

Pokusme se začít analýzu od relevantního sociálního prostředí. Tím je nepo-
chybně rodina. Tradiční medicína si však všimá, sleduje, kontroluje a analyzuje
pouze situaci *ženy* jako individua ženského pohľavu. Při lékařské prohlídce je
zjištěna gravidita a od toho okamžiku se odvíjí „zdravotní péče“ o ženu. Je zvána
na pravidelné prohlídky, eviduje se její fyziologický stav a sleduje se vývoj a stav
plodu. Z našeho předkládaného hlediska by ale úspěšná analýza měla probíhat na
úrovni elementární sociální jednotky a tou je v našem případě rodina.

Úředně, de iure, začíná rodina úředním ceremoniałem sňatku. De facto začíná
rodina okamžikem, kdy spolu dva partneři vytvoří společnou domácnost. To vět-
šinou předpokládá samostatný byt a ekonomickou a sociální nezávislost na rodi-
čích. Stručně řečeno, rodina funguje od okamžiku, kdy začne vytvářet svůj samo-
statný způsob existence. Nejzávažnějším stupněm na cestě k tomu je dělba rolí v
rodině. Ta je určena jednak typem kultury daného sociálního systému, ve kterém
rodina žije, jednak individuálními znaky, kterými se od sebe jednotlivé rodiny
navzájem liší. Ve vývoji individuální rodiny je jedním z nejzávažnějších stupňů
početí, těhotenství a narození dítěte. Je v životě rodiny *vrcholnou* událostí. Po-
dobně ji vnímají oba partneři, širší rodina, příbuzní i sociální okolí, společnost a
její instituce. Je-li tomu tak, musí být narození dítěte pro všechny partneře priz-
matem, které rozkládá a opět skládá všechny okolnosti, které vytvořily celek.
Podle toho, jak se rodina, všichni její příslušníci, k tomuto kulmináčnímu bodu
vývoje rodiny chovají, jaké k němu zaujmají postoje, jak jednájí, podle toho také
měří navzájem sami sebe a podle toho jsou hodnoceni okolím. V tomto bodě také
reagují odpovídajícím způsobem sociální instituce a bezprostředně i zprostředko-
vaně dávají celé události adekvátní formální podobu. Podobně reaguje i systém
sociální a zdravotní péče. Vedoucí úlohu zde mají instituce zdravotnické, které
berou přípravu, organizaci a vedení porodu do svých rukou.

Začíná to okamžikem, kdy se žena s podezřením na graviditu dostaví k lékaři.
Od okamžiku, kdy je gravidita lékařským úředním stvrzením ověřena, stane se
žena objektem dispensarizace (soustavné zdravotní péče). Je evidována, stává se
položkou v seznamu, podle kterého je zvána na periodické lékařské prohlídky,
při nichž je kontrolován její fyzický stav. Současně je objektem určitého typu
zdravotní výchovy. Série rad se týká životosprávy, hygienických návyků, pouče-
ní, jak narozené dítě balit do plenek apod. Jen ve výjimečných a zpravidla v ex-
trémně negativních případech se instituce zabývají rodinou jako celkem, její
úrovni bydlení, vzděláním partnerů, ale zřídka již stojí k nastávajícímu dítěti,
vizí změny v rodinném životě, skutečnosti, zda se na dítě těší a vítají tuto událost,
nebo zda je dítě nežádoucí.

Při vlastním porodu se pozornost opět soustřeďuje na fyziologickou stránku
procesu, které se týkají výlučně ženy. Děj porodu je koncipován a organizován
jako gynecologická operace. Odehrává se zpravidla na operačním sále za přítom-
ností specialistů, pod reflektory koncentrovanými na operační pole. Rodička je
dezinfikována, slyší komentáře sester a lékařů v odborném jazyce, kterému nero-
zumí. Mnohdy se užívá medikace, někdy částečně narkózy, nastřihuje se a potom
zažívá perineum, vše ve sterilním prostředí operačního sálu, bez možnosti do

průběhu zasáhnout nebo dokonce vyslovit se pro alternativní řešení. Po narození dítěte je přestřížen pupečník a novorozenec je urychleně převáděn na oxyglování krve dýcháním. Donedávna byl matce zpravidla jen ukázán a odvezen na novorozenecké oddělení.

