokoje, v nichž jsme bydleli na našich cestách po středomořských ostrovech.[15]

Dle porodních asistentek, se kterými jsem mluvila, kladou ženy, které k nim přicházejí, stále větší důraz na materiální vybavení porodnice – a to nejen na zmíněné pomůcky, ale i celkový vzhled interiérů. To, jak to v porodnici vypadá, se stává určujícím faktorem pro rozhodování rostoucího počtu žen o tom, kde porodí. Rodičky se podle porodních asistentek nezajímají o to, jakou praxi má personál, který je bude ošetřovat, kde studovali a kolik ho tam vlastně slouží. Jak popsala porodní asistentka Majka:

[15] Citujeme se svolením vedení porodnice.

soccas2008-1.indb 97 19.3.2008 14:10:56

> To jak funguje a pracuje ten tým, doktoři, jaký tam mají doktorky, kolik tam mají doktorů a porodních asistentek, to, i když je to důležitý pro to, jak funguje ten tým, pro ně zas tak důležitý není. Jasně, asi se nejde zeptat, jak se chováte k maminkám. Ale to koneckonců vidí, když se přijdou podívat, jak s nimi jedná ta porodní asistentka, jestli je na ně milá. Dneska se vůbec hodně klade důraz na to materiálno, dnešní doba je taková, takže pro ně je to prostředí, ty věci hodně důležitý.

Její kolegyně z druhé porodnice má podobný názor. Dle ní prostředí hraje rozhodně podstatnou roli. Zároveň se však domnívá, že popularitu získala jejich porodnice i díky přístupu, který razí. I když dodává, že „někdy ty ženy nechápou, že hezký prostředí nestačí."

Z hlediska rekonstrukce interiérů jakožto způsobu, jak do porodnice přilákat více rodiček, se jako výhodnější ukázala strategie konžanské porodnice. Té se tak podařilo počet odvedených porodů zdvojnásobit, zatímco javovská porodnice ho zvýšila jen o čtvrtinu při zachování zhruba stejné kapacity porodních sálů. Konžanská porodnice investovala do vzhledu a vybavení porodních sálů, javovská investovala do vzhledu a vybavení pokojů na oddělení šestinedělí. V konžanské porodnici však musí všechny ženy využívat společné toalety a sprchy na chodbě, zatímco v javovské porodnici je sociální zařízení na každém pokoji, a jsou tak splněny podmínky označované v jiných porodnicích za nadstandardní.[16] Podobně se konžanská porodnice nemůže pochlubit ani jedním nadstandardním pokojem, avšak javovská disponuje dvěma. I přes nastíněný menší komfort, který rodičky čeká v konžanské porodnici v období po porodu, svědčí počet odvedených porodů o úspěchu konžanské porodnice. Domníváme se, že je spjat s konkrétní podobou porodních sálů stejně jako se specifickým přístupem k rodičkám, který je silně determinován myšlenkami konzumerismu.

„Dobré jméno" porodnice spjaté s otevřeným přístupem k rodičkám a ochotou vyhovět jejich přáním hraje významnou roli. Příznivá pověst porodnice je důležitým kritériem výběru zejména u určité skupiny žen ochotných do porodnice dojíždět velkou vzdálenost od svého bydliště. Na základě našeho výzkumu usuzujeme, že se z velké části jedná o ženy ovlivněné hnutím přirozeného či alternativního porodu. Ženy přijíždějící „zdaleka" se velmi výrazně podílejí na přežití porodnice. Podle odhadů konžanské vrchní sestry a analýzy porodní knihy (konkrétně za rok 2006) se tyto rodičky podílí cca ze dvou třetin na celkovém počtu porodů za rok, v javovské porodnici je to dle odhadů primáře cca polovina, dle porodní knihy přijíždí do porodnice odjinud cca 55 % žen.[17] Různé porodnice

[16] Nadstandardem se však v tomto kontextu míní pouze materiální zázemí či lepší vybavení pokojů, za které si „klienti" mohou připlatit. Naši informátoři (například konžanská vrchní sestra Helena) zdůrazňují, že „nadstandard" poskytovanou péči *nezahrnuje*, neboť v českém zdravotnictví nebylo dosud stanoveno, co je standardní a co již nadstandardní péče.

[17] Přibližně jedna třetina žen bydlí v bývalém okrese Konžany, zbytek přijíždí odjinud. Přibližně jedna třetina je ze vzdálených větších měst. V bývalém okrese Javov bydlí podle porodní knihy 46 % žen, přibližně jedna pětina je z velkých blízkých i vzdálených měst.

soccas2008-1.indb 98 19.3.2008 14:10:56

reagují na jejich potřeby v různé míře. Domníváme se tak, že z hlediska významnosti procesu komercionalizace a projevu konzumerismu ze strany rodiček jsou porodnice segmentované.

Zavádění nových služeb je ale vždy omezeno finančními možnostmi nových vlastníků nemocnic. Komercionalizace a s ní spojená rozšířená nabídka služeb tak ne vždy postupuje tak, jak by si jednotlivá oddělení, včetně gynekologicko-porodnických, představovala. Hlavní oblastí, kde se napjatá finanční situace projevuje nejvíce, jsou platy personálu. S tím souvisí nedostatek pomocného personálu a přetíženost porodních asistentek. Náklady se minimalizují i na položku zajištění běžného chodu nemocnice.[18]

Konzumerismus mezi rodičkami

Komercionalizace mateřské a porodní péče se rovněž projevuje rostoucími sociálními nerovnostmi mezi rodícími ženami s odlišným finančním potenciálem, životním stylem a představami o porodní péči. Během terénního výzkumu se jako jedno z klíčových témat (které nebylo a priori vzneseno) objevila otázka, zda sociální postavení dvou daných distinktivních skupin žen ovlivňuje odlišně i průběh a výsledek jejich porodu.

Ženy, které přicházejí rodit do zmíněných porodnic, mají stále výrazněji odlišné *birth knowledge* – „porodní vědění". Jak jsme již zmínily, porodní vědění zahrnuje podle Ellen Lazarus [1994: 26] nejen znalosti biologických aspektů porodu, ale i sociální vědomosti institucionálních aspektů rození. Velmi odlišné, až kontrastní *porodní vědění* mají dvě vybrané kategorie žen, které ve zkoumaných porodnicích rozeznávají porodní asistentky a doktoři. Porodní vědění těchto žen je v různé míře ovlivněno ideou konzumerismu.

Na základě popisu porodních asistentek a lékařů a lékařek z uvedených porodnic a rozhovorů s porodní asistentkou a lékařkou z dalších porodnic jsme se pokusily konstruovat jakési ideální typy těchto dvou nejvýraznějších skupin rodiček.[19] Nejzřejměji vystupují charakteristiky těchto žen v případě prvorodiček.

[18] Napjatá finanční situace nemocnice se projevuje i v takových položkách, jako je nedostatek toaletního papíru na oddělení šestinedělí, jehož spotřeba s počtem odvedených porodů závratně stoupá. Personál je tak nucen radit těhotným ženám při předporodních kurzech, aby si do porodnice do zásoby přibalily i ruličku toaletního papíru.

[19] Na tyto kategorie se zde soustředíme proto, že je považujeme z hlediska vlivu konzumerismu za nejzajímavější. Vedle nich jsme však identifikovaly ještě další cca dvě či tři kategorie rodiček, které porodnický personál rozlišuje. Jedná se například o „poplety", mezi které patří ženy ze sociálně slabých rodin a etnicky vyloučených lokalit, či ženy, které vidí těhotenství a porod jako vysoce rizikové a snaží se předcházet veškerým existujícím rizikům všemi dostupnými lékařskými prostředky, preferují většinou císařský řez před vaginálním porodem atd. Můžeme je označit za stoupenkyně tzv. „technokratického porodu" [Davis-Floyd 1992].

soccas2008-1.indb 99 19.3.2008 14:10:57

Proto i my se převážně soustředíme na ženy, které rodily poprvé. Zajímat nás bude rozlišování těchto dvou kategorií s ohledem na porodní vědění, kterým tyto ženy disponují.

Vymezené dvě kategorie žen nemají jednotné emické označení. Proto jsme musely čelit problému, jak máme dané skupiny žen jednoznačně nazývat. Situaci nám komplikuje okolnost, že ani v rámci jedné porodnice nepoužívají členové porodnické kultury pro dané skupiny jednotné označení. O daných kategoriích mluví porodníci a porodní asistentky spíše tak, že vyzdvihují v různých kontextech jejich dílčí charakteristiky, avšak při širším popisu kategorií uvádějí rysy, které se podle nás shodují. Někteří zaměstnanci konžanské porodnice označují první kategorii jako „ty přírodní" či „přírodňačky", další mluví o téže skupině žen jako o „těch z velkých měst". Lékařka Květa tuto skupinu označuje názvem předporodních center, kde tyto ženy absolvují předporodní přípravu během těhotenství.[20] Významnou roli při označování hraje i aspekt vzdělání. Jedna skupina porodních asistentek mluví o těchto ženách jako o „vysokoškolačkách". Z jejich popisu je však zřejmé, že na mysli nemají všechny ženy, které dosáhly vysokoškolského vzdělání, ale jen „ty vysokoškolačky" – specifickou skupinu žen se specifickými charakteristikami. V konžanské porodnici, kde je distinkce mezi zmíněnými dvěma skupinami mnohem silnější než v javovské porodnici, kladou tuto kategorii žen do kontrastu k „našim maminkám". Na mysli mají ženy, které pocházejí přímo z daného města a okolí. Že i mezi nimi jsou vysokoškolačky, avšak nespadají proto automaticky do první kategorie, potvrzuje i porodní asistentka Rosálie z konžanské porodnice. Ta vidí odlišnost zmíněných skupin následovně:

> Maminky z *Tuval* a *Povlan* jsou většinou vysokoškolačky a chtějí často přirozený porod bez jakýkoliv analgezie, chodí do těch různých center a tady ty maminky jsou jinačí. Neznám maminku z *Konžan*, která by chtěla přirozený porod. Je ráda že jí poradíme, že dostanou injekci, aby jí to nebolelo. Ale neříkám, i mezi nimi jsou vysokoškolačky.[21]

Pokud však porodní asistentky mluví o vzdělání žen, nereferují tím jen ke stupni dosaženého formálního vzdělání, ale také k „samostudiu" – k četbě knih a časopisů o porodu a těhotenství. Právě četba knih o porodu, jež byly donedávna zejména zahraniční provenience, podstatně utváří odlišné porodní vědění první kategorie žen, o kterých některé porodní asistentky a porodníci mluví jako o „přemoudřelých". Přitom je potřeba zdůraznit, že toto označení není myšleno pejorativně. Spíše vyjadřuje názor, že četba a vzdělání mohou při porodním procesu sehrát negativní roli, pokud na ně rodičky kladou přílišný důraz. Označení

[20] Z důvodu zachování anonymity neuvádíme přesný název těchto organizací.
[21] Názvy měst byly z důvodu zachování anonymity změněny. Tuvaly a Povlany jsou velkoměsta.

soccas2008-1.indb 100 19.3.2008 14:10:57

první skupiny jako „přemoudřelých rodiček" jsme se rozhodly převzít, a to i přesto, že nepatří k nejfrekventovanějším a může vyvolávat negativní konotace. Pro nás však představuje neutrální termín, který vystihuje důraz kladený v porodnické kultuře na různé dimenze konceptu vzdělání rodiček.

Podobně komplikovanou shledáváme otázku, jak pojmenovat druhou kategorii žen. Tato skupina není jednoznačným protikladem ke skupině přemoudřelých, zvláště ve vztahu k dosaženému formálnímu vzdělání. S ohledem na fakt, že v daných porodnicích jako nejvýznamnější charakteristiku vyzdvihují porodníci a porodní asistentky okolnost, že tyto ženy pocházejí na rozdíl od „přemoudřelých" z vesnic, popřípadě malých měst, i když to nemusí platit ve všech případech, rozhodly jsme se následovat jednu porodní asistentku, která těmto ženám říká „venkovské maminky".[22]

V tomto momentě bychom rády stručně popsaly rysy jednotlivých kategorií na základě toho, jak je popisují porodníci a porodní asistentky v porodnicích. První skupinu žen charakterizují sympatie k přirozenému porodu. Tyto ženy většinou odmítají nadměrnou medikalizaci. Často kritizují medicínský model porodu, který charakterizuje velký počet intervencí a rutinizace péče. Preferují alternativní způsoby úlevy od bolesti během první a druhé doby porodní. Jejich hlavním znakem je však to, že se aktivně zajímají o otázky porodu. Usilují o to se informovaně rozhodnout, kde budou rodit, a prosadit svoje představy o porodu. Proto si do zvolené porodnice také velmi často přinášejí tzv. „porodní plány". V nich popisují, jak si svůj porod v dané porodnici představují a jaké služby odmítají či naopak požadují. Velmi často navštěvují také kurzy předporodní přípravy. Obvykle jsou starší a mají vyšší vzdělání.[23] Často také pocházejí z velkých měst a nacházejí se obecně v lepší finanční situaci než ženy z druhé kategorie. Dle porodních asistentek se také tyto ženy vyznačují velkým sebevědomím.

Druhá kategorie žen se v mnohém od první skupiny „přemoudřelých" odlišuje. Tyto ženy obvykle nenavštěvují předporodní kurzy, ať již proto, že se o otázky porodu nezajímají, nebo proto, že jsou pracovně vytíženy – často v době konání kurzů pracují. Ceny kurzů jsou navíc finančně poměrně nákladné, a to může hrát taktéž podstatnou roli (cena se obvykle pohybuje okolo 1000 Kč a více). Jak mi řekly porodní asistentky, tyto ženy si z porodu nedělají hlavu a nepřemýšlí nad tím, co bude. Rodí převážně v nejbližší porodnici. Jsou většinou mladší, nebo to jsou již druhorodičky. Mnoho žen z této kategorie vykonává dělnická zaměstnání. Často mají nižší vzdělání.

[22] Opět s tímto názvem zacházíme jako s neutrálním termínem, který je zbaven negativních konotací.

[23] Jak podotkla jedna porodní asistentka: „Prodavačka z Prahy by sem rodit nešla."

soccas2008-1.indb 101 19.3.2008 14:10:57

„Přemoudřelé" rodičky

Nejvýraznější odlišností zmíněných dvou skupin rodiček jsou precizně zformulované představy, které přemoudřelé ženy o porodu mají. Ty jsou součástí porodního vědění, které je orientováno proti zbytečné nebo jakékoliv medikaci, popřípadě proti lékařským intervencím do průběhu porodu (například proti epiziotomii). Tyto ženy tudíž často odmítají například epidurální analgezii nebo podávání léků proti bolesti. Důvodem bývá přesvědčení, že léky mohou být v konečném důsledku pro dítě škodlivé. Podle porodních asistentek je rozhodnutí o tom, že žena nebude pobírat během porodního procesu žádné léky, často výsledkem domluvy daného páru před porodem.

Některé přemoudřelé maminky však neodmítají jen medikaci, popřípadě předporodní přípravu či další procedury, u kterých hrozí, že jsou prováděny rutinně. Podle porodních asistentek a lékařů se vyskytne za rok přibližně dvacet případů žen, které odmítají i některá ošetření novorozence. Některá jsou však ze zákona povinná – jako třeba povinné očkování proti tuberkulóze. Někdy tyto ženy odmítají i podávání Kanavitu,[24] přičemž jiná ošetření novorozenců jim zásadně nevadí. To dokládá následující úryvek z rozhovoru s dětskou lékařkou:

> Jinak proti těm screeningům, kdy dělají odběry z patičky dítěte na metabolický vady, to jim nevadí. Někdy odmítají Kanavit. To maj taky ze školení. Ale to většinou chodí tak, že ze začátku jsou hrozně proti, a ani často neví proč, a když se jim vysvětlí, proč se to dělá a k čemu je to dobrý, tak většinou ustoupí, většinou souhlasí. Na rozdíl od toho očkování.

Jako důvod odmítnutí očkování uvádějí většinou to, že úkon je pro dítě bolestivý. Často jim principiálně vadí vpravování cizorodých a chemických látek do těla dítěte.

Své představy některé „přemoudřelé" maminky sepíší do podoby porodního plánu.[25] Jedná se o „dopis", který je adresován dané porodnici. V něm rodička popisuje své představy o porodu, důležité informace a požadavky na personál porodnice, ať již v kladném, či záporném smyslu. Nejčastější přání se týkají zmíněného odmítání medikace a nežádoucího provedení klystýru či dalších úkonů přípravy k porodu nebo také přání, aby tatínek přestřihl pupeční šňůru.[26] Porod-

[24] Kanavit čili vitamín K_1 se podává preventivně jako lék proti krvácení u novorozence i jeho matky (dle ústní konzultace s dětskou sestrou Alenou).

[25] Dle jednoho lékaře však netvoří porodní plány ženy výlučně samy, ale spíše jim ho „někdo" napíše, jak dodal. Vědomí, že vůbec lze napsat porodní plán a jak má vypadat, je důležitou součástí *porodního vědění*, které však zahrnuje i kontakty s informačními zdroji, ať jsou jimi instituce, konkrétní lidé, či schopnost vyhledávat informace na internetu a „správných" webových stránkách. Jak podotkla vrchní sestra, takové kontakty a schopnosti lze snáze získat právě ve velkých městech.

[26] Některé ženy si rovněž přejí „dotepat pupečník" předtím, než se přestřihne, či nechat si položit dítě na břicho hned po narození.

soccas2008-1.indb 102 19.3.2008 14:10:57

ní plány se nám v kontextu daných porodnic jeví jako významný důkaz o vlivu konzumerismu.

Porodní plány se objevily v kontextu silně medikalizovaného porodnictví v osmdesátých letech 20. století jako nástroj, který měl ženě pomoci objasnit, jaké má o porodu představy a přání. Jejich zavedení úzce souvisí s etickými otázkami spjatými s informovaným souhlasem a informovaným odmítnutím určitých procedur. Původně byl namířen proti přílišným lékařským intervencím do porodního procesu, dnes se ho však v zahraničí stejně hojně užívá i v případě, že žena určité intervence vyžaduje (například epidurál, císařský řez apod.) [Lothian 2006]. Co se týče výskytu porodních plánů ve zkoumaných porodnicích, vyjadřují spíše přání žen minimalizovat lékařské intervence. V konžanské porodnici se vyskytuje dle odhadu vrchní sestry přibližně osm porodních plánů za rok, v porodnici v Javově zaznamenali jejich minimální výskyt. Primář gynekologicko-porodnického oddělení se setkal jen přibližně se třemi.

Porodní plány a jejich formulace úzce souvisí s porodním věděním, které daná žena má. Odrážejí aktivní přístup k informacím, charakteristický pro skupinu přemoudřelých rodiček. Podstatnou složkou jejich porodního vědění je slovy porodních asistentek právě „vzdělání" – myšleno především ve smyslu četby a samostudia. Tyto ženy čtou o porodu literaturu, která je však podle porodních asistentek zejména zahraniční provenience, a referuje tak k jiným porodním systémům podstatně se odlišujícím od české reality, i přesto, že ta se během let západním modelům v mnohem připodobňuje. Mnoho porodních asistentek i lékařek si v porodnicích obecně stěžuje, že některé ženy čtou „příliš" a vyžadují pak věci, které nejsou zcela realizovatelné ať již z provozních, či jiných důvodů. Odtud „stížnost" porodní asistentky Vandy s třiceti lety praxe:

„Hlavně si někde něco přečtou a pak to vyžadujou a nechápou, že to tak ve skutečnosti třeba nechodí, že něco jinýho je napsaný v knížce a něco jsou léta zkušeností a praxe." Jak naznačuje dále, není to přitom o tom, že by jim v dané porodnici vadilo, že se ženy aktivně zajímají o porod, ale spíše přemrštěnost, s jakou se přemoudřelé ženy o porod zajímají a lpí na znalostech z literatury: „... kdyby si to přečetly jednou, tak je to supr, protože ví, do čeho jdou, ale... oni si to přečtou desetkrát."

Porodní asistentky přitom vnímají postoje přemoudřelých žen i jako jakousi nedůvěru, či přinejmenším jako mírné pochybnosti o jejich schopnostech a znalostech.[27] To vyplývá i ze srovnání s „venkovskými rodičkami". Podle porodní asistentky Rosalie si tyto ženy „oproti těm vysokoškolačkám" váží jejich práce a dokážou ji ocenit. Jsou jim vděčné za péči při porodu a v období šestinedělí, jsou rády, že jim poradí.

V porodnicích panuje mezi personálem přesvědčení, že přemoudřelé maminky nedošly k takovým stanoviskům samy.

[27] Podle několika lékařek přemoudřelé ženy odmítají jejich lékařskou péči i v případech celkem vážných zdravotních komplikací.

soccas2008-1.indb 103 19.3.2008 14:10:57

> Z vlastní hlavy to nemají, to jim někdo vsune do hlavy, že je to špatný, samy by na to nepřišly. To jsou takový ty porodní asistentky, co se prosazují a nabízí něco zvláštního a jinýho, tak oni k nim jdou. (Dětská lékařka, porodnice Konžany)

Přání a postoje těchto žen jsou dle personálu porodnice formovány v různých předporodních kurzech. Podle starší porodní asistentky Zuzany jde o ženy, které chodí do předporodních kurzů spíše k soukromým porodním asistentkám než do předporodních kurzů do porodnic.[28] Podle kritiky porodních asistentek Vandy a Rosalie jim však v těchto kurzech říkají jen půl pravdy, která nezahrnuje poučení o možných rizicích. Jejich pohled vystihuje následující citace:

> Chodí na ty různý přednášky a předporodní kurzy a tam jim říkaj, ne, tohle nechtějte, ale už nevysvětlí proč, takže oni tady pak říkaj, že jsou zásadně proti – nástřihu hráze, proti jakýmkoliv lékům a klystýru – všichni víme, že klystýr je nepříjemnej, ale když jsem se jim to pokusila vysvětlit, že už ten příchod na svět tomu miminku ztíží tím, že před sebou musí tlačit ještě stolici, tak to se diví. Většinou se jim to snažíme (vysvětlit – pozn. aut.) i z druhý stránky – i ty důsledky, který to může mít.

Podle porodních asistentek jde především o kurzy předporodní přípravy, které prosazují myšlenky přirozeného či alternativního porodu. V českém kontextu se iniciativy, jež lze souhrnně nazývat hnutím přirozeného či alternativního porodu, začínají prosazovat ke konci devadesátých let, zatímco v západní Evropě se tak děje již od šedesátých a sedmdesátých let minulého století. Tvoří ho spotřebitelské a zájmové skupiny, které kritizují odosobnělé dehumanizované porodnictví a lékařský model porodu zdůrazňující rizika spíše než normalitu fyziologického porodního procesu. Právě v kontextu tohoto hnutí je třeba chápat, proč určité ženy odmítají aplikaci zmíněných procedur a lékařských zákroků. A právě v tomto kontextu je také možné pochopit perspektivu porodních asistentek. Z pozic hnutí alternativního porodu by byly mnohé z nich pravděpodobně označeny za příznivkyně lékařského modelu porodu.

Porodní asistentky v porodnici však respektují přání žen a snaží se jim vyhovět i přesto, že někdy jsou jejich přesvědčení o správném postupu fundamentálně odlišná. V takovém případě se dané ženě snaží vysvětlit, proč je daná procedura prováděna. V tu chvíli dochází vlastně k jakémusi vyjednávání mezi rodičkami ze skupiny přemoudřelých a porodními asistentkami.

[28] To, mimo jiné, souvisí i s tím, proč porodnice předporodní kurzy či besedy zavedly. Často byla hlavním důvodem snaha vedení porodnice o socializaci žen a zvláště jejich partnerů do prostředí porodnice před porodem.

soccas2008-1.indb 104 19.3.2008 14:10:57

Sociální nerovnosti mezi rodičkami při porodu

Zásadní odlišnosti mezi „přemoudřelými" a „venkovskými" rodičkami ale spočívají dle porodních asistentek a lékařů v tom, jak tyto odlišné skupiny žen rodí.

Jak to shrnula jedna lékařka:

> Tyhle ženy, co nic nestudovaly a nijak se o porod a těhotenství nezajímají, nechávají to na přírodě, moc se tím nezabývají a taky rodí přirozeněji, spontánněji. Nechávají to, jak to proběhne, moc porod neřeší, berou to, jak to přijde. Ty také většinou nemají moc problémy při porodu, ani při kojení. Zatímco ty vysokoškolačky mají větší problémy, hůř a víc to prožívají. Ten porod nejde tak snadno, mají i problémy s kojením.

V terénu se výzkumnice často setkala s názorem, že ženy z první popsané skupiny rodí mnohem hůře, výjimkou není ani ukončení císařským řezem.

Jiná lékařka, která pracuje v porodnici, kde výzkum neprobíhal, tento názor rovněž sdílí:

> I k nám chodí maminky, takový ty přemoudřelý – který chodily tady na ty předporodní kurzy, berou to hrozně vážně, někdy bych řekla, že jim to až škodí, protože oni mají nějakou představu, jak to bude probíhat, a pak jsou zaskočený a překvapený, že to probíhá úplně jinak, než si to naplánovaly. Třeba když začnou bolesti, tak je zaskočí, jak silný jsou a že to ještě není k porodu. Myslí si někdy, že to potrvá jen chvilku a oni bez problémů porodí. Nosí s sebou takový ty porodní plány... Někdy mi přijde, že ty s tím porodním plánem si to jakoby přivolávají, aby to dopadlo pro ně špatně...

Tvrzení, že existuje jakýsi vztah mezi „příslušností" k dané kategorii a tím, jak pak daná žena porodí, je pro nás velmi zajímavé. Obzvláště, má-li lepší výsledky porodu skupina, v níž se objevuje více žen s méně zdravým životním stylem a obecně spíše horším socioekonomickým postavením.[29] V tomto ohledu je však nutné zdůraznit, že zmíněná klasifikace roztřiďuje do daných kategorií ženy s velmi heterogenním zázemím, které mají sice z jednoho aspektu společné či podobné rysy, avšak v jiných hlediscích se mohou výrazně odlišovat.

„Nativní" interpretace samotných porodních asistentek a lékařů vysvětlují nejčastěji tento jev tak, že „přemoudřelé ženy s porodními plány" o porodu příliš přemýšlejí. Dle paní doktorky Tixové „... mají strach z toho, aby nezklamaly. Víc to rozebírají a řeší, mají to naplánované a bojí se, aby to opravdu probíhalo tak, jak má." Podle porodní asistentky není dnes mnoho žen zvyklých zvládat bolest.

[29] Primář konžanské porodnice například upozorňuje, že mnoho „venkovských" žen jí nezdravě a nedostatečně se pohybuje. Jiní porodníci zase poukazují například na rozšířené kouření v těhotenství mezi ženami z těchto skupin.

soccas2008-1.indb 105 19.3.2008 14:10:57

Z průběhu porodu jsou pak zaražené a neumí se s ním vyrovnat, jsou zaskočené z toho, že porod probíhá jinak, než si představovaly. „Přemoudřelé ženy" si na základě literatury vytvoří představu o průběhu porodu, aniž by měly fyzickou zkušenost s porodním procesem. Z toho jsou křečovité a ve stresu a porod pak nepostupuje. Navíc bývají starší, což dle porodních asistentek může hrát také negativní roli. Stručně řečeno, podle porodních asistentek porodní vědění, které mají „přemoudřelé" prvorodičky, nezahrnuje „tělesné vědění" postavené na fyzickém prožitku.

V terénu jsme zaznamenaly i další interpretace tohoto jevu. Podle lékaře Horského přemoudřelé ženy rodí hůře, jsou „komplikovaný", protože se „s nimi hůř spolupracuje." Lékařky Drahotová a Trošková z druhé porodnice zase poukazují na *a priori* nepřátelský postoj, který některé „přemoudřelé" k lékařskému prostředí a personálu zastávají.[30] Doktorka Drahotová vysvětluje:

> Přijdou popuzený proti nám, zablokovaný a vystresovaný. A pak se opravdu tomu dítěti může přihoršit, protože jim se z toho stresu zvýší tlak, tím pádem se sníží průtok placentou a stav toho dítěte se může zhoršit. (…) Vůbec nám nevěřej.

Stres těchto žen patrně pramení ze strachu, že se jim v nemocničním prostředí nepodaří prosadit veškeré představy o porodní péči, které mají.[31]

Pro tento možný výklad svědčí i slova známé aktivistky za práva rodičů, která usiluje o prosazení změn směrem k „humanizaci" českého porodnictví. Při svém druhém porodu se jí podařilo v porodnici prosadit veškeré své představy a požadavky, avšak za cenu několikanásobně vyššího vyčerpání. Danou porodní zkušenost přirovnala k výstupu na Mt. Everest, při kterém se navíc po dotyčné chce, aby po telefonu řídila monumentální stavbu.[32] Toto přirovnání odhaluje, že určitá skupina žen, jež je nejvíce ovlivněna konzumerismem, vnímá péči v současných českých porodnicích jako nedostatečně flexibilní a svým charakterem omezující. Jejich perspektivu do určité míry potvrzuje Mavis Kirkham [1999]. Ta upozorňuje, že porodnice jsou formálními organizacemi a jako takové mají vždy aspoň v některých aspektech restriktivní charakter.

Třetí alternativní, avšak z hlediska výskytu marginální, vysvětlení nám nabídly dvě starší porodní asistentky z konžanské porodnice, které považují představu, že přemoudřelé ženy rodí hůře, za mýtus. Dle jejich názoru tyto

[30] Podobně Van Teijlingen [2005: §12.1] podotýká, že zastánci tzv. sociálního nebo alternativního modelu porodu (někdy také modelu „orientovaného na ženu") často v reakci na normativní charakter nemocniční péče používají protilékařsky a proti nemocnicím zaměřený jazyk.

[31] Realizaci těchto představ přitom některé ženy považují za nezbytnou podmínku pro vznik „správné formy" mateřství. V této souvislosti lékařka Drahotová zmiňuje příklad ženy, která byla zásadně proti aplikaci umělého oxytocínu, protože „... to zabrání tomu, aby se vytvářel její vlastní, a ona nebude mít hormon štěstí a nebude mít ráda svoje dítě."

[32] Ze semináře pořádaného Unií porodních asistentek, Praha, květen 2007.

soccas2008-1.indb 106 19.3.2008 14:10:57

ženy prožívají horší porod z mnoha různých důvodů a jsou především více vidět. Zdravotníci si je proto podle nich lépe pamatují.

> Když bude rodit deset prodavaček, tak se řekne deset normálních porodů, ale jakmile bude rodit jedna taková paní, která vyžaduje extra věci, je těžší se s ní domluvit, a lidi si to víc pamatujou... (Porodní asistentka Donová)

I tyto porodní asistentky však později hovořily o tom, že přemoudřelým matkám se v „hlavě udělá blok", pokud při porodu nastane nějaký „zádrhel", protože hodně čtou a dobře ví, jak má porod po fyziologické stránce správně probíhat. Podle asistentek například ženy bez jakéhokoliv vzdělání ve srovnání s přemoudřelými poslouchají více své tělo. Tyto porodní asistentky tedy také akceptovaly, že k horším porodům u „přemoudřelých žen" dochází, přičemž zároveň přijímaly i vysvětlení svých kolegů.

Celkově považujeme názor, že přemoudřelé ženy rodí hůře, za velmi překvapivé a pozoruhodné zjištění. Některé sociologické studie [například Pappas et al. 1993; Black et al. 1982; Phillimore, Beatie, Townsend 1994] totiž dokazují, že lepší socioekonomický status úzce souvisí také s lepším zdravím.[33] Na jejich základě bychom pak mohly očekávat, že „hůře" budou rodit spíše ženy „venkovské", které nemají tolik zdrojů a je mezi nimi více žen s méně zdravým životním stylem. Názor našich informátorů však hovoří o opačné tendenci. Ten však není empiricky prokázán.

Závěr

Spolu s postupným rozevíráním pomyslných nůžek sociální stratifikace v celé české společnosti se stávají viditelnějšími také sociální nerovnosti mezi ženami, které v současné době přicházejí do porodnic. V našem příspěvku jsme chtěly ukázat, že tyto rostoucí sociální nerovnosti jdou ruku v ruce s širšími sociálními procesy, jako je konzumerismus mezi rodičkami – „klientkami porodních služeb" – či komercionalizace ve sféře zdravotnictví. Přitom konzumerismus na straně rodiček se zdá být významnou hybnou silou proměňující tvář českého porodnictví. Konzumerismus je neodmyslitelně spjat s tzv. hnutím alternativního porodu, které se kriticky zaměřuje na „přemedikalizované" porodnictví. Cílem snah sympatizantů hnutí je dosáhnout toho, aby žena získala a mohla uplatnit právo svobodné volby o průběhu svého porodu a vlastním těle. Zavedení tržních mechanismů do porodnictví mění systém financování. Porodnice se musí začít

[33] Je ale nutno podotknout, že autoři zabývající se vztahem mezi socioekonomickým statusem a zdravím se ve svých interpretacích stále liší. Řada dalších studií založených na jiných datech a/nebo odlišných statistických technikách tento vztah ale vyvrací [např. Judge, Mulligan, Benzeval 1998; Gravelle, Wildman, Sutton 2002].

soccas2008-1.indb 107 19.3.2008 14:10:57

o své „klientky" prát. Pokud tato zařízení chtějí existovat, musí se začít o jejich představy zajímat. Je nastoleno ovzduší, v němž mohou být různorodé požadavky žen vyslyšeny. Porodnice modernizují interiéry porodního oddělení i oddělení šestinedělí a snaží se je maximálně uzpůsobit přáním potenciálních klientek. Mění se i přístup personálu. Ten se koneckonců v kontextu tržního prostředí změnit musí.

Ovšem jaké jsou vlastně požadavky žen ve vztahu k porodu a porodní péči? Různé, stručně řečeno. Opřeme-li se o náš etnografický výzkum, můžeme přinejmenším odlišit dvě různorodé skupiny žen s odlišnými porodními věděními a představami o porodu tak, jak to činí členové kultury zkoumaných porodnic. Na základě jejich výpovědí jsme sestavily jakési ideální typy těchto dvou kategorií prvorodiček. Personál zkoumaných porodnic rozlišuje ženy, kterým se s ohledem na jejich vzdělání a aktivní přístup k porodu někdy říká „přemoudřelé". Tento emický termín neodkazuje ani tak k tomu, jak porodníci a porodní asistentky tyto ženy hodnotí, ale spíše odkazuje k jejich přesvědčení, že přílišné studium tematiky porodu jeho průběh ztěžuje. Přemoudřelé rodičky mají přesně formulované a artikulované přání a požadavky na porodní péči. Podle toho, jak jsou ty které porodnice schopné či ochotné jejich představám vyjít vstříc, se tyto ženy při výběru porodnice rozhodují. Neznamená to však, že výsledná volba vždy splňuje veškeré požadavky dané ženy. Jak ukázal náš terénní výzkum, existuje skupina žen, která do zvolených porodnic vstupuje s nevolí a silnou nedůvěrou v instituci i zdravotnický personál. V tomto textu jsme se pokusily nastínit, s čím vším přístup těchto žen souvisí. Vedle souvislostí s konzumerismem, novým pojetím práv „klientek", porodních služeb a novými koncepcemi porodu a porodnictví jejich perspektiva také odhaluje mezery v českém porodnickém systému, který zmíněné skupině žen nenabízí dostatek legitimních alternativ k institucionalizované porodní péči.

Velmi odlišný postoj zastávají ženy, jež nazývají někteří porodníci a porodní asistentky jako „venkovské". Odkazují tím nejen k původu žen, ale i k jejich přístupu k otázkám porodu. Tyto ženy si porodnice aktivně nevybírají. Jednoduše jdou rodit tam, kde je to nejblíže. U některých se jedná o čirý nezájem, avšak mnohé z těchto žen nemají prostě čas na to, aby nad porodem příliš přemýšlely, nebo jim chybí i jiné zdroje k tomu, aby mohly své představy realizovat. Navíc tyto ženy mají své představy o porodu mnohem méně vyjasněné než „přemoudřelé ženy". V kontrastu k „venkovským rodičkám" je také zřetelnější, proč jsme přejaly název pro „přemoudřelé ženy". Zdá se totiž, že ženy venkovské jsou pro personál porodnic „normou" – či jí alespoň donedávna byly.

Je nutné zdůraznit, že ne všechny ženy mohou své představy o porodu a právo na rozhodování o jeho průběhu zcela uplatnit. Jejich volby jsou omezeny zdravotními komplikacemi, pak se dané ženy rozhodují jen v prostoru vymezeném medicínou. Prožitek těhotenství a porodu je u těchto žen zásadně odlišný. Rovněž bychom chtěly vyzdvihnout, že vedle zmíněných dvou ideálních typů prvorodiček existují i další, kterým jsme se však v tomto textu nevěnovaly.

soccas2008-1.indb 108 19.3.2008 14:10:58

Jedním z nejpřekvapivějších závěrů našeho etnografického výzkumu je zjištění, které odporuje některým sociologickým popisům vztahů mezi socioekonomickým statusem a zdravím lidí. Podle porodních asistentek a porodníků totiž rodí hůře „přemoudřelé" ženy, které mají však obecně vyšší socioekonomický status než jiné ženy a měly podle těchto teorií rodit spíše „lépe". Tyto ženy pocházejí z větších měst, mají velmi vysoké vzdělání a více finančních prostředků, stejně jako větší přístup k informacím a dalším zdrojům než ženy „venkovské".

Nabízí se dva možné postoje, které můžeme k tomuto rozporuplnému zjištění zaujmout. Názory porodních asistentek a lékařů můžeme jednoduše odmítnout jako nepravdivé dojmy, jejichž validitu je nejprve nutné ověřit pomocí jiných než kvalitativních metod. Tento postoj je pro nás z mnoha důvodů těžko akceptovatelný. Mluví proti němu i skutečnost, že o horším porodu „přemoudřelých" hovoří nejen naši informátoři ze zkoumaných porodnic, ale i porodníci z dalších zařízení.

K názoru, že přemoudřelé ženy hůře rodí, můžeme ale přistoupit jako k zajímavému fenoménu, který je hodný podrobnějšího prozkoumání. V tomto textu jsme nabídly několik „nativních" interpretací našich informátorů pracujících v oblasti porodnictví. Jejich vysvětlení se podle našeho názoru může stát počátkem dalšího vědeckého bádání, využívajícího nejen kvalitativní metodologie, které má potenciál se stát významným příspěvkem k porozumění vztahů mezi socioekonomickým statusem a zdravím.

Ema Hrešanová *působí jako asistentka na katedře sociologie Filozofické fakulty Západočeské univerzity v Plzni a je zároveň doktorskou studentkou na katedře sociologie na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně. Její dizertační výzkum je postaven na etnografickém šetření v několika českých porodnicích. Zabývá se zkoumáním reprodukce a otázkami porodu z perspektiv medicínské sociologie a antropologie.*

Jaroslava Hasmanová Marhánková *působí jako asistentka na katedře sociologie Filozofické fakulty Západočeské univerzity v Plzni a je zároveň doktorskou studentkou na katedře sociologie na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně. Ve svém dizertačním výzkumu se pomocí kvalitativních metod zabývá genderovými aspekty stárnutí. Věnuje se rovněž tématu zkušenosti rizikového těhotenství.*

Literatura

Aperio. 2005–7. „Průvodce porodnicemi ČR." [online]. Praha: Aperio [cit. 6. 11. 2006]. Dostupné z: <http://www.aperio.cz/porodnictvi/pruvodce-porodnicemi/porodnice.shtml>.

Benoit, Cecilia, Alena Heitlinger. 1998. „Women´s health care work in comparative perspective: Canada, Sweden and Czechoslovakia / Czech Republic as case examples." *Social Science and Medicine* 47: 1101–1111.

soccas2008-1.indb 109 19.3.2008 14:10:58

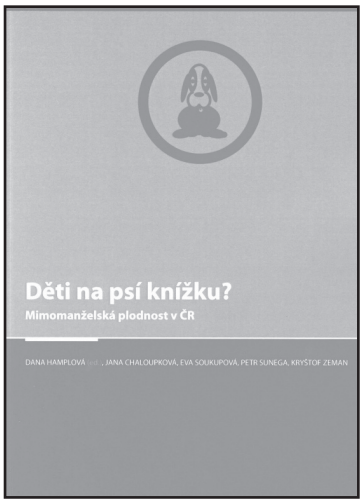
Black, Douglas, J. N. Morris, Cyril Smith, Peter Townsend. 1982. *Inequalities in Health: The Black Report*. New York: Penguin.
Cockerham, W. C., M. Ch. Snead, D. F. Dewaal. 2002. „Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage." *Journal of Health and Social Behavior* 43: 42–55.
Davis-Floyd, R. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of Berkeley, California Press.
Gravelle, Hugh, John Wildman, Matthew Sutton. 2002. „Income, Income Inequality, and Health: What Can We Learn from the Aggregate Data?" *Social Science and Medicine* 54: 577–589.
Hanušová, P. 2004. „Nemocnice II. Problémy organizačně právního postavení nemocnic v kontextu reformy veřejné správy." *Sborník IZPE* [online] 3/2004. Kostelec n. Č. lesy: IZPE. Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/vypis.asp?item=1114&>.[34]
Hašková, Hana. 2001. *Názorové diferenciace k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
Heitlinger, Alena. 1987. *Reproduction, Medicine and the Socialist State*. New York: St. Martin's Press.
Hoffman, Lily M. 1997. „The Professional Autonomy Reconsidered: The Case of Czech Medicine under State Socialism." *Comparative Studies in Society and History* 39 (2): 346–372.
Chamberlain, Kerry. 1997. „Socio-economic Health Differentials: From Structure to Experience." *Journal of Health Psychology* 2: 399–411.
Chodounská, H. 2005. „Porody podle zdravotnických zařízení v ČR v roce 2003." *Aktuální informace ÚZIS ČR* [online] 28 [cit. 10. 11. 2007]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&year=2005&mnu_id=6210&mnu_action=select>.
Judge, Ken, Jo-Ann Mulligan, Michaela Benzeval. 1998. „Income Inequality and Population Health." *Social Science and Medicine* 46: 567–579.
Kapr, Jaroslav, Bohumil Koukola. 1998. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství.
Khoshnood, Babak, Beatrice Blondel, Catherine De Vigan, Gerard Greart. 2004. „Socioeconomic Barriers to Informed Decision Making Regarding Maternal Screening for Down Syndrome: Results of the French National Perinatal Survey of 1998." *American Journal of Public Health* 94: 484–491.
Kirkham, M. 1999. „The Culture of Midwifery in the National Health Service in England." *Journal of Advanced Nursing* 30 (3): 732–739.
Křížová, Eva. 1998. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky.
Křížová, Eva. 2002. „Trh a zdravotnictví." Pp. 97–114 in Jiří Šimek, Vladimír Špalek, Eva Křížová, Hana Janečková (eds.). *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum.
Křížová, Eva. 2004. „Současné proměny lékařské role a vědění jako nástroj moci v demokratizující se společnosti." Pp. 147–164 in Hana Mášová, Eva Křížová, Petr Svobodný (eds.). *České zdravotnictví. Vize a skutečnost složité peripetie od plánů k realizaci*. Praha: Karolinum.
Lazarus, Ellen S. 1994. „What Do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth." *Medical Anthropology Quarterly* 8 (1): 25–46.
Lothian, Judith. 2006. „Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future." *Journal of Obstestric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35 (2): 295–303.

[34] V případě nedostupnosti zdroje je možné získat kopii studie u autorek.

soccas2008-1.indb 110 19.3.2008 14:10:58

Lupton, Deborah. 1997. „Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter." *Social Science and Medicine* 45 (3): 373–381.
Mohan, John. 2002. *Planning, markets and hospitals*. London, New York: Routledge.
Navarro, Vincent. 1977. *Social Security and Medicine in the USSR: A Marxist Critique.* Lexington, Mass.: Lexington Books.
Nelson, Margaret K. 1982. „The Effect of Childbirth Preparation on Women of Different Social Status." *Journal of Health and Social Behavior* 23 (4): 339–352.
Pappas, Georgy, Usan Queen, Wilbur Hadden, Gail Fisher. 1993. „The Increasing Disparity in Mortality Between Socioeconomic Groups in the United States, 1960–1986." *New England Journal of Medicine* 329: 103–109.
Pescosolido, B. A., S. A. Tuch, J. K. Martin. 2001. „The Profession of Medicine and the Public: Examining Americans' Changing Confidence in Physician Authority from the Beginning of the ‚Health Care Crisis' to the Era of Health Care Reform." *Journal of Health and Social Behavior* 42 (1): 1–16.
Phillimore, Peter, Alastair Beattie, Peter Townsend. 1994. „Widening Inequality of Health in Northern England, 1981–91." *British Medical Journal* 308: 1125–1128.
Rivkin-Fish, Michele. 2005. *Women´s Health in Post-Soviet Russia. The Politics of Intervention*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press.
Rokosová, Martina, Petr Háva, Jonas Schreyogg, Reinhard Busse. 2005. *Health Care Systems in Transition: Czech Republic*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
Šimek, Jiří, Vladimír Špalek. 2002. „Vůdčí principy transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa." Pp. 5–30 in Jiří Šimek, Vladimír Špalek, Eva Křížová, Hana Janečková (eds.). *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum.
Turner, Bryan, S. 1995. *Medical Power and Social Knowledge*. London: SAGE Publications.
Van Teijlingen, E. 2005. „A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth." *Sociological Research Online* [online] 10 [cit. 20. 7. 2005]. Dostupné z: <http:// www.socresonline.org.uk/10/2teijlingen.html>.
Vepřek, Jaromír, Pavel Vepřek, Jaroslav Janda. 2002. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra.* Praha: Grada.
Waitzkin, Howard. 1989. „A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters." *Journal of Health and Social Behavior* 30: 220–239.
Williams, David R. 1990. „Socioeconomic Differential in Health: A Review and Redirection." *Social Psychology Quarterly* 53: 81–99.

soccas2008-1.indb 111 19.3.2008 14:10:58



DANA HAMPLOVÁ (ED.),
JANA CHALOUPKOVÁ,
EVA SOUKUPOVÁ,
PETR SUNEGA,
KRYŠTOF ZEMAN

DĚTI NA PSÍ KNÍŽKU?
MIMOMANŽELSKÁ
PLODNOST V ČR

Za posledních 15 let došlo v české společnosti k zásadní přeměně rodinného prostředí z hlediska rodinného stavu matek. Zatímco na počátku devadesátých let se mimo manželství rodilo jen osm procent dětí, dnes je to již třetina všech narozených. Nárůst počtu neprovdaných matek je svou intenzitou srovnatelný s poklesem plodnosti, k němuž došlo ve stejném období, přesto však dosud nevyvolal výrazný zájem. Rozšířená totiž byla představa, že rostoucí mimomanželská plodnost je součástí modernizace a westernizace české společnosti, v jejímž důsledku mnoho mladých lidí necítí nutnost dodržovat tradice a řídit se normami, kterým nepřikládají subjektivní důležitost. Předkládaná kniha nás přesvědčí, že nic není vzdálenějšího pravdě než domněnka, že typickou neprovdanou matkou je žena úspěšná, vzdělaná a emancipovaná. Typickou českou neprovdanou matkou je naopak žena se základním vzděláním z ekonomicky slabého regionu. Kniha přináší nejen přehled základních demografických statistik, ale zpracovává i v českém prostředí ojedinělá data ze speciálního šetření, z něhož čerpá informace o neprovdaných matkách nedostupné v demografických statistikách a běžných sociologických výzkumech. Rozsah publikace je 155 stran.

Cena publikace je 248 Kč bez DPH.

SOÚ Vydal Sociologický ústav Akademie věd České republiky, Praha 2007
Objednávky přijímá: Tiskové a ediční oddělení, Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Jilská 1,
110 00 Praha 1, tel.: 222 221 761, 221 183 217, 218, e-mail: Monika.Kuzelova@soc.cas.cz

soccas2008-1.indb 112 19.3.2008 14:10:58