

GENDEROVANOST PORODU JAKO PŘÍKLAD ANTROPOLOGICKÉHO ZKOUMÁNÍ LIDSKÉ REPRODUKCE: PŘEHLED KLÍČOVÝCH KONCEPTŮ

Ema Hrešanová

*Katedra sociologie, Filozofická fakulta, Západočeská univerzita v Plzni
ehresano@kss.zcu.cz*

The Genderedness of Childbirth As an Example of an Anthropological Study of Human Reproduction: an Overview of Key Concepts

Abstract—In the past few years social scientists have extensively focused on the domain of human reproduction. This focus has provided many incentives for the development of related social theory. Building on these recent scholarly discussions, which emphasize the central role played by human reproduction in our social lives, this paper focuses on childbirth as one of the peak reproductive events and on its gender aspects. Predominantly building on the anthropology of reproduction and gender and related scholarship in the social sciences, the paper's aim is to provide a review of key ideas and concepts that make the „genderedness“ of childbirth visible. First, I explain what constitutes the gendered nature of childbirth and in what ways gender relations shape the birthing process. I build on Connell's distinction of three main theoretical understandings of gender. Subsequently, I focus on the cultural aspects of childbirth and demonstrate its cultural construction with regard to gender. Next I highlight the importance of gender roles which are deeply internalized and work even during the birthing process, thus affecting the whole birthing experience. The interaction between medical personnel and a birthing woman is in itself an important part of this experience in Western societies and is shaped by the overall medicalization of childbirth, which I then go on to discuss. Subsequently, I focus on the issue of modern obstetrics as the ultimate source of authoritative knowledge. Childbirth however is also a crucial lifecycle event accompanied by rite de passage in non-Western as well as Western soci-

eties and the conclusion of this paper is therefore dedicated to presenting key works and ideas related to this important anthropological concept in relation to childbirth.

Keywords—*gender, childbirth, anthropology of human reproduction, medicalization, reproductive regime, social embodiment, authoritative knowledge, rite de passage*

ÚVOD¹

ANTROPOLOGIE lidské reprodukce zakou-
Ašší s rozvojem nových reprodukčních tech-
nologii v posledních deseti letech nebývalý roz-
mach. S tím, jak se posouvají hranice lidských
možností, roste i význam antropologického
studia reprodukčních otázek, které nabízejí po-
třebnou míru společenské reflexe i komplexní
rozumějící vhled do souvisejících problémů.
Význam výzkumu lidské reprodukce však roste
i v rámci sociálních věd, v kterých se stává dů-
ležitým odrazovým můstkem pro rozvoj sociální
teorie. Lidská reprodukce je v tomto ohledu po-
jímána jako významné jádro sociálního života
(Taylor 2004; Ginsburg, Rapp 1995).

¹ Tato studie vznikla díky finanční podpoře Grantové agentury České republiky v rámci postdoktorského grantového projektu „Hnutí přirozeného porodu a feministické přístupy k porodu v České republice: systémy sociálního jednání a myšlení“ (GAČR P404/11/P089). Podnět k napsání první pracovní verze tohoto textu vzešel od Gabriely Kontra v návaznosti na její filmový projekt *Porodní plán*. Timto děkuji jí i GAČR, a stejně tak i dvěma anonymním recenzentkám/recenzentům za podnětné připomínky. Publikace článku byla podpořena grantem AntropoWebzin 2011–2012 přiděleným v rámci Studentské grantové soutěže ZČU pod číslem SGS-2011-031.

Tento text je inspirován diskusemi, jež přiznávají tématu lidské reprodukce zásadní důležitost v rámci současného sociálně vědního bádání. Jeho cílem je v první řadě poskytnout českému čtenářstvu základní přehled klíčových konceptů, prostřednictvím kterých je problematika lidské reprodukce na poli sociálních věd uchopována. Stať chce seznámit začínající badatele i ty pokročilé, zabývající se jinými tématy, se zmíněnou oblastí výzkumu, jež se nachází na průsečíku studia mnoha různých antropologických i dalších sociálně vědních subdisciplín, především pak medicínské antropologie, antropologie genderu či genderových studií, sociálních studií vědy a techniky, biologické antropologie apod. Příspěvek nemá ambici naplňovat žánr teoretické přehledové statě, a představit tak vyčerpávajícím způsobem mnohost a rozmanitost konceptualizací, jež se na poli sociálně vědního výzkumu lidské reprodukce používají. Jeho formou je spíše úvodní seznámení s nejdůležitějšími koncepty z oblasti antropologie porodu, které jsou inspirativní i pro bádání v jiné oblasti sociálního života dnešních společností.

Současné sociálně vědní zkoumání lidské reprodukce na mezinárodním poli zahrnuje stále se rozšiřující škálu témat: od otázek souvisejících s početím, reprodukčními schopnostmi a genderovou identitou (Carter 2009), přes výzkum reprodukčních praktik lesbických párů využívajících nových reprodukčních technologií (Mamo 2007) po studium široké škály otázek souvisejících s předporodní, porodní a poporodní péčí a mnoho dalších. Ale i domácí výzkum v této oblasti sociálně vědního studia vzkvétá. Na studie z oblasti antropologie lidské reprodukce přímo navazuje Hrešanová (2008) svým etnografickým výzkumem českých porodnic a také Szenassy (2010), která zvolila podobnou metodologii pro studium diskursů obklopujících otázku romské reprodukce na Slovensku. Studium sociálních aspektů asistované reprodukce se dále věnuje například Slepíčková (2011, 2009), tématem prenatalních screeningů se zabývala Hasmanová Marhánková (2008); studium diskursů týkajících se umělého přerušení těhotenství v historické perspektivě zase provedla Dudová (2009; 2012), Šmídová (2008) zkoumala přítomnost otců u porodu genderovou optikou. Posledně jmenovaná badatelka se spolu se Slepíčkovou a Šlesingerovou (Slepíčková, Šlesingerová a Šmídová 2012) zaměřuje na oblast lidské reprodukce i ve svém současném

výzkumném projektu „Porody, asistovaná reprodukce a zacházení s embryi (finančně podpořený GAČR GAP404/11/0621), který řeší na Fakultě sociálních studií v Brně.

K uchopení této rozmanité tematiky slouží neméně pestrá paleta konceptualizací. Rozhodla jsem se proto zaměřit se pouze na ty vědecké pojmy, které se nejčastěji objevují při výzkumu jedné konkrétní reprodukční události – porodu. Porod je často vnímán jako vyvrcholení celého reprodukčního procesu, a to jak v dnešních, tak i historických společnostech. Jde o jedno z nevýraznějších témat ve výzkumu lidské reprodukce, které má v antropologickém výzkumu dlouholetou tradici sahající až k 70. letům. V tomto textu se konkrétně soustředím na koncepty, které umožňují uchopit porod jako genderovaný sociální jev.

Mohlo by se zdát, že porod je ryze ženskou záležitostí, protože pouze ženy jsou fyzicky schopné dítě nosit a porodit. Avšak porod je nejen biologickým, ale vždy i sociálním procesem, který je do hloubky genderovaný. Začnu proto vysvětlením, proč je vůbec potřeba uvažovat o porodu jako o genderované události. Následně představím, v jakém smyslu budu s konceptem genderu v textu zacházet a v jakém ohledu jsou genderové role zakotveny v širším kulturním kontextu, který rámuje porodní proces. V dalším kroku se věnuji kulturní podmíněnosti porodu a následně nastiňuji, v jakém ohledu gender vstupuje do samotného prožitku porodu. Pokračuji představením klíčového konceptu medikalizace a rozbořem porodnictví jakožto autoritativního vědění. Přehled klíčových konceptů zakončím diskusí nad porodem jako přechodovým rituálem.

POJETÍ GENDERU A POROD

Porod je vždy zasazen do sociálních vztahů, které jsou genderované. Genderová dimenze prolínající sociální kontext, který porod obklopuje, zásadně ovlivňuje samotný průběh porodu, a tím i zdraví rodičky a novorozence dítěte. Výzkum Mitlera a kolegů (2000) z amerických porodnic nám může posloužit jako počáteční ilustrace. Zmínění výzkumníci sledovali lékařské i nelékařské faktory, které mohou rozhodovat o vykonání císařského řezu. Prostřednictvím multivariačního modelování došli k závěru, že výrazně vyšší pravděpodobnost, že porod bude ukončen císařským řezem, existuje v případech,

kdy jej „vede“ porodník-muž, oproti situacím, kdy porod „řídí“ lékařka. Genderové vztahy a celkový genderový řád však porod ovlivňují mnoha dalšími komplikovanými způsoby, které se pokusím na následujících stránkách rozkrýt. Jejich pochopení je nezbytné pro možné zlepšení zdraví žen a jejich dětí, včetně péče jim poskytované. V sociálních a humanitních vědách existují různá pojetí genderu. Connell (2012) ve vztahu k multidisciplinární výzkumné oblasti označované jako „gender a zdraví“ uvádí tři z nich, které podle jejího podání stručně představím. Jedná se o tzv. kategorické, postrukturalistické a relační smýšlení o genderu. Těchto teoretických přístupů následně využiji k tomu, abych zviditelnila různé dimenze genderovanosti porodu.

První z přístupů – tzv. *kategorické* smýšlení o genderu – ve své nejjednodušší formě považuje dichotomickou klasifikaci lidských těl za úplnou definici genderu. Je blízké esencialistickému vnímání genderu vyskytujícímu se v evropských kulturách, v nichž jsou maskulinita i femininita viděny jako přirozená opozita vyjadřující kontrasty mezi mužskými a ženskými těly (Connell 2012: 1676). Dle Connell se kategorické myšlení projevuje obzvláště v moderní medicíně, zaměřující se primárně na biologické procesy s převážným využitím kvantitativních metod. Connell však zdůrazňuje, že kategorický přístup nemusí vždy stavět jen na biologickém esencialismu, ale může pracovat i s modelem pohlavních rolí, který dichotomii zakládá na sociálních normách a očekáváních, nikoliv na biologii (ibid). Kategorie muž a žena jsou viděny poměrně monoliticky a staticky. V sofistikovanější verzi, již představuje například tzv. intersekcionalní přístup, jsou tyto základní kategorie kombinovány s dalšími proměnnými, například rasou, sociální třídou, věkem apod. Kategorický přístup lze považovat za historicky první rozumění genderu, které se prosadilo i do sféry sociálních politik. Přibližně od 80. let však markantně zesílila kritika jeho konceptuálních nedostatků a začaly se prosazovat jiné teoretické přístupy, které jsou schopny lépe uchopit vnitřní dynamiku genderových kategorií a vztahů. I přes uvedené nedostatečnosti nám ale tento přístup může nabídnout zajímavé počáteční rozumění tomu, jak gender ovlivňuje porod a jeho průběh. Zkusme se nyní podívat jeho optikou na oblast porodu ve vztahu ke dvěma obecným kategoriím lidí – žen a mužů.

Rozumění porodu jako ženské otázky se projevovalo v mnoha evropských kulturách. Pomoc rodiče v nich byla pojímána jako záležitost vzájemné solidarity a výpomoci mezi zkušenými ženami v dané komunitě (např. Davis-Floyd 2007), kde speciálně vyškolená osoba na pomoc při porodu neexistovala. V sociálně vědní literatuře (např. Wertz, Wertz 1989) se často v této souvislosti hovoří o tzv. *sociálním porodu*. V mnohých společnostech však existuje institut pomocnice, specializující se na pomoc ženě při a po porodu, která operovala určitými porodními vědomostmi. V evropském kontextu se zhruba do 18. století jednalo o ryze ženské povolání. Činnosti porodních bab, čili tzv. babcí (Doležal 2001), však přibližně od 18. století začali významně konkurovat tzv. akušerů a později nově se rodící lékařská disciplína – moderní porodnictví (pro stručný historický přehled v domácím kontextu viz např. Lenderová 2006; Tinková 2010, zejména kniha II.; pro americké prostředí viz např. Wertz, Wertz 1989; Borst 1995; pro evropský kontext obecně např. Gélis 1991).

Moderní porodnictví jako lékařská disciplína bylo naopak již od svého počátku záležitostí mužů a dodnes v něm muži v mnoha zemích Západní Evropy a Severní Ameriky převažují. Ženám byl vstup do této profese odepřen podobně jako do celého oboru lékařství. Moderní porodnictví tak po dlouhou dobu své existence představovalo z genderového hlediska „mužské vědění“ o ženských rodících tělech (viz také Tinková 2010: 55). Muži převažují v oboru porodnictví a gynekologie v České republice dodnes. Konkrétně k 31. 12. 2010 působilo v oboru porodnictví 43,8 % lékařek (viz Mašková 2011: 4), což značí oproti předchozím dekádám výrazný nárůst, který se zdá, že se v posledních letech ještě zvyšuje². Dodnes se však některé lékařky v oboru porodnictví a gynekologie setkávají se silnými genderovými stereotypy, a někdy i související diskriminací ze strany svých výše postavených kolegů (viz Hrešanová 2008, kap. 7). Rostoucí kvantitativní zastoupení žen v pro-

2 V roce 1992 pracovalo v oboru porodnictví a gynekologie 35 % lékařek, přičemž podíl žen v celém lékařství byl obecně podobný dnešku a mírně převyšoval polovinu (*Zdravotnická ročenka* 1992). Zajímavé je srovnat údaj o počtu lékařek v porodnictví s početním zastoupením žen v celém českém zdravotnictví. Ke konci roku 2010 v něm ženy představovaly 79 % všech pracovníků, což je dáno především naprosto dominantním zastoupením žen v nelékařských oborech (Hrkal 2011: 7).

fesi však nemusí vést k výrazné proměně dominantních hodnot, přístupu a perspektivy, neboť ty jsou předávány z generace na generaci v průběhu profesní socializace všem posluchačům lékařských fakult – mužům i ženám. Důraz kladený na početní zastoupení žen v porodnictví, které je vnímáno jako indikátor charakteru profese, nicméně rezonuje s výše zmíněným kategorickým pojetím genderu. Gender je ale nejen záležitostí „velikosti“ skupiny mužů či žen, ale odkazuje i k systému mocenských vztahů a sociálních nerovností, které mají i v případě moderního porodnictví patriarchální charakter (to jest, hierarchicky nejvýše postavené mocenské pozice jsou v ní výhradně obsazeny muži; Hill 2009: 628–629). A právě tuto rovnu genderu zdůrazňují další dva teoretické přístupy.

Poststrukturalistické pojetí genderu se do velké míry vymezuje vůči kategorickému smýšlení o genderu, které je z této pozice kritizováno pro svůj redukcionismus. Poststrukturalistické badatelky a badatelé ve svých výzkumech teoreticky navazují především na práci Michela Foucaulta a do určité míry i dekonstruktivistickou filosofii Jacqua Derridy. Studují především to, jak genderové významy vyvstávají z diskursu (Connell 2012: 1676). Argumentují, že gender představuje vlivnou sociální instituci, která též zahrnuje preskriptivní morální požadavky (Ettore, Kingdon 2010: 143–144). Genderové identity jsou pak vnímány nikoliv jako výraz nějaké „vnitřní pravdy“, ale spíše jako odvozené od pozice subjektu v diskursu, která se ale může měnit. Connell (2012: 1676) však zdůrazňuje, že fluidita genderových identit není neomezená. Existuje zde celá řada společenských institucí s mocensky silným postavením, které skutečně živá těla disciplinují genderově patřičným způsobem. V návaznosti na Judith Butler (1990) pak Connell poukazuje na performativní aspekt genderu a vysvětluje, že z poststrukturalistických pozic lze gender vnímat jako něco, co je uskutečňováno prostřednictvím „jednání, které my sami/y vykonáváme jako genderované subjekty a skrze které jsme chápáni/y jako maskuliní nebo femininní“ (Connell 2012: 1676).

Podobně jako gender nabývá i reprodukce znaků sociální instituce, organizované kolem řady hodnot, norem, aktivit či sociálních vztahů, a postupně se rozvíjí v regulační systém, který doprovází pomocné soubory regulací – regulační režimy (Ettore, Kingdon 2010: 144). Symbolem reprodukce jako vynořující se

sociální instituce i regulačního režimu je pak dle Ettore a Kingdon (ibid) těhotné tělo. Jak ukázala řada sociálních vědců (v českém kontextu např. Hasmanová Marhánková 2008; Slepíčková et al 2012; v mezinárodním například Morgan, Michaels 1999; Rapp 2000; Weir 2006; Taylor 2008 atd.), těhotné tělo je pak objektem, na nějž se zaměřuje biomedicínské vědění a technologie, veřejné zdravotní diskursy³ a mnoho dalších disciplinačních praktik, které jej konstruují a normalizují. K uchopení těchto disciplinačních strategií, obklopujících těhotenství i porod, používají Ettore a Kingdon koncept reprodukční režimy (*reproductive regimes*). Ty podle nich zahrnují komplexní metody ovládnutí a regulování, které vymezují, jaká těla jsou normální a jaká deviantní, jak má být s těhotným tělem zacházeno, jaké části ženských těl mají být zkoumány, testovány, případně spojovány dohromady apod. Podle těchto autorek je termín reprodukční režim vhodný ke zviditelnění sociálního charakteru reprodukce, protože se zaměřuje na způsoby vládnutí čili *governmentality*, skrze kterou se těhotné ženy ne/stávají aktivními aktérkami během svých těhotenství.⁴ Dle autorek je přínosem tohoto konceptu právě jeho důraz na mocenskou dynamiku a mocenské techniky i praktiky, skrze které jsou ženy ovládnuty jak na mikro, tak na makro úrovni (Ettore, Kingdon 2010: 144–145).

Posledním a pro naši tematiku v mnoha ohledech nejinspirativnějším teoretickým přístupem je tzv. relační pojetí genderu. Ten do jádra definice genderu klade sociální vztahy mezi muži a ženami navzájem i mezi sebou. Gender je pojímán jako vztah, popřípadě vztahy, které zahrnují mnoho různých lidí, kategorií a které propojují těla a instituce (Connell 2012: 1677). Vzorce takových vztahů konstituují gender jakožto sociální strukturu. Termín genderový řád pak odkazuje k nejširší struktuře genderových vztahů ve společnosti, zatímco termín „genderový režim“ (*gender regime*) referuje ke struktuře genderových vztahů v dané instituci. Jak podotýká Connell, gender v tomto pojetí odkazuje k mnoha různým dimenzím zároveň – ekono-

3 V této souvislosti stojí za zmínku práce Radky Dudové (2012), která v historické perspektivě analyzovala diskursy obklopující otázku interrupcí v Československu i současné České republice.

4 S foucaultovým konceptem vládnutí čili *governmentality* a souvisejícími koncepty biomoci podrobně seznamuje přehledová stať Slepíčkové, Šlesingerové a Šmídové (2012).

mické, mocenské, emoční, symbolické, institucionální, intra- či inter-personální apod. Přitom je dle ní důležité si uvědomit, že změny se v těchto oblastech mohou odehrávat v různém tempu, což ale vede k tenzím uvnitř genderového řádu (ibid).

Connell také upozorňuje, že relační pojetí genderu se promítá do mnoha různých konkrétních teorií genderu, mezi nimiž vyzdvihuje například teorii „dělání genderu“ (Fenstermaker, West 2002). Jiný přístup zdůrazňuje, že gender je „vtělenou“ sociální strukturou. Tuto vtělenost a tělesnost ve vztahu k jakémukoliv sociálnímu jednání uchopuje především koncept *sociálního embodimentu*. Ten tělo vnímá nejen jako nutnou podmínku pro jakékoliv sociální jednání, ale i jako síť významů, zkušeností, vyjádření, která slouží společnosti. Zároveň ukazuje, že veškeré vědění je rozvíjeno skrze tělo prostřednictvím smyslových vjemů (Lupton 2000: 50; Williams 2004: 73). Proces je však obousměrný, samotná těla jsou sociálními procesy a kulturou též formována a měněna (Connell 2012: 1678; Ettorre, Kingdon 2010: 143). A dalo by se říci, že se do tělesné materie přímo vtiskávají, což by jistě jinými způsoby potvrdili i biologičtí antropologové. Přitom sociální vědci dnes široce uznávají, že bez ohledu na to, s jakými reprezentacemi ženských těl věda přichází, ženy jsou jsoucími těly jinak než muži. A právě v této souvislosti Ettore a Kingdon (2010: 143) zdůrazňují jedinečnou ženskou schopnost gestace a rození, která by dle nich měla být oslavována. Dle nich jde o klíčovou odlišnost, přestože současné kritiky často označují podobné tendence za esencionalistické. Tělesnost ženské reprodukce je totiž unikátní životní zkušeností či prožitkem, který se dle mnohých žen nedá jakékoliv jiné zkušenosti připodobnit (Carter 2009: 133–137). Kingdon (2006, 2009) svá tvrzení zakládá i na vlastním empirickém výzkumu ženské vtělené (*embodied*) *agency* během těhotenství a porodu. Právě důraz na tělesnost dnes obecně představuje aktuální trend v sociálně vědním zkoumání genderu, jenž nastupuje namísto dnes již silně problematické a neudržitelné dichotomie gender versus pohlaví (Ettorre, Kingdon 2010: 143). Důraz na tělesné aspekty se pak objevuje i při analýzách kulturní konstrukce porodu. Rozeberme nyní podrobněji, jakými konkrétní způsoby kultura tvaruje porod i jak se může případně otiskovat do samotných rodičích těl.

KULTURA A POROD

V oblasti porodu se kultura podepisuje již na tom, jak je s rodícím i rozeným tělem zacházeno. Konkrétní porodní praktiky mohou na rodícím těle zanechat zcela zřetelné tělesné stopy. Například kulturně podmíněná otázka, zda je při porodu přijatelné samovolné natržení hráze, anebo se považuje za potřebné provést její nástřih (tzv. epiziotomie) ve snaze předejít samovolnému natržení, vede v odlišné zacházení s ženskými těly a též zanechává rozdílné stopy (jizvy) viditelné na ženských tělech. Přitom si musíme uvědomit, že to, co je považováno za nutnou a potřebnou porodní praktiku, se v různých historických dobách i kulturách výrazně liší. Například tzv. *dirupce* čili protržení vaku blan je v některých kulturních kontextech vnímána jako velmi nebezpečná praxe, zatímco jinde je považována za bezpečný způsob, jak urychlit porod (viz například Jordan 1993, která srovnávala mexické porodní praktiky s těmi v USA). Podobně v oblasti jihovýchodní Asie byla pupeční šňůra donedávna přestřihována až po vypuzení placenty, časnější přestřihnutí bylo opět považováno za nebezpečné.

Obrovské rozdíly v tom, co je považováno v oblasti porodu a porodních praktik za správné, či naopak za zdraví škodlivé, dobře zdokumentovaly první dvě generace kulturních antropoložek, které přicházely z různých kulturních prostředí s poznatkem, že porod je sice součástí univerzální ženské biologie, ale jeho průběh i význam je především určován kulturně a sociálně (např. Davis-Floyd 1992, Jordan 1993; shrnutí viz také Hrešanová 2008: 9–10). Jejich analýza se netýkala jen toho, jak se rodí jinde, ale inherentně obsahovala srovnání s porodnictvím v jejich vlastní společnosti, které se opíralo o víru v lékařské technologie a vědu. Přitom odhalovala, jak se kultura dané společnosti a její dominantní systém přesvědčení a hodnot odráží v oblasti porodu a porodnictví.

Mnoho kultur také vymezuje určitá pravidla pro to, kdo má být porodu přítomen (zda otec dítěte, všichni příbuzní, nebo pouze ženy apod.), a některá též stanovují, kdo u něj být nesmí. Tato pravidla vycházejí z významů, které jsou porodu v dané společnosti přisuzovány. Například je-li porod definován jako sexualizovaný akt, jenž je logickým naplněním manželství heterosexuálních partnerů, jako je tomu v určitých náboženských komunitách v USA, pak je nepřijatelné

nebo podivné, aby u této události byl přítomen nějaký cizí muž nebo i žena (viz např. studie Miller 2009).

Významy obklopující porod také zahrnují představy o tom, jak má vypadat kontakt mezi nastávající matkou a otcem před, během i po porodu. Je povinností otce být u porodu přítomen a aktivně své ženě pomáhat, jako je tomu v případě, kdy je porod definován jako intimní soukromá událost partnerského páru? Nebo má trpělivě čekat na zprávy v předpokojí? Má provádět nějaké rituály zajišťující zdárný porod? Mají nastávající rodiče dodržovat nějaká dietní či sexuální tabu? Odpovědi na tyto a podobné otázky se v průběhu času samozřejmě mění a jsou závislé na konkrétním kontextu. Právě otázka, zda má otec u porodu svého potomka být, dobře ilustruje proměnu těchto významů v našem prostoru.⁵ Ještě na počátku 90. let poukázal ve své stati přední český etnolog Josef Kandert (1995: 53) na „podivný“ americký zvyk, kdy porod probíhá v přítomnosti otce dítěte, což označil za výjimečné, neboť ve většině kultur je dle něj porod ryze ženskou záležitostí. V současné době probíhá v některých porodnicích kolem 80 % či více porodů v přítomnosti otce dítěte, i když ve většině českých porodnic přichází k porodu přibližně polovina otců (Roztočil 2008: 152). Na rostoucí přítomnost otců u porodu se z genderové perspektivy soustředila také Šmídová (2008), která zkoumala, zda vede i k nějakým změnám v genderových vztazích.

POROD JAKO GENDEROVANÁ ZKUŠENOST

Gender a genderové role, které v naší společnosti muži a ženy hrají, důležitým způsobem ovlivňují i samotnou porodní zkušenost⁶. To ve svém výzkumu dobře empiricky prokázala například Karin Martin (2003). Provedla rozhovory s 26 ženami krátce po porodu a zjistila, že většina žen si vyčítala, že se při porodu chovala sobecky, nebyla dostatečně milá či že byla příliš středem pozornosti. Jinými slovy, ženy měly špatný pocit, když při porodu či po něm „vypadly“ ze své obvyklé ženské role, která se pojí s altruismem,

empatií apod. Aby znovu nastolily správné vztahy, obvykle se za své jednání, které vnímaly jako „sobecké“, při porodu omlouvaly.

Podobně i v mé studii, v rámci které jsem hovořila se čtyřiceti ženami po porodu, se ukázalo, že ženy se v porodnicích snažily chovat podle nároků genderových norem tak, aby nebyly personálem označeny za „hysterky“ (Hřešanová 2011). Ženy nejsou na situace, kdy se stávají středem pozornosti jako v případě porodu, z každodenního života zvyklé. Přesto je podle mnohých odborníků pro získání pocitu kontroly nad tím, co se při porodu děje, důležité, aby se ženy dokázaly soustředit pouze na sebe. To je však v nemocničním prostředí často systematicky znemožňováno kvůli medikalizaci celé porodní události.

MEDIKALIZACE PORODU

Termín medikalizace, nebo v češtině také medicinalizace (Křížová 2006: 24) či medicinizace (viz Slepíčková, Šlesingerová, Šmídová 2012, jež termín podrobně představují), odkazuje v sociálních vědách k tendenci lékařství rozšiřovat své pole působení i na další původně nelékařské oblasti každodenního života. Souvisí se snahou redefinovat dané sociální potíže jako medicínský problém (viz např. Zola 1972; Illich 1976; Conrad 1992, Conrad a Leiter 2004 a další). Podle sociálních vědců nefunguje medicína pouze jako věda, která se zabývá lidskými nemocemi, ale i jako významná sociální instituce. Z tohoto pohledu je medicína mocným nástrojem sociální kontroly.

Ukázkovým polem, na němž se medikalizace v tomto smyslu nejvíce projevuje, je oblast ženského reprodukčního zdraví. Normální a běžné fáze ženského reprodukčního cyklu jsou postupně podrobeny detailnímu lékařskému drobnohledu a definovány jako něco, co vyžaduje lékařskou kontrolu. Žena se dostává do pozice zkoumaného a „nevědoucího“ objektu, přestože jde o její tělesné prožitky a procesy, které jsou však ve srovnání s „vnějším“ vědeckým pohledem, opírajícím se o lékařské technologie, marginalizovány. To se vztahuje nejen na porod, ale i menstruaci či menopauzu apod. Ilustračním příkladem vedle porodu může být i tzv. poporodní deprese čili tzv. *baby blues*. Miles (1991) ukazuje, jak se *baby blues* rozvíjí především v moderních společnostech, pro něž jsou typické nukleární rodiny. Ženy v šestinedělí

5 Podstatnou studii, jež se zabývá různými významy obklopujícími porod, napsala dále Paula Treichler (1990). Na „jazyk porodu“ v západní tradici a texty obklopující porod se zase soustředila ve své slavné knize Robbie Pfeufer Kahn (1995).

6 V českém kontextu na genderovanost porodní zkušenosti částečně upozorňuje i zmíněná přehledová stat Slepíčkové et al (2012:).

často zůstávají v péči o novorozeně i domácnost osamoceny, neboť jejich partner obvykle chodí do práce a další příbuzní nezřídka žijí v nedosažitelné vzdálenosti. K pocitům izolace a návalu obrovské zodpovědnosti za nový život a nové povinnosti se často připojují i manželské problémy, související právě s novou rodičovskou rolí a proměnou partnerského vztahu. Ženy po porodu zakouší často pocity přetížení, deprese, pocity, že nic nezvládají, které kontrastují s kulturními očekáváními, dle kterých by měly prožívat období naplněného mateřského štěstí. Problém je v jádru spíše sociální povahy, ale je redefinován a „diagnostikován“ jako lékařský problém.

Kritika přílišné medikalizace porodu se v západních zemích objevila přibližně v 60. a následně v 70. letech a vycházela z mnoha různých pozic. Významnými oponentkami byly nejen ženy, jež se ocitly v pozici „konzumentek“ takové péče, a jejich partneři, ale i další skupiny, kterým vadila dehumanizace porodu vyvěrající z intenzivního užití lékařských technologií a neosobního nemocničního prostředí. Z feministických pozic (spjatých především s tzv. druhou vlnou feminismu; viz Brooks 1999: 27) zaznívala v euroamerickém kontextu především kritika medicíny jakožto instituce sledující patriarchální zřízení dané společností. Ta se zaměřovala obzvláště na dichotomický vztah lékaře mužského pohlaví, který své autoritativní vědění uplatňuje na rodičku (srov. Slepíčková et al 2012). Ta při porodu naopak zaujímá pozici pasivního objektu, na němž je porod „vykonáván“.

Medicínské definice porodu a ženského reprodukčního cyklu nepůsobí pouze v lékařském prostředí, ale jakožto dominantní diskurs, čili způsob, jakým se hovoří a uvažuje o porodu v dnešní společnosti. Ten ovlivňuje a určuje i to, jak o svých tělech přemýšlí samotné ženy. Objektifikace žen není pouze vnější. Ženy, respektive jejich těla, se často stávají objektem i pro sebe samé. To vyplývá i ze studií Emily Martin (2001) a Karin Martin (2003). Ženy, s nimiž druhá jmenovaná hovořila, měly často pocit, jako by jim porod „utekl“, protože nemohly pozorovat, jak se jejich dítě rodí. To je dle autorky v souladu s kulturně definovaným pohledem na porod, dle něhož je za „reálnější“ považováno vnější pozorování a pohled těch druhých než subjektivní prožívání porodní zkušenosti (Martin 2003: 64).

Lékařský jazyk je plný různých metafor, které jasně odrážejí, jaký význam je ženským (rodícím) tělům přisuzován. Analýzu takových lékařských metafor ženského těla podala ve své významné knize *The Woman in the Body* právě Emily Martin (2001[1987]). Ukázala v ní, jak byly různé tělesné orgány i fáze ženského reprodukčního cyklu vnímány a popisovány v průběhu historie a jak se výrazy, které byly k tomuto popisu užívány, značně proměňovaly. Martin v této studii ukazuje, že proměna těchto základních lékařských metafor popisujících ženské tělo není náhodná, ale přesně odráží dominantní formu organizace dané společnosti. Jazyk, jaký je volen pro popis ženských orgánů, má často negativní konotace. Například menstruace je v některých učebnicích často popisována jako neúspěšná produkce vajíčka, které přišlo nazmar, zatímco to, kolik mužské tělo dokáže vyprodukovat spermii, je vyjádřeno obdivně. Přitom je zřejmé, že jen jedna z milionu je schopna oplodnit vajíčko, ale s konotacemi zmaru se setkáme jen v případě popisu ženského těla (Martin 2001: 40–52). Podobně i Harding (1986) upozorňuje, že vědecká „fakta“ lze popisovat různými jazykovými prostředky, které však mohou mít zcela odlišné důsledky, například mohou vyprovokovat zcela protikladné intervence. Je potřeba vyzdvihnout, že zkoumání metafor je důležité, protože to odráží způsob, jakým lidé, kteří je používají, přemýšlejí, mluví, a především pak jednájí (Martin 2001: 76).

Metafora porodu jako stroje a porodníka jako technika, který nad daným procesem dohlíží, aby probíhal správně, patří podle Emily Martin (2001: 54) k těm, které dominují současnému porodnictví. Martin opět ukazuje, jak mnoho lékařských textů přímo hovoří o efektivitě různých lékařských intervencí, které zvyšují „produktivitu“ dělohy. Děloha je vůbec často popisována jako určitý stroj, který z lékařského hlediska musí vyvíjet určitý standardní výkon, aby byla výsledná produkce uspokojivá. Pokud „selže“, nastupují lékařské intervence a technologie, které jí mají k výkonu stimulovat. Martin na základě své analýzy shrnuje, že lékařská představitost v podstatě pracuje s několika klíčovými obrazy – s dělohou jakožto strojem a ženou jakožto dělnicí, přičemž porodník je něco jako dozorce a supervizor, který na „pracovní proces“ dohlíží. Výsledným žádoucím „produktem“ je pak narozené dítě (Martin 2001: 63–64).

Porodní péče je pak těmto různým metaforám šita na míru.

Potřeba, aby zde byl „dozorce“, odkazuje k dalšímu významnému aspektu takového modelu porodu, kterým je pojetí ženského těla jako inherentně a nevyhnutelně defektního. Ženskému tělu nelze věřit, je na rozdíl od toho mužského nevyzpytatelné. Nikdy se neví, kdy se něco pokazí. Těhotenství i porod jsou pak nutně rizikové a za „normální“ je lze klasifikovat až v retrospektivě (např. DeVries 1993: 135). Taková představa vychází z karteziánského pojetí těla, v němž je však norma odvozena od těla mužského. Jak rozebírá Robbie Davis-Floyd (1994: 52), mužské tělo je již svým vzhledem více podobné stroji, má jasnější a přímější linie, zatímco to ženské je plné křivek, vlnek, zákrutů, hrbolů, je víc podobné přírodě a jejím horám, údolím, jeskyním.

Medikalizace porodu a ženského reprodukčního zdraví bývá sice často rozebírána především kvůli svým negativním důsledkům, ale je nutné upozornit i na její přínosy. Riessman (1983; in Sandall 2004) upozorňuje, že na medikalizaci porodu se často podílely i samotné ženy, protože tím naplňovaly své vlastní potřeby. Ty byly často vytvářeny v rámci středostavovské třídní kultury, která definovala určité lékařské a porodní praktiky jako ty „lepší“. To dokazuje například studie Richarda a Dorothy Wertz (1989), která mapuje proměnu vnímání porodnic z instituce vhodné pouze pro chudé a „padlé“ ženy v místo, kde chtějí rodit středostavovské ženy.

Nové lékařské technologie také zvýrazňují odlišnost konceptu reprodukce od souvisejícího konceptu sexuality a v určitých směrech tím umožňují definovat porod mimo rámec heterosexuálních partnerských vztahů. Sexualita je však při samotném průběhu porodu v prostředí nemocnice upozadována a redefinována jako nevhodná, animální, nepřístupná (Pollock 1999: 56; Davis-Floyd 1992: 69–71), přestože sexuální interakce mohou významně pomoci k postupu porodu (Pollock 1999: 49–60).

PORODNICTVÍ JAKO AUTORITATIVNÍ VĚDĚNÍ

Proč je um porodníků a gynekologů v současné době vnímán v oblasti ženského reprodukčního zdraví jako ten lepší a „pravdivější“? Proč většina rodičů žen v Evropě, včetně České republiky, Severní Americe i jinde důvěřuje právě

lékařům-porodníkům a konkurenční systémy vědění, třeba ty spjaté s profesí porodní asistence, jsou často odsouvány do ústraní jako ty méně spolehlivé? Typická odpověď by pravděpodobně zněla, že porodnictví je zkrátka lepší v zachraňování životů ze spárů smrti. Podíváme-li se ale podrobněji na studie zabývající se současnými výsledky moderního porodnictví a porodní asistence stejně jako historií porodnictví, zjistíme, že moderní porodnická věda nebyla z hlediska novorozeneckých i mateřských úmrtnostních statistik zdaleka vždy lepší než porody asistované porodními bábami či asistentkami. Naopak porodníkům v porodnicích umíralo pod rukama například ještě v 19. století mnohem více žen než zkušeným porodním bábám, jež byly vybaveny léty praktických znalostí (viz např. Lenderová 2006: 145). Přesto to byly právě ony, které se v profesním souboji staly až těmi druhými, a to v podstatě univerzálně napříč Evropou a Severní Amerikou (viz též DeVries 1993). Brigitte Jordan (1993: 153) v této souvislosti odkazuje na studii Starra (1982) z amerického prostředí, z níž vyplývá, že alopatické lékařské vědění v Severní Americe zvítězilo v oblasti porodu nad mnoha jinými konkurenčními profesemi definitivně až po roce 1910, kdy byla vydána tzv. Flexnerova Zpráva (*Flexner Report*). Avšak v různých zemích Spojených států amerických neprobíhal vždy vývoj vztahů mezi různými profesemi v oblasti porodnictví zcela totožně.

V oblasti porodu se často vedle sebe vyskytuje více systémů vědění. Sociální vědce vždycy zajímalo, čím to je, že se jeden z nich stává platnějším, legitimnějším a důvěryhodnějším než jiný systém. Dle Jordan (1993: 152; k diskusi nad konceptem v češtině viz též Slepíčková et al. 2012) neslo autoritativní vědění větší kredit často právě proto, že pro dané účely vysvětlovalo stav světa lépe anebo bylo spjato se silnější mocenskou základnou. Jeho stoupenci taktéž uplatňovali určité taktiky, které měly jejich vědění legitimizovat jako to jediné správné. Součástí takové legitimizace je tudíž nutná snaha degradovat a znehodnotit všechny ostatní systémy vědění jako chybné a škodlivé, což můžeme pozorovat i v českém kontextu mezi porodníky a těmi porodními asistentkami, které porod vymezují jako normální fyziologický proces. Jak zdůrazňuje dále Brigitte Jordan (1993: 152–154), ustavování autoritativního vědění se vždy opírá o mocenské vztahy, které v dané odborné komunitě panují, a zároveň je též re-

flektuje. Přitom probíhá takovým způsobem, že výsledný stav se všem účastníkům jeví jako zcela přirozený, zřejmý a logický. Navíc obyčejní lidé, kteří nejsou experty, nejenže neproblematicky přijímají autoritativní vědění, ale sami se aktivně a často nevědomky podílejí na jeho rutinní produkci a reprodukci (Jordan 1993: 153).

Autoritativní vědění, zejména v oblasti porodnictví, má významnou genderovou dimenzi. Například studie Jeffa Hearn (1987) či Anne Witz (1992) a dalších naznačují, že za úspěchem moderního porodnictví stojí vedle mnoha dalších faktorů také dominantní genderová příslušnost jeho členů. S povoláními, která mají nejvyšší status, a jsou proto označována jako *profese*, jsou totiž spojovány určité charakteristiky, jež jsou v našem kulturním prostoru ceněny více a zároveň jsou často považovány za typicky mužské. Jde například o racionalitu, objektivitu, nestrannost, nezávislost, emoční neutralitu, zodpovědnost za své konání, dodržování určitých (abstraktních a univerzálních) etických principů apod. (Hunt, Symonds 1995: 19–20). Nepřekvapí tedy, že po většinu historie moderního porodnictví v ní tento obor provozovali hlavně muži. Povolání, v nichž převažují ženy, pak mají obvykle problém dosáhnout podobného vysokého sociálního statusu, přestože o uznání statusu profese usilují například prosazením vyššího univerzitního vzdělání, zavedením etických kodexů a ustanovením oborových komor, čili znaků příznačných pro profese. Převážně ženským povoláním, jako je právě porodní asistence či ošetrovatelství, kterým se z důvodu jejich genderové skladby nedaří uspět v plné profesionalizaci, se pod vlivem feministické kritiky profesí začalo říkat *semi-profese* (viz Etzioni 1969, in Hunt, Symonds 1995). Pro naši diskusi genderových aspektů porodnictví je klíčové, jak se k sobě profese a semi-profese v oblasti porodní péče vztahují (viz též Hrešanová 2008: oddíl II.)

Profese – v našem případě porodníci-gynekologové – mohou totiž udržovat svůj status profese a obraz profesionálů jen díky práci semi-profesí, jejichž činnost je zaměřena na zacházení s emocemi a tělesností klientů. Semi-profese absorbují emoce v interakcích s klienty (či pacienty), a tím pomáhají profesím udržovat zdání objektivitu a nestrannosti. V naší společnosti je plný professionalismus považován za emočně neutrální, přičemž emoce jsou v naší společnosti stereotypně spojovány především s ženskými

genderovými rolemi (Hunt, Symonds 1995; Hrešanová 2008: 128). To je zřejmě především u meziprofesionálních vztahů v nemocnicích.

Jenže přibližně posledních dvacet, třicet let zažívá porodní asistence v mnoha západoevropských zemích výraznou renesanci, spjatou především s kritikou přemedikalizovaného nemocničního porodu, a úsilí o profesionalizaci se stupňuje. V rámci těchto snah dochází v některých zemích k etablování porodní asistence jako vědního oboru a s tím přichází i proměna genderového zastoupení. Například ve Velké Británii i Irsku či jinde se běžně zabývají porodní asistencí muži, kteří o sobě prohlašují, že jsou „*midwives*“. Odkazují tím na své vzdělání a praxi vycházející ze zcela jiného systému vědění, než kterým disponuje lékařské porodnictví. Doslova zde jde o odlišné paradigma. Nejvýraznějším rysem tohoto systému vědění je důraz kladený na rodičku – hovoří se o *woman-centred care* – péči, v jejímž centru stojí rodička. Tento model je spjat s „jednoduchými technologiemi“ (oproti *high tech*) a celkově vyzdvihuje normalitu porodu jako přirozeného procesu, do něhož je lepší příliš nezasahovat. Z toho také vychází i představy o ideálním místě pro průběh porodu.

POROD JAKO PŘECHODOVÝ RITUÁL

Mateřství, které právě porodem povětšinou začíná, bylo a je považováno v mnoha koutech světa za esenciální element ženství. Bylo pojmáno jako neoddělitelná součást jakési elementární a univerzální „ženské povahy“ (Garey 2009). Spojování mateřství a ženství do jednoduššího konceptu však často sloužilo k ospravedlnění podřízeného postavení žen či jejich vyloučení z veřejného života. Mateřství je sociální situace, která byla a je užívána ke kategorizaci žen, přičemž ty, které děti neměly, si často vysloužily pohrdání nebo soustrast za to, že své ženství „nenaplňují“ (Garey 2009: 583).

U žen-matek však mateřství často vystupuje jako klíčový základ jejich identity. Určuje, jak se žena sama k sobě vztahuje i jak se vztahuje k jiným. Porodem se identita ženy často drasticky proměňuje. Antropologové dokonce o porodu hovoří jako o jednom z nejdůležitějších *rituálů přechodu* v životech žen – a to nejen v tradičních, ale i moderních společnostech (viz Van Gennep 1996: kap. 4). *Přechodovými rituály* se tedy v antropologii označuje soubor rituálů, který značí přesun jednotlivce či skupiny z jednoho sociálního

ho statusu do druhého. Jde o událost či sérii událostí, které proměňují nejen to, jak jednotlivce vnímají ostatní členové komunity či společnosti, ale i to, jak se daný člověk vnímá sám (Davis-Floyd 1992: 17; viz také Van Gennep 1996: 19). Nejdůležitějšími rituály přechodu jsou charakteristicky ty, které se odehrávají například v pubertě, kdy ještě nedospělý jedinec aspiruje na to stát se plnohodnotným členem daného společenství (viz také MacCormack 1994: 10). Van Gennep (1996; také Turner 2004: 95), jak známo, ukázal, že u všech rituálů přechodu lze identifikovat tři odlišné fáze: odloučení, pomezí (tzv. liminální fáze) a přijetí. Dle MacCormack (1994: 10) pak z hlediska takové strukturace porod ve fyziologickém smyslu představuje onu prostřední liminální fázi přechodu mezi dvěma odlišnými hormonálními stavy.

Mezi klíčové práce, které přesvědčivě aplikovaly koncept přechodového rituálu na situaci žen v západních moderních společnostech, rodících převážně v nemocnicích, patří práce Robbie Davis-Floyd (1992), příznačně nazvaná *Birth as an American Rite of Passage*. Americká medicínská antropoložka v ní podrobně rozebírá všechny tři fáze porodu jakožto přechodového rituálu, během něhož dochází k předávání klíčových hodnot západní společnosti. Jak Davis-Floyd ukazuje, ty jsou postaveny na technokracii jakožto patriarchální ideologii. Žena je před porodem vysvěčena ze své identity a v rámci předporodní přípravy je řadou rutinálních procedur (jako je holení či klystýr či změna oblečení) zbavována své předchozí identity. Ve fázi liminality na porodním sále je její subjektivita marginalizována a veškerá moc i vědění se soustředí do rukou porodníků, kteří pomocí lékařských technologií korigují nepředvídatelnost ženského těla. Davis-Floyd v neposlední řadě zdůrazňuje, že zkušenost porodu je proscena řadou symbolických poselství, které se ženě s ohledem na extatičnost této zkušenosti vryjí hluboko do paměti a zároveň potvrzují centrální roli technologií a nadřazené postavení mužů v americké společnosti.

Porod však neznamená nový status pouze pro rodící ženu, ale i pro její dítě. Sociálně vědní literatura poslední doby upozorňuje, že nově vznikající jedinec se členem společnosti stává již několik měsíců před svým biologickým narozením. Nejnovější diagnostické metody, (zejména 3D i 4D ultrazvuk) dnes otevírají prostor pro personifikaci plodu, který se stává samostatnou

osobností, i když stále „pluje“ v „mateřském prostředí“ nenarozen. Feministické studie (viz např. Duden 1993; Mitchell 2001, Taylor 2008; dobré shrnutí a paralely se smrtí poskytuje také Kaufmann, Lynn 2005) v tomto ohledu zdůrazňují, že plod je díky vizualizaci, umožněné moderními lékařskými technologiemi, často viděn odděleně od mateřského lůna, jehož význam je následně snižován. Žena nosící plod pak nezřídka ze záběru (i záznamu) vypadává. Spolu s tím dochází k marginalizaci mateřské subjektivity a její důležitosti pro rozvoj nového života.

Rekonceptualizace nenarozeného plodu v plnohodnotného člověka zároveň vede k hluboké proměně porodní péče, jež se nyní zaměřuje na záchranu plodu s mnohem větší intenzitou než dříve, přičemž výjimečné nejsou ani operace v prenatálním období. Jak ukazují některé soudní spory, především ze Spojených států amerických, matka může být státními instancemi dokonce shledána za „nepřítele“ plodu a za chování, které plod poškozuje (například kouření či braní drog) odsouzena k pobytu ve vězení. Přesně to se stalo Cornélii Whitner z Jižní Karolíny, která v těhotenství užívala kokain, což Nejvyšší státní soud shledal za činnost poškozující práva plodu. Ten lze podle soudu považovat za osobu pod ochranou státu. Cornelia byla odsouzena do vězení na osm let (Addelson 1999: 38).

Lahood (2007) upozorňuje ještě na další možnou dimenzi, v níž lze spatřovat platnost Van Gennepova konceptu přechodového rituálu. Podle něj jej lze vztáhnout nejen na ztrátu starých a získání nových sociálních statusů, ale též na různé fyziologické stavy, které se obdobně proměňují s tím, jak rodící se dítě prodírá na svět porodními cestami. Základní morfologie jeho cesty je strukturována do tří klíčových fází jako při přechodovém rituálu. Nejprve je plod oddělen od pohodlí dělohy, v kterém se do té doby vyvíjel. Následně vstupuje do porodních cest, v nichž je jeho pohyb silně omezen. Samotný průchod porodními cestami představuje náročnou tranzici, obklopenou řadou nebezpečí. Po jejím završení vstupuje plod do nového světa a získává i odpovídající sociální i kosmologický status.

ZÁVĚR

Tento text nabídl výběrový přehled těch nejvýznamnějších tezí a konceptů, které uchopují

genderovanost porodu. Z pojmů z oblasti medicínské antropologie a antropologie genderu, které se vztahují k tématu porodu, jsem konkrétně představila koncept medikalizace porodu a autoritativního vědění. Dále jsem upozornila na studie pojímající porod jako významný přechodový rituál. Mým cílem bylo vyzdvihnout genderovanost a kulturní podmíněnost tohoto fyziologického procesu a nabídnout základní konceptuální aparát těm zájemcům, kteří studují oblast lidské reprodukce a zdraví a ve svém výzkumu usilují o uplatnění genderové perspektivy.

Předložený text mohl postihnout jen vybrané otázky související s genderovými aspekty porodu a porodnictví, ale k tematice by patřily i mnohé další: například politika porodu jako mocenské sítě související s politickou sférou i politiky obecně; působení a činnost neziskových a nevládních organizací, jež usilují o změny v porodnictví; politika porodní asistence a různé myšlenkové proudy, které působí uvnitř této profese; hnutí přirozeného porodu, ne/napojení na feministické hnutí; rodící těla a tělesnost; genderové normy působící na hendikepovaná ženská těla; vliv náboženství a spiritualit; téma věku a sociální třídy či etnicity, která se všechna s genderovou perspektivou prolínají. Některá z nich již nyní představují témata výzkumných projektů českých badatelek. Mnohá z nich však čekají na to, až se jich v českém kontextu chopí s badatelským zápallem další mladá generace dorůstajících studujících a vědců.

POUŽITÁ LITERATURA

- ADDELSON, K. P. 1999 „The Emergence of the Fetus,“ in *Fetal Subjects, Feminist Positions*. Ed. L. Morgan, M. W. Michaels. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. s. 26–42.
- BEECH, B. A. L. 2000. The Safety of hospital birth – the myth versus the reality. *AIMS Journal* 11 (4).
- BORST, Ch. 1995. *Catching babies. The professionalization of childbirth, 1970–1920*. London: Harvard University Press.
- BROOK, B. 1999. *Feminist perspectives on the body*. London, New York: Longman.
- BUTLER, J. 1990. *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- CARTER, S. 2009. Gender and childbearing experiences: Revisiting Oriens’ Dialectics of Reproduction. *NWSA Journal*. 21 (2): 121–143.
- CONRAD, P. a V. LEITER. 2004. Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*. 45: 158–176.
- DAVIS-FLOYD, R. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. University of Berkeley: California Press.
- DAVIS-FLOYD, R. 2007. „Birth,“ in *Encyclopedia of Sex and Gender*. Ed. F. Malt-Douglas. Detroit, New York: MacMillan. s.150–153.
- DEVRIES, R. 1993. „A Cross-national view of the status of midwives,“ in *Gender, Work and Medicine*. Ed. E.Riska, K. Weegar. London: Sage. s. 131–146.
- DOLEŽAL, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- DUDEN, B. 1993. *Disembodying women. Perspectives on pregnancy and the unborn*. London: Harvard University Press.
- DUDOVOVÁ, R. 2009. Interrupce v socialistickém Československu z foucaultovské perspektivy. *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 10(1): 25–36.
- DUDOVOVÁ, R. 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.
- ETZIONI, A. (ed.). 1969. *The Semi-professions and Their Organizations. Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: Free Press.
- FENSTERMAKER, S. a C. WEST. 2002. *Doing gender, doing difference: inequality, power, and institutional change*. New York: Routledge.
- GAREY, A. I. 2009. „Motherhood,“ in *Encyclopedia of Gender and Society*. Ed. J. O’Brien. Thousand Oaks: Sage. s. 583–588.
- GÉLIS, J. 1991. *History of Childbirth*. Cambridge: Polity Press.
- GINSBURG, F. a R. RAPP. 1995. *Conceiving the new world order. The Global Politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- HARDING, S. 1986. *The Science question in feminism*. Cornell University Press.
- HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, J. 2008. Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství – příklad genetických screeningů. *Biograf* 47: 56 odst.
- HEARN, J. 1987. *The Gender of oppression*. Brighton: Harvester Wheatsheaf.
- HILL, M. 2009. „Patriarchy,“ in *Encyklopedia of Gender and Society*. Ed. J. O’Brien. London: Sage. s. 628–633.
- HREŠANOVÁ, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
- HREŠANOVÁ, E. 2011. Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie. *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 12 (2): 63–74.

- HRKAL, J. 2011. Analýza pracovníků ve zdravotnictví České republiky v roce 2010. *Aktuální informace ÚZIS* 52[online]. Přístupné na: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/analýza-pracovníku-zdravotnictví-ceske-republiky-roce-2010>>, stáhnuto: 3. 1. 2012.
- HUNT S a A. SYMONDS. 1995. *The Social meaning of midwifery*. London: Macmillan Press.
- ILLICH, I. 1976. *Limits to medicine: medical nemesis: the Expropriation of health*. London: Marion Boyars.
- JORDAN, B.. 1993. *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois: Waveland Press.
- KANDERT, J. 1995. „Žena v jiných kulturních perspektivách.“ *Sociologický časopis* 31 (1): 49–60.
- KAUFMAN, S. R. a L. MORGAN. 2005. The Anthropology of the beginnings and ends of life. *Annual Review of Anthropology* 34: 317–341.
- KINGDON, C. a J. NEILSON, V. SINGLETON, G. GYTE, A. HART, M. GABBAY, T. LAVENDER. 2009. Choice and birth method: mixed-method study of Caesarean delivery for maternal request. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116 (7): 886–895.
- KINGDON, C., L. BAKER a T. LAVENDER. 2006. Systematic review of nulliparous women's views of planned Cesarean Birth: The Missing component in the debate about a term cephalic trial. *Birth* 33 (3): 229–237.
- KŘÍŽOVÁ, E. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
- LAHOOD, G. 2007. From „Bad ritual to „good“ ritual: transmutations of childbearing trauma in holotropic ritual. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 22 (2): 81–112.
- LENDEROVÁ, M. 2006. „Porod a ženské tělo: Diskurz a realita 19. století,“ in *V bludném kruhu. Mateřství a vychovatelství jako paradoxy modernity*. Ed. P. Hanáková, L. Heczková a E. Kalivodová. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. s. 131–154.
- LUPTON, D. 1994. *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- MACCORMACK, C. (ed). 1994. *Ethnography of fertility and birth*. Waveland Press.
- MAMO, L. 2007. *Queering reproduction. Achieving pregnancy in the age of technoscience*. Durham: Duke University Press.
- MARTIN, E. 2001. *The Woman in the body: A cultural analysis of Reproduction*: Beacon Press.
- MARTIN, K. 2003. Giving birth like a girl. *Gender and Society* 17 (1): 54–72.
- MAŠKOVÁ, E. 2011. Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti v roce 2010. *Aktuální informace ÚZIS* 57 [online]. Přístupné na: www.uzis.cz/system/files/57_11.pdf, stáhnuto: 3.1.2012.
- MILES, A. 1991. *Women, Health and Illness*. Buckingham: Open University Press.
- MILLER, A. C. 2009. „Midwife to myself.“ Birth Narratives among women choosing unassisted homebirth. *Sociological Inquiry* 79 (1): 51–74.
- MILTNER, L. a J. RITZO, S. HORWITZ. 2002. Physician gender and cesarean sections. *Journal of Clinical Epidemiology* 53: 1030–1035.
- MITCHELL, L. 2001. *Baby's first picture: Ultrasound and the politics of fetal subjects*. Toronto: University of Toronto Press.
- MORGAN, L a M. W. MICHAELS. (eds.). 1999. *Fetal Subjects, Feminist Positions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- PFEUFER KAHN, R. 1995. *Bearing meaning. The Language of birth*. Urbana a Chicago: University of Illinois Press.
- POLLOCK, D. 1999. *Telling Bodies, performing birth. Everyday narratives of childbirth*. New York: Columbia University Press.
- RAPP, R. 2000. *Testing women, testing the fetus. The social impact of Amniocentesis in America*. New York, London: Routledge.
- RIESSMANN, C.K. 1983. Women and medicalisation: a new perspective. *Social Policy* 14 (1): 3–18.
- ROZTOČIL, A. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada.
- SANDALL, J. 2004. „Reproduction,“ in *Key concepts in medical sociology*. Ed. J. Gabe, M. Bury a M. Elston. London: Sage. s. 140–145.
- SLEPIČKOVÁ, L. 2009. Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce. *Sociologický časopis* 45 (1): 177–203
- SLEPIČKOVÁ, L. 2011. Cizí geny, naše dítě? Rozhodování o rodičovství v procesu léčby neplodnosti. *Sociální studia* 8 (4): 125–144.
- SLEPIČKOVÁ, L. a E. ŠLESINGEROVÁ, I. ŠMÍDOVÁ. 2012. Biomoc a reprodukční medicína: konceptuální inspirace pro český kontext. *Sociologický časopis* 48 (1): 85–106.
- STARR, P. 1982. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- SZÉNÁSSY, E. 2010. Culturing the population bomb: On Slovak Fears of Roma Wombs. *Viennese Ethnomedicine Newsletter* 13 (1): 9–18.
- ŠMÍDOVÁ, I. 2008. Otcovství u porodu. Rekonstrukce genderových vztahů v rodině. *Sociální studia* 5 (1): 11–34.

- TAYLOR, J. 2008. *The Public Life of the Fetal Sonogram. Technology, consumption and the politics of reproduction*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- TAYLOR, J. S. 2003. Confronting "Culture" in Medicine's "culture of no culture". *Academic Medicine* 78 (6): 555–559.
- TINKOVÁ, D. 2010. *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo.
- TREICHLER, P. 1990. „Feminism, medicine, and the meaning of childbirth,“ in *Body/Politics: Women and the Discourses of Science*. Ed. M. Jacobus, E. Fox Keller a S. Shuttleworth. London: Routledge.
- TURNER, V. 2004. *Průběh rituálu*. Brno: Computer Press.
- WEIR, L. 2006. *Pregnancy, risk and biopolitics. On the threshold of the living subject*. New York, London: Routledge.
- WERTZ, D. a R. Wertz. 1989. *Lying-in. A History of Childbirth in America*. New Haven: Yale University Press.
- WILLIAMS, S. 2004. „Embodiment,“ in *Key concepts in medical sociology*. Ed. J. Gabe, M. Bury a M. Elston. London: Sage. s. 73–76.
- WITZ, A. 1992. *Professions and patriarchy*. London: Routledge
- Zdravotnická ročenka 1992.1993*. Praha: ÚZIS.
- Zdravotnická ročenka 2008. 2009*. Praha: ÚZIS.
- ZOLA, I.K. 1972. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review* 20 (4): 487–504.