V tomto schématu je z mnoha důvodů pochopitelně přísně vyloučena přítomnost příbuzných i jakékoliv laické osoby. Na začátku první doby porodní je žena zpravidla odvezena do porodnice a zachází se s ní jako s pacientem. Je administrativně přijata, prohlédnuta, je jí přiděleno lůžko, nemocniční oděv a především končí její kontakt s manželem a rodinou.

Celý tento postup má výrazné obecné rysy.

1. Péče je soustředěna výlučně na ženu jako na fyzickou nositelku plodu. Žena i dítě jsou pro všechny závažné biologické objekty. Orientačními body jsou fyziologické procesy ženy a normální vývoj plodu.
2. Zdravotnická instituce při otěhotnění a porodu ze zorného pole úplně vypouští rodinu jako celek, zejména otce jako partnera rodičky a relevantní osobu.
3. Vlastní porod je veden jako operativní zákrok, a to se všemi důsledky, které z toho vyplývají.
4. Matka a dítě jsou po porodu od sebe odděleni a svěřeni do péče k tomu určených specialistů.

Shodně se na tom, že toto byly a většinou dosud jsou obecné rysy tradiční organizace porodu. Položme si nyní řečnickou otázku: Je možné dělat to jinak? Nebo přesněji, jsou realizovány pokusy zorganizovat celý průběh jiným způsobem?

Termín tradiční je poněkud nepřesný, je-li chápán jako od věků trvajících schéma. Taktó provozovaný porod je totiž vlastně masově praktikován až v období průmyslové revoluce, tedy asi od poloviny minulého století, kdy byla nemocnice koncipována zhruba podle obecného modelu průmyslového podniku. Již v první polovině tohoto století se však někteří lékaři, nejčastěji psychiatři, začali zamýšlet nad tím, jakou úlohu hraje porod v životě člověka. Začali tím, že zkoumali, jaký vliv má na zdraví budoucího dítěte, a dokonce již plodu, těhotenství a porod sám. Snaželi argumenty k později formulovanému tvrzení, že na příznivý průběh mateřství vůbec a těhotenství zvláště a dokonce na pozdější vztah matky k dítěti má vliv skutečnost, je-li matka na jeho průběh plně soustředěna a prožívá ho klidně, šťastně, bez úzkostí a obav. K celkovému pocitu spokojenosti a klidu přispívá, když matka ví, co se v jejím těle odehrává, jak vypadají jednotlivé fáze vývoje plodu a jak bude vypadat porod. Je banálně známo, že neznámé nás znepokojuje a produkuje stavy úzkosti. Postupně začala převládat představa, že žena není tvor, kterého lze plně popsat jen v biologických termínech, ale především sociální tvor, který je schopen vnímat, uvažovat, představovat si, a že je tedy schopna i aktivně a uvědoměle napomáhat jevům, které se jí bezprostředně týkají. Pak už byl jen krok k tomu, že byla zdůrazňována aktivní schopnost ženy podílet se na aktivitách porodu. Porod přestal být vnímán jako fatalní, neovlivnitelný

tejný akt utrpení. Prvním zformulovaným pokusem byly práce jihoafrického lékaře D. Reada, který prohlásil bolestný porod za kulturní mýtus, za důsledek strachu z porodu sdělovaný a předáváný generacemi matek svým dcerám. Později francouzský porodník F. Lamaze rozpracoval již přímo techniku mechanismů užívaných při porodu, které pomáhaly odpoutat pozornost od bolesti a umožňovaly využívat jiných podpůrných mechanismů (dýchání, relaxace).

Největší jeho zásluhou bylo upozornění na význam sociální opory, kterou může poskytovat jen rodina, v tak kritické životní situaci. Tím byla zahájena celá moderní etapa psychologických intervencí při porodu, kterou dovršil vstup otce na porodní sál.

Za první doloženou se považuje účast otce při porodu v malé porodnici v Texasu v roce 1945. Systematické pokusy jsou datovány lety 1949-1957 v Seatlu v USA. To, co se nám dnes možná jeví jako průkopnické, bylo tehdy hodnoceno (a po padesáti letech je tak mnohde u nás hodnoceno dodnes) jako příliš radikální a je často lékařskou i laickou veřejností odsuzováno.

Rozdělíme-li si situaci schematicky na prvky a osoby děje, pak nejvýraznější změny v celku tohoto názorového pohybu nastaly v případě obrazů plodu a průběhu porodu.

Stále více a intenzivněji se analyzovalo to, co lze nazvat elementární duševní život plodu. Schopnost prožívat a manifestovat prožitky na úrovni libé a nelibé existuje a lze je prokázat, podle dnešních zjištění, již v těle matky. Plod v poslední třetině prenatalního vývoje reaguje zřetelně přinejmenším na světlo, zvuk, tlak a polohu těla matky. Z toho oprávněně plyne závěr, že v tom případě je třeba mít tento prenatalní život plodu na mysli a respektovat ho jako lidskou bytost zejména při porodu.

V důsledku toho se do středu pozornosti stále více dostává porod sám.

U nás nejpopulárnějším lékařem, soustředujícím pozornost na porod, je francouzský porodník Frederic Leboyer¹. Ve své knize *Porod bez násilí* podrobně analyzuje tento vrcholný okamžik počátků lidského života.

Jednou z nejdůležitějších, donedávna ale často jednou z nejporušovanějších zásad taktó nově analyzovaného porodu, je zásada neoddělovat od sebe radikálně plod a matku.²

¹ Leboyer, F.: *Pour une naissance sans violence*. Paris, Seuil 1980.

² Některé schopnosti jsou dokonce geneticky naprogramovány – primáty mají vrozený úchopový reflex, který plní funkci udržení mláďete na srsti matky. Tím, že udrží kontakt s tělem matky, vnímá teplo jejího těla, z děložního pobytu známý a uklidňující zvuk srdce, pohyb těla. Spadne-li z nějakého důvodu na chladnou, nelybnou a tvrdou zem, je to pro něj signál ohrožení života. Potom i obraz řady tvoutich novorozenat v porodnici, na který pane zvyk z hloubu vítěznou fanfárou vstupu do života, za kterou by mohl být vydáván ale i valnou smrtelné ohrožených mláďat.

Ke kopernikánskému obratu dochází i ve vztahu k otci. Ten již nemusí obléhat hygienicky opevněnou porodnici, koncipovanou jako vězení, a dožadovat se pohledu na matku a dítě.

Otec byl v rámci měnicích se postojů vpuštěn na porodní sál. A dokonce nejen jako divák, ale jako laický asistent. Od této proměny se zpočátku očekávalo, že emocionální podpora, kterou matce otec při porodu poskytuje, přispěje k lepšímu průběhu porodu, zkrátí dobu porodu, sníží potřebu anestetických zákroků, přispěje ke zpevnění vztahů mezi manželi, k růstu otcova sebevědomí, k posílení jeho vztahu k dítěti a obecně ke kvalitě manželství vůbec. Samozřejmě, že byla formulována i řada očekávaných negativních vlivů. Podrobnější analýza porodu v přítomnosti otce je odbornější otázkou, která nepřislouží tomuto textu. Stručně je však možno konstatovat, že zejména nastaly prorokované negativní efekty, ale také se nerealizovaly naprosto všechny očekávané efekty pozitivní. I když účast otce při porodu je vždy pozitivní a cennou zkušeností pro vztah mezi partnery, zásadní vliv na kvalitu manželství má množina vlastností, které jsou dány již před tím.

Narazili jsme tu ale na zajímavý obecnější problém. Znamená náš požadavek účasti člověka v rozhodování o jeho těle snahu vměšovat se do oblasti, kam mu vstupovat nepřislouží? Nejde tu samozřejmě o situaci, kdy by nemocný lékař rávil, jak ho má operovat. To je pochopitelně plně v kompetenci a odpovědnosti lékaře, ale nemocný má vždy právo žádat ho o srozumitelnou informaci o různých možných způsobech řešení, o odhad rizik s nimi spojených a o možnost spolurozhodovat o tom, které riziko podstoupí a které ne. Trochu z jiného pohledu, ale zcela přesně je situace vystižena v románu A. Haileyho *Strong medicine*. Hrdinka knihy, paní Celie, je těhotná a před porodem zajde za svým porodníkem. Mezi ní a porodníkem se odehrává tento dialog: „Zajímala jsem se o přirozený porod a začala jsem cvičit cviky, které jsou s ním spojovány.“ Když se porodník shovívavě usmál, dodala: „chci se porodu aktivně účastnit a být si plně vědoma okamžiku porodu. To znamená, že nechci anestetika. A také nechci žádnou episiotomii (nástříh).“ Lékařův úsměv se změnil v zamračení. „Drahá paní Jordanová, tato rozhodnutí za Vás musí učinit Váš porodník v průběhu porodu.“ „Já s tím ale nesouhlasím,“ řekla Celie klidně, ale chladně. „Kdybych to připsala, dopadlo by to nejspíše tak, že bych byla zmanipulována ve chvíli, kdy nebudu plně při vědomí.“ Porodník oponuje: „Co když ale půjde o nehodu, o nutné rozhodnutí?“ „To je pak něco jiného...“ Po dalších námitkách se na ni doktor Keating podíval svrchu a řekl: „Zdá se, že znáte odpověď na všechno.“ „Vůbec ne,“ ujistila ho Celie, „ale je to prostě tím, že jde o mé tělo a o mé dítě.“

Seřadíme si ještě argumenty, které se v souvislosti s porodem objevují konkrétně a které v kontextu širší diskuse o medicíně pak při mnoha příležitostech znějí mnohonásobnou ozvěnou.

Důvody proti:

1. Otec nepatří na sál, protože by porušil sterilitní prostředí. Je to argument ne zcela korektní, neboť to není technický problém, zvláště je-li jak otec, tak lékař

na takovou situaci připraven. V celé řadě evropských zemí, kde je přítomnost příbuzných u porodu rutinní záležitostí, je možná i při porodu císařským řezem.

2. Pohled na porod může otce traumatizovat, může být odpuzující a poškodit jeho erotický vztah k ženě. V různých šetřeních byl tento argument sledován jako lichý a sloužil zřejmě spíše k odrazování otců od jejich úmyslu.

3. Ženu přítomnost manžela zneklidňuje, působí jí rozpaký a nepřináší v podstatě žádný užitek. Žena je klidnější, je-li sama. Tuto námitku je možno zvažovat. Některým ženám to skutečně může být nepřijemné. Je to však otázka vzájemné dohody partnerů, není to formulováno jako potřeba. Většinou se však ukazuje, že i ženy, které zpočátku projevovaly určité rozpaký, byly rády, že muž u nich zůstal, oceňují jeho oporu.

4. Patrně nejzávažnějším důvodem jsou námitky personálu. Vadí jim pohled cizí osoby, laika, skutečnost, že pocítí její kontrolu. Přítomnost laika může do porodu vnášet určitou nejistotu a nepřesnost. Vzhledem k tomu, že hlavními osobami jsou matka a otec a o jejich psychický stav jde, je tato námitka opět lichá. Pokud je porod dobře organizován, to jest připraven, účastníci jsou poučeni o svých rolích, je-li tím zkušený, dovede tento tlak úspěšně zvládnout a obrátit ho ve svůj prospěch.

Důvody pro:

1. Žena, zejména v prvních fázích normálně probíhajícího porodu, bývá ponechána sama sobě. Často se cítí v této době opuštěná, zapomenutá, ohrožená. Touto úzkostí trpí stejně reálně jako fyzickými bolestmi, ale instituce a její reprezentanti to často nevnímají. Přítomnost člověka, který k ní patří, kterému důvěřuje, jí poskytuje citovou oporu, což působí mimořádně blahodárně.

2. Nemocnice je pro člověka cizím prostředím. O nemocného se tam starají cizí osoby bez osobního vztahu k němu. Byť se chovají z profesionálního hlediska bezchybně, nikdy nemožno nahradit rodinného příslušníka. Kromě toho víme z mnoha zkušeností, že v takové kritické situaci může člověk snadno narazit naopak na nezájem, neochotu, nevlídné a netrpělivé jednání, na nedostatek empatie, na nesprávné hodnocení svých reakcí a v krajních případech i na hrubost a netečnost. Otec je tu, aby situaci kontroloval, aby byl prostředníkem v konfliktech a zabraňoval nepochopení, aby hájil zájmy rodičky. Většina matek při hodnocení udává, že už sama jeho přítomnost vytváří obrannou bariéru před podobným chováním.

3. Je-li situace dobře organizována, přestává být otec pozorovatelem a osobou kontrolující, stává se členem pracovního týmu pečujícího o úspěšný porod. To jest, lékařem a porodní sestrou má přidělen určitý podíl na potřebných aktivitách. Vede a kontroluje dýchání, relaxační cviky, masáže, pečuje o teplotu vody ve vaničce, poskytuje matce psychickou oporu, pečuje o její „výkon“ a všestranně po-
hodlí.

4. Dítětím prvkem je osoba otce sama. Význam má v tomto ohledu i jeho vlastní prožitek porodu. Je při tom a uvědomuje si, že porod je pro ženu nejen

bolestný, ale zároveň i všestranně hluboký zážitek. Je nejen při tom jako voajér, ale účastní se. Tento prožitek zažívají společně. Stávají se oba jeho účastníky, spojuje je to a obohacuje. Tato hypotéza je lákavá, ale neabsolutizujeme ji. Budeme si střízlivě vědomi toho, že vztah partnerů je širším a komplikovanějším celkem, utváří se před porodem i po něm a působí na něj mnoho vlivů. Tvoří ho celkový vzájemný vztah partnerů, kvalita jejich rodinného života, dělba rolí v rodině, jejich hodnotový systém, jejich postoje ke světu kolem. Ten, kdo nebude přítomen při porodu své ženy, se o mnoho připraví, zmešká něco, co oba ochudí, ale nespáchá neodčinitelný přečin.

Komentář

Pro účel našeho výkladu je třeba poznamenat, že příklad porodu nám umožnil na případě medicínsky relevantní situace ukázat zásadní proměny modelu zdravotní intervence v medicíně. Klasická somatizující medicína pojímá porod jako dramaticky bolestný a nebezpečný proces, který by člověk bez jejího specializovaného a institucionalizovaného zásahu mohl jen obtížně zvládnout. Povšimněte si, že z našeho hlediska zde proto v tomto výkladu naplno vstoupilo do hry kulturně sociální prostředí člověka. Narození dítěte se přestalo medikalizovat a přestalo se s ním zacházet jako s gynekologickou operací. Ukázali jsme, že v moderní medicíně matku, a později i otce, začínají lékaři vnímat od počátků gravidity jako možné přirozené pomocníky budoucího porodu a dítě jako bytost s prvky elementárního vědomí. Proto se otázky úspěšného narození neřeší již jen na operačním sále. Porod není jen jakýmsi zdravotním ohrožením, ale vrcholem v dynamice rodinného společenství. S tím souvisí celá série důsledků, somatickou medicínou klasifikovaných převážně jako biologických. Vyhneme-li se extrémům, pak z toho plyne poučení, že stejně jako při obecné analýze zdravotního stavu a jeho ohrožení i zde vystupuje rodina jako sociální a existenční celek, kterého se to vše v mnoha směrech týká, jehož účast je proto třeba brát v potaz jako činitele, na kterém záleží.

KLÍČOVÁ SLOVA

RODINA A POROD, OTEC A POROD, MEDIKALIZACE PORODU,
POROD JINAK A MEDICÍNA