

„TABUĽKOVÉ TEHOTENSTVO“ A RIZIKO: NARATÍVY ŽIEN O TEHOTENSTVE / ZUZANA PEŠŤANSKÁ

‘Pregnancy Exam Schedule’ and Risk: Narratives of Women about Pregnancy

Abstract: The paper aims to demonstrate how the techniques of disciplinary power in prenatal care affect pregnant women. I will illustrate my argument using the results of ethnographic research conducted at the Division of Risk Pregnancy at the Department of Obstetrics and Gynaecology in a hospital in Central Slovakia. The analysis of ethnographic material indicates that although pregnant women are objectified and disciplined in prenatal care, they consider and evaluate the practices of the medical staff. Prenatal care interferes with other social roles which pregnant women play in their life. I interpret the ethnographic material in terms of the concept of disciplinary power developed by Michel Foucault, and in the terms of the theory of moral emotions by Jonathan Haidt. I argue that risk assessment is a part of the techniques of disciplinary power, and that the explicit ascription of feelings of the uncertainty, fear, guilt, and shame to a certain kind of behaviour in pregnancy helps to identify norms that regulate biological reproduction.

Key words: disciplinary power, risk, emotion

Pešťanská, Zuzana. 2016. „Tabuľkové tehotenstvo“ a riziko: naratívy žien o tehotenstve.“ *Gender, rovné príležitosti, výzkum*, Vol. 17, No. 1: 53–62, DOI: <http://dx.doi.org/10.13060/12130028.2016.17.1.255>

Zdravotnícky systém na Slovensku zabezpečuje žene kontrolu jej stavu počas približne 40 týždňov tehotenstva. Okrem toho, že žena v tomto období prechádza zásadnými telesnými zmenami a vedie svoj bežný život, je povinná chodiť na pravidelné prehliadky do gynekologickej ambulancie. Starostlivosť o tehotné ženy „je koncentrovaná takmer výlučne v zdravotníckych zariadeniach a poskytovaná pod vedením lekárov a lekároch bez existencie alternatív“ (Debrecéniová 2015: 13) a je teda monopolizovaná biomedicínskym systémom. Podľa výskumov v týchto inštitúciách dominuje stereotypizácia a normalizácia činností (Good 1994: 70–71), ktoré sú dôsledkami nového typu moci: normalizujúcej moci (Foucault 2003).

V tomto príspevku si kladiem otázku, ako normalizujúca moc a lekárske technológie ovplyvňujú prežívanie tehotenstva ženami.¹ Mojim cieľom je prezentovať čiastočne výsledky etnografického výskumu, ktorý som realizovala v nemocnici na strednom Slovensku. Budem analyzovať výpovede tehotných žien o zdravotníckej starostlivosti a interpretovať ich pomocou koncepcie Michela Foucaulta. Zvláštnu pozornosť budem venovať vplyvu zdravotníckeho systému na prežívanie tehotenstva, najmä emocionálnym reakciám žien. Pri ich vysvetlení využívam teóriu morálnych emócií, ktorú vytvoril kultúrny psychológ Jonathan Haidt. Okrem toho, zameriam sa aj na sociálne roly tehotných žien.

Analyzované dáta predstavujú naratívy od 26 tehotných žien, ktoré boli v čase rozhovoru hospitalizované na rizikovej časti gynekologicko-pôrodnického oddelenia, ako aj zúčastnené pozorovania, ktoré som vykonala na tomto oddelení. Podľa Foucaulta moc je vzťahová, čiže existuje iba

vtedy, keď je uskutočnená v rámci mocenských vzťahov, a prejavuje sa ako pôsobenie na pôsobiaci subjekt (Foucault 1984: 219). Cieľom tohto príspevku je zaznamenať interpretácie normalizujúcej moci práve týmito subjektami, konkrétne tehotnými ženami, na ktoré moc pôsobí. Naratívy, ktoré som analyzovala, majú charakter príbehov „orientovaných na skúsenosť“. Slovom Mikhaela Bakhtina ide o „prvé žánre“ naratívov, ktoré nie sú dlhými životnými príbehmi a históriami (Bakhtin 1986: 98). Interpretatívny prístup v teórii naratívov definuje každodenné príbehy ako výroky, dočasne vytvorené pre danú situáciu v závislosti od komunikačných aktérov a aktérok a okolností rozhovoru. Naratívna metóda mi umožnila zaznamenať aktuálne postoje tehotných žien k technikám normalizujúcej moci počas obdobia, kedy boli bezprostredne subjektami tejto moci: tým, že boli tehotné, chodili na pravidelné poradne a zároveň boli hospitalizované na oddelení rizikovej tehotnosti.

Prvá časť príspevku je venovaná opisu výskumného prostredia a charakteristike respondentiek. V druhej časti prezentujem výsledky analýzy, ktoré sú zoradené do piatich tematických okruhov: inštitucionálne potvrdenie tehotenstva; lekárske vyšetrenia ako skúšky telesnej normálnosti; prejavy normalizujúcej moci v komunikácii lekár/lekárka – tehotná žena; hospitalizácia: keď riziko narastá; normalizujúca moc a emócie; postoje tehotných žien k lekárske vyšetreniam; dopady lekárske vyšetrení a hospitalizácie na rodinný a pracovný život.

Výskumné prostredie

Naratívy, ktoré tu budem prezentovať, boli získané počas etnografického výskumu v rámci realizácie dizertačného

projektu. Výskum prebiehal na oddelení rizikovej tehotnosti gynekologicko-pôrodnického oddelenia nemocnice na strednom Slovensku v období júl 2014 – jún 2015. Na oddelenie prijímajú ženy od 12. týždňa tehotenstva, ktoré spadajú do kategórie „rizikové“ podľa biomedicínskych kategórií.

Môj výskum sa mohol začať len po jeho schválení inštitúciou a mal isté časové limity: po dohode s hlavnou pôrodnou asistentkou som sa mohla pohybovať na oddelení dvakrát do týždňa od 14 hodín. Obmedzenie môjho pohybu vysvetlila tým, že v tom čase nie sú naplánované operácie a budú mať na mňa pôrodné asistentky viac času. Ďalšou podmienkou bolo, aby som počas návštev nosila biele zdravotnícke oblečenie a obuv. Prezliekala som sa na pôrodnej sále v miestnosti, ktorá je vyčlenená pre sprevádzajúce osoby k pôrodu.

Rozhovory so ženami hospitalizovanými na oddelení prebiehali na ich izbách. Snažila som sa uskutočniť rozhovory vtedy, keď žena bola sama na izbe, avšak nie vždy sa mi to podarilo (ak v čase mojej návštevy na oddelení mali plný stav na izbách). Ak boli na izbe umiestnené dve ženy, ponúkla som im dve možnosti, a to buď realizovať rozhovor v trojici, alebo s každou zvlášť.

Pri nadväzovaní kontaktu so ženami som postupovala nasledovne: zaklopala som na dvere izby, počkala som, kým dostanem odpoveď, až potom som otvorila dvere a vstúpila do miestnosti. Keď som už bola na izbe, ešte raz som sa spýtala, či smiem vyrušiť. Následne som sa predstavila a vysvetlila cieľ mojej návštevy a spýtala sa, či sa môžeme porozprávať. Väčšina žien zareagovala pozitívne a mnohé sa aj potešili, že sa nebudú nudiť: vnímali ma ako rozptýlenie počas nudného pobytu na oddelení. V štyroch prípadoch sa mi však stalo, že žena odmietla rozhovor.

Ak žena súhlasila s rozhovorom, spýtala som sa, či si smiem sadnúť, a začali sme sa neformálne rozprávať. Vysvetlila som jej priebeh rozhovoru a popísala etické zásady, ktorými sa riadim. Jednou z podmienok vedenia nemocnice bolo, aby som osobám, s ktorými sa budem rozprávať, dala vyplniť písomný súhlas, čo som dôsledne dodržiavala. Pre potreby výskumu som mala dve verzie písomného súhlasu: súhlas s nahrávaným etnografickým rozhovorom a súhlas s etnografickým rozhovorom. Vzhľadom na citlivú tému som v priebehu celého výskumu kládla dôraz na to, aby moje správanie voči ženám bolo rešpektujúce a transparentné. Dbala som o to, aby som sa neprejavovala mocensky, a to ani v rečovom prejave (napríklad používanie odborných pojmov či v postoji k žene, nepýtanie si súhlasu na vstup do izby). Svůj prístup k vedeniu rozhovorov som priebežne konzultovala aj s dvoma psychologičkami, pričom jedna z nich sa dlhodobo venuje tehotným ženám.

Metódou zberu dát bolo pološtruktúrované interview na témy týkajúce sa tehotenstiev a pôrodov. Pri interpretácii technik normalizujúcej moci využívam aj dáta, ktoré som získala počas zúčastneného pozorovania na oddelení. Tento typ dát je použitý v časti, kde sa venujem opisu hospitalizácie.

Analyzované dáta predstavujú rozhovory s 26 tehotnými ženami, ktoré už mali skúsenosť s pôrodom (ženy s jedným či viacerými deťmi). Voľba týchto informátoriek mala opodstatnenie vzhľadom k cieľom výskumu. Ako som už poznamenala, na Slovensku sa zdravotná starostlivosť tehotným ženám poskytuje iba v zdravotníckych zariadeniach pod vedením lekárov a lekároch². Ženy, ktoré mali za sebou jedno či viac tehotenstiev, reprezentovali skúsenosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré mohli byť odlišné a ktoré v rámci svojich príbehov porovnávali. Vychádzala som aj z výroku, s ktorým som sa stretla u všetkých žien, s ktorými som sa rozprávala: „každé tehotenstvo je iné“.

Odišnosti medzi ženami spočívajú v socioekonomickej charakteristike, zdravotných a životných okolnostiach. Priemerný vek žien bol 33 rokov – najmladšia žena mala 21 rokov a najstaršia 48 rokov. Z pohľadu vzdelania 18 žien malo najvyššie dosiahnuté vzdelanie stredoškolské a osem žien vysokoškolské druhého stupňa. Najpočetnejšiu skupinu tvorili ženy, ktoré majú jedno dieťa (21 žien); štvrté dieťa očakávali tri ženy a dve ženy mali mať svoje tretie dieťa. Skúsenosť so samovoľným potratom malo päť žien a dve ženy otehotneli po asistovanej reprodukcií – z toho jedna žena mala obe tehotenstvá po umelom oplodnení. Najnižšie štádium bolo štádium tehotenstva ženy v piatom týždni³ a najvyššie štádium tehotenstva ženy bolo v 38. týždni. Dôvody hospitalizácie ženy uvádzali s použitím biomedicínskych kategórií rizikového tehotenstva: vysoký krvný tlak, bielkoviny v moči, zmenšujúci (alebo aj znižujúci) sa krčok maternice, pošvové krvácanie, tvrdenie bruška, „poslíchovia“ (predčasne kontrakcie, ktoré ale nesignalizujú pôrod).

Pri analýze som postupovala formou doménovej, taxonomickej a komponentnej analýzy (Spradley 1979, 1980). Použité mená v texte sú vymyslené, aby som zachovala anonymitu žien a zdravotníckeho personálu.

Techniky normalizujúcej moci v priebehu tehotenstva: norma, hierarchický dozor, skúška a riziko

Na tehotenstvo sa vzťahuje množstvo noriem, ktoré určujú, čo sa od žien očakáva. V tomto príspevku sa budem venovať pohľadu biomedicíny, konkrétne tomu, čo sa od žien očakáva v nemocničnom prostredí. Podľa Foucaulta poskytovanie zdravotnej starostlivosti súvisí s normalizáciou poznatkov a činností, ktorá nesie znaky mocenského pôsobenia tým, že oddeľuje normálne od nenormálneho, štandardné od neštandardného, prípustné od neprípustného. Normálne sa (v poskytovaní zdravotnej starostlivosti) ustanovilo ako princíp donucovania (Foucault 1999: 261).

Výskumy tehotenstva v euroamerickom prostredí (napr. Guinsburg, Rapp 1991; Jordan 1993; Davis-Floyd 2004), kde biomedicína je dominantným medicínskym systémom, tvrdia, že k tehotenstvu sa pristupuje ako k patologickému stavu ženského tela, ktorý si vyžaduje špeciálnu pozornosť. Pôrod má byť vykonaný pod odborným dohľadom školeného zdravotníckeho personálu. Pre biomedicí-

nu je typické aj narastanie lekárskeho intervencií a technologických zásahov do tela. Viaceré štúdie pritom naznačujú, že biomedicínske technológie majú výrazný vplyv na prežívanie tehotenstva (Johanson et al. 2002; Donovan 2006; Hasmanová-Marhánková 2008).

Ďalšie výskumy (napr. Rapp 2000; Hasmanová-Marhánková 2008; Taylor 2008; Ettorre, Kingdon 2010) odhaľujú, že tehotné ženy sú vystavené rôznym disciplinárnym praktikám, ktoré konštruujú a normalizujú ich správanie a prežívanie v súlade s biomedicínskymi poznatkami. Foucault tvrdí, že „úspech moci, ktorá disciplinuje cez to, že normalizuje, sa odvíja nepochybne od použitia jednoduchých nástrojov: hierarchického dohľadu, normalizujúcej sankcie a ich kombinácie v skúške“ (Foucault 1999: 245). Tie sú efektívnym nástrojom socializácie aj vzhľadom na to, že „ľudia sa učia správať podľa noriem a nadobúdajú predstavy o vlastnej identite a rodových rolách nie prostredníctvom ideológie, skôr cez zdánlivo triviálne rutinné praktiky, ktoré sa stávajú automatickým správaním“ (Bužeková 2015: 217–218).

V nasledujúcej časti textu budem venovať pozornosť výpovediam žien o poskytovaní zdravotnej starostlivosti počínajúc prvou prehliadkou, kedy im bolo tehotenstvo potvrdené, cez jednotlivé vyšetrenia, ktorými prešli, až po hospitalizáciu na rizikovom oddelení. Budem sa snažiť interpretovať ich výroky v zmysle koncepcie Foucaulta.

Inštitucionálne potvrdenie tehotenstva

Vo všetkých naratívoch sa vyskytovali odkazy na biomedicínske praktiky, ktoré zaradili ženu do kategórie „tehotná“ v rámci zdravotníckej kontroly: ultrazvukové vyšetrenie a následne byrokratické potvrdenie v podobe materskej knižky. Napriek tomu, že sa ženy označili ako tehotné na základe tehotenského testu či zmien v prežívaní telesnosti, na potvrdenie tohto stavu potrebovali legitimizáciu lekáskymi technológiami. Ako hovorí Jana (34), „*chcela som to mať isté, potvrdené monitorom*“. V niekoľkých prípadoch bola táto legitimizácia vyžadovaná aj partnerom, ktorý argumentoval potrebou odborného potvrdenia: „*Ukázala som mu test, ale on mi neveril. Povedal mi, neverím, pokiaľ to nevidím čierne na bielom*“ (Magdaléna, 28).

Viaceré ženy spomínali „*plánovanie tehotenstva*“. Týmto výrazom označovali vedomú činnosť, ktorej výsledkom malo byť tehotenstvo. Ako argumentovali, „*nastal čas na dieťa*“. Tento čas nastal buď uzavretím manželstva, alebo zabezpečením spoločného bývania s partnerom. Avšak žena pritom mala mať ekonomickú istotu – dlhodobú prácu (aby jej mohla byť vyplácaná materská). Niektoré ženy sa vyjadrili, že cítili potrebu byť matkou (najmä ak mnoho ich kamarátok a príbuzných v blízkom okolí matkami už boli). Tie ženy, ktoré tehotenstvo plánovali, opisovali zvýšené pozorovanie svojho tela (hlavne zmeny v menštruačnom cykle, citlivosť v prsníkoch, problémy spojené s tráviacim traktom, telesnú únavu). Po každom pohlavnom styku (ktorý sa snažili mať v čase ovulácie) s odstupom istého času či za-

znamenanej telesnej zmene, ktorú označili ako „*podozrenie*“, si urobili tehotenský test. Keď test vyšiel pozitívny, objednali sa na gynekologickú prehliadku približne v 5. či 6. týždni. Tento čas si vypočítali buď podľa poslednej menštruácie, alebo podľa posledného pohlavného styku, ktorý bol podľa nich obdobím, kedy otehotneli. Ženy argumentovali tým, že je zbytočne chodiť na gynekologickú prehliadku skôr, lebo „*nebude ešte nič vidieť*“ (narážali na ultrazvukové vyšetrenie). Práve to, že mohli pozorovať pulzujúce srdce na monitore, bolo pre ne dôležitým potvrdením, že ich dieťa je živé.

Ja som počkala pár dní, lebo mi kamarátka vravela, že je zbytočne chodiť skôr, srdiečko sa na monitore ukáže, ako bije až v tom 6. týždni. Tak som čakala, nech to mám isté a nemusím zbytočne čakať u lekára. (Júlia, 25 rokov)

Ďalším dôvodom na čakanie potvrdenia tehotenstva v gynekologickej ambulancii bolo vystavenie tehotenskej knižky: pre inštitucionálne uznanie tehotenstva je potrebné ultrazvukové vyšetrenie a zotrvanie v stave tehotenstva viac ako 10 či 12 týždňov. Toto vyšetrenie malo dokázať, že je „*plod aktívny*“ a tehotenstvo je teda úspešné, ako mi bolo neraz povedané zdravotníckym personálom v priebehu môjho výskumu. Až potom bola žena definitívne označená ako tehotná a na potvrdenie tohto stavu jej bola vydaná tehotenská knižka. Krvné testy na potvrdenie hormonálnej zmeny sa síce vykonávali, ale pozorovanie vitálnej funkcie – frekvencie srdečného tepu plodu – bolo vo vyjadreniach žien podstatným faktorom.

Už na začiatku tehotenstva teda môžeme pozorovať techniky normalizujúcej moci: skúšku (potvrdenie tehotenstva), odborný dohľad (lekárom či lekárkou) a byrokratizáciu (materská knižka). Podrobnejšie sa im budem venovať v nasledujúcej časti.

Lekárske vyšetrenia ako skúšky telesnej normálnosti

Keď ženám bolo potvrdené tehotenstvo medicínskymi technológiami, nasledovali pravidelné návštevy v gynekologickej ambulancii. Rozhodnutím lekárov alebo lekároch boli hospitalizované na rizikovom oddelení. Vyšetrenia, ktoré vykonával zdravotnícky personál v priebehu pravidelných poradí a hospitalizácie, boli mikroskúškami normálnosti ženských tiel: ako hovorí Foucault, „*skúška kombinuje techniky hierarchie, ktoré dohliadajú, a techniky trestu, ktoré normalizujú. Je to normalizujúci dohľad či dozor, ktorý vytvára nad individuami viditeľnosť, kde sa dá diferencovať a sankcionovať*“ (Foucault 1999: 262). Na to, aby skúška mohla prebehnúť, musia byť vytvorené normy, voči ktorým sa výsledky skúšania budú porovnávať, aby sa mohli zistiť odchýlky či podobnosti. Norma sa pritom odvoláva na výsledky vedecko-technických disciplín, na teórie štatistik a merania (Foucault 2004: 86–91).

Výsledky vyšetrení počas poradí a hospitalizácie sa porovnávali so štandardizovanými biomedicínskymi normami. Ženám boli tieto výsledky sprostredkované lekárom či

lekárkou, a to výrok, že je všetko v poriadku či v norme. To je aj dôvod, prečo sa v niektorých naratívach vyskytlo pomenovanie „(mať) tabuľkové tehotenstvo“. Ak sa od noriem odchyľovali, lekár či lekárka povedali viac: aké výsledky mali a aké výsledky sú normálne pre danú fázu tehotenstva; čo majú urobiť, aby sa dostali do normy (úprava stravy, pohybu či naordinovanie výživových doplnkov alebo liekov).

Ak sa výsledky vyšetrení odchyľili od štandardizovaných noriem, boli ženy označené ako „rizikové“. Samotné ženy taktiež používali tento výraz. Odchýlka od normy spôsobila zvýšenú kontrolu v podobe rastúceho počtu vyšetrení, poskytovaní rád od lekárov a lekároch, podávania medikamentov či hospitalizácie. Tehotné ženy, u ktorých sa vyskytli odchýlky od normy, nachádzali sa teda pod zvýšenou sociálnou kontrolou, aby bol priebeh a výsledok tehotenstva v súlade s biomedicínskymi štandardmi a spoločenskými očakávaniami (mentálne a fyzický zdravý potomok).

Pri prvom to bolo tak, že som šla na poradňu a tam spravili, čo mali, doktorka bola ku mne milá a vždy mi všetko povedala, čo sa deje s dieťaťom, ale že by mi dávala rady, čo a ako mám robiť, tak to nie. Pri druhom, teraz to je iné, keďže mám tie problémy s tlakom, tak mi hovorí, čomu sa mám vyhýbať, a také tie rady. Ale predtým, keď bolo všetko bezproblémové, mi nič nehovorila. (Magda, 33 rokov)

V naratívach ženy označovali svoje tehotenstvá za normálne či bezproblémové, ak im počas poradní nebola oznámená odchýlka od štandardizovaných noriem. Zároveň aj úkony, ktoré zdravotnícky personál realizoval, označovali ženy zhodne ako klasické, normálne či rutinné. Za týmto označením sa skrývajú testy normálnosti tehotnej ženy, ktoré sú iba biologického charakteru: vyšetrenie moču, meranie tlaku, meranie váhy, vaginálne vyšetrenie, testy na prítomnosť tehotenskej cukrovky či ultrazvukové vyšetrenie, okrem iných. Podľa viacerých výskumov (napr. Davis-Floyd 1990; Martin 2001) biomedicínske prostredie sprostredkúva ženám normy telesného stavu počas tehotenstva v súlade s materialistickým a mechanickým chápaním tela. Táto dominujúca materialistická koncepcia tehotenstva sa prejavila aj v tom, že v prípade vzniku telesného problému či ochorenia bol potrebný dôkaz diagnostických postupov (Good 1994: 66), lebo len tak slovami Foucaulta mohla byť pravda odhalená na základe analytického racionálneho postupu výlučnosti (Foucault 2004: 87).

Ďalej tieto testy normálnosti boli realizované vzhľadom na týždeň tehotenstva a pre každú časovú jednotku bola určená iná norma, ktorú treba naplniť. Tento aspekt interpretujem ako jeden z prejavov biologického redukcionizmu, ako výsledok medikalizácie tehotenstva spojený s disciplinárnou technikou normalizujúcej moci, a to mikropenaliťou času. Podľa Foucaulta normalizujúca moc pôsobí tak, že vykonáva kontrolu nad čo možno najmenšími jednotkami sociálneho života, a to vďaka nasledujúcim postupom:

oddeľuje, analyzuje, diferencuje, rozkladá a individualizuje aj v kontexte času (Foucault 2003, 2004, 2009). V prípade „nenormálnych“ výsledkov sa vývoj tehotenstva konkrétnej ženy oneskoril vzhľadom na očakávaný vývoj podľa štandardizovaných noriem v priebehu tehotenstva. Týmto sa dosahuje účinnejšia kontrola jednotlivých žien, pretože sú pravidelne kontrolované na základe telesných prejavov v určitom čase.

Skúšky normálnosti ženského tela počas tehotenstva podliehali aj administratívne: fyziologické popisy tehotného tela boli zdravotníckym personálom zapisované do materskej knižky a ostatnej zdravotnej dokumentácie. V naratívach bol priebeh poradní prerozprávaný aj podľa administratívnych činností prítomného zdravotníckeho personálu. Keď ženy popisovali priebeh poradní či vyšetrení, objavovali sa činnosti, napríklad ako lekár či lekárka zapisovali, čo videli, či ako diktovali výsledky meraní a vyšetrení sestričky. Administratívu Foucault charakterizuje ako „formalizáciu jednotlivca v rámci vzťahov moci. Skúška obklopená všetkými dokumentačnými technikami robí z každého jednotlivca „prípady“: prípad, ktorý tvorí zároveň objekt poznania a cieľ pôsobenia moci“ (Foucault 1999: 269).

Biomedicínske normy sú štandardizované, vykonáva nad nimi dohľad zdravotnícky personál a podliehajú administratívne, ale to nie je ich jedinou charakteristikou: vyznačujú sa aj zmenou v priebehu času a flexibilitou interpretácie vzhľadom na osobu, ktorá interpretáciu výsledkov vyšetrení vykonáva. Foucault tvrdí, že norma je aktuálne pravidlo a podlieha časovej zmene (Foucault 2004: 75). Margita, ktorá bola tehotná po piatich rokoch od prvého pôrodu, tvrdí:

Ja som internistka, teda mám problémy s tlakom a pri prvom tehotenstve som mala diétu, že nemám jesť nič slané, teda veľa soli, obmedzovať všetko slané. A teraz, keď som tehotná, to už neplatí. Čo platilo, už neplatí. (Margita, 37 rokov)

Podobné výroky, ktoré odkazovali na zmenu normy, som zaznamenala vo viacerých naratívach. Okrem toho, zmena štandardov či flexibilita interpretácie bola ženami reflektovaná aj v prípade zmeny lekára či lekárky v priebehu tehotenstva. V tomto prípade išlo o odlišné dosiahnuté výsledky meraní či testov, alebo ich interpretácie a porovnanie s tabuľkami, pričom táto interpretácia má vplyv na označenie tehotenstva ako rizikového. To by pre ženu znamenalo zvýšenie sociálnej kontroly (vyšetrenia, prípadná hospitalizácia či nastavenie liečby). Tieto aspekty poskytovania zdravotnej starostlivosti u mnohých žien vyvolávali pocity neistoty.

Biomedicínske testy, odbery a meranie dieťaťa počas poradní a hospitalizácie pôsobili ako pravidelné testy toho, či bolo telo ženy a dieťaťa dostatočné, resp. v súlade s normou. Ako tvrdí Foucault, ide o prostriedky disciplinácie a normalizácie, ktoré kombinujú hierarchiu (vo vzťahu lekár/lekárka a žena) a poznanie (biomedicínska štandardizácia priebehu tehotenstva) (Foucault 1999: 315). Hierarchický vzťah

sa v naratívoch prejavil aj v spôsobe, akým lekár či lekárka komunikovali s tehotnými ženami počas vyšetrení.

Prejavy normalizujúcej moci v komunikácii lekár/lekárka – tehotná žena

Ženy reflektovali aj štýl komunikácie lekára a lekárky počas pravidelných poradníc či hospitalizácie, ak v niečom nespĺňali normy (napr. nárast hmotnosti, nezodpovedajúci tabuľkám). Použili pojmy „vyhrešil/a ma“, „vynadal/a mi“ na opis toho, ako im boli sprostredkované výsledky meraní. Tento aspekt interpretujem ako prejav paternalizmu vo vzťahu tehotná žena – zdravotnícky personál. Vtedy sa ženy dostávajú nielen do pasívnej polohy, ale zároveň do pozície, kedy im niekto radí, hreší ich. Aj tento prejav mocenského vzťahu v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti bol ženami osvojený: mali poznanie, že lekár či lekárka takto komunikujú, a vedeli, že ak nebudú spĺňať v niečom normu, tak ich čaká „vyhrešenie“.

Ďalším z prejavov biologického redukcionizmu a hierarchického pohľadu v poskytovaní zdravotnej starostlivosti bolo nerešpektovanie intimity tehotných žien a neposkytovanie dostatočného množstva informácií, aké ženy potrebujú, aby boli spokojné (a tým by sa znížila aj miera ich neistoty). Mnohé štúdie potvrdzujú, že medikalizácii chýba proces rozlíšenia biologického tela a tela sociálneho (Lock, Schepers Hughes 1987; Davis-Floyd 1990; Martin 2001). Iné výskumy, najmä feministické, ukazujú, že biomedicínske prostredie vytvára reprezentáciu ženského tela, ktoré je slabé, nedokonale a nedôveryhodné (Davis-Floyd 1994; Martin 2001; Young 2005).

Ženy boli v priebehu poradníc či vyšetrení v pozícii pasívnych a objektmi kontroly. Neboli zapájané priamo do procesu vyšetrenia a diagnostikovania. Vyšetrenia lekári a lekárky vykonávali automaticky bez toho, že by sa spýtali, či môžu, alebo bez toho, aby sa utvrdili v tom, že žena je na to pripravená.

Uvoľnite sa, uvoľnite sa, ale ako sa môžete uvoľniť, keď nevíete, čo ide robiť, a k tomu nevidíte tie železné nástroje a potom ich len cítite, no a viete, ale vy čo sa vás to týka, tak nič nevíete, ale ona, čo tehotná nie je, tak ona to vie. Berie to ako povinnosť, automaticky všetko vykonáva, ale tej žene nič nepovie, akoby to ona nemusela vedieť. (Eva, 30 rokov)

Ide o pravidelné skúšky telesnej normálnosti a počas nich sa stiera intimita a prejavuje sa hierarchický pohľad neboli jediná technika normalizujúcej moci v analyzovaných naratívoch. V nasledujúcej časti textu sa budem podrobnejšie venovať priebehu hospitalizácie.

Hospitalizácia: keď riziko narastá

V hospitalizácii sa prejavila znásobená sociálna kontrola cez zvýšenú úroveň objektivizácie ženských tel: oblečenie (mali oblečenú pyžamu či tehotenskú košieľku, mnohé aj bez spodnej bielizne), obmedzovanie pohybu (uvoľnenie po-

čas návštev, hlásenie službukonajúcej pôrodnej asistentke) a odborný dohľad, ktorý prebieha počas 24 hodín denne.

Výpovede žien o dôvodoch ich hospitalizácie možno rozdeliť do troch skupín. Do prvej skupiny patrili ženy, ktoré boli biomedicínskymi štandardmi označené ako tie, ktoré mali závažné patológie, akými sú dlhodobý zvýšený tlak, tehotenská cukrovka, pošvové krvácanie, ktoré ženy označovali aj ako „špinenie“. Ide o stavy počas tehotenstva, ktoré z pohľadu biomedicíny ohrozujú zdravie ženy a aj dieťaťa vo zvýšenej miere. Tieto ženy boli buď už dlhobojšie, viac ako povinných 72 hodín, hospitalizované, alebo boli hospitalizované častejšie v priebehu tehotenstva.

Druhá skupina žien bola hospitalizovaná podľa výpovedí „pre istotu“, čo znamená, že ich lekár či lekárka im navrhli, aby šli na „pozorovanie do nemocnice“, lebo si nie sú istí výsledkami. Vyskytli sa aj prípady, keď ženám nebol vysvetlený presný dôvod a lekár či lekárka im iba oznámili, že pôjdu na pozorovanie do nemocnice, majú si ísť domov po veci a hlásiť sa na rizikovom oddelení. Hoci ženy urobili to, čo im lekár či lekárka povedali, bola to podľa ich vyjadrení stresujúca situácia. Tento typ výpovedí ilustruje, akú moc má odborný dohľad, kedy ženám nie je poskytnuté vysvetlenie ani alternatíva, ale už sa vykonáva rozhodnutie lekára či lekárky.

Ako tretí dôvod hospitalizácie ženy uvádzali, keď samé prišli na pohotovosť s tým, že pociťujú zdravotný problém (nevoľnosť, krvácanie, hnačky).

Hospitalizácia implikuje ďalšiu techniku disciplinujúcej moci – dozor. Počas svojej prítomnosti na oddelení som mala možnosť pozorovať, akým spôsobom sa realizuje. Ktokoľvek zo zdravotníckeho personálu môže kedykoľvek vojsť do izby bez toho, aby zaklopali či sa predstavili (ak sa s nimi predtým ženy nestretli), bez vyžiadania si súhlasu so vstupom či s vykonaním úkonu, pre ktorý prišli. Sestra jednoducho povie: „idem vám odmerať tlak“, „idem vám zobrať krv“, alebo „priniesla som vám magnézium“. Správy pre pacientky sú krátke a obsahujú inštrukcie, napríklad: „výsledky boli v poriadku, zajtra môžete ísť domov“ alebo „choďte na hematológiu za pani doktorkou Lorencovou“.

Podobným spôsobom prebiehajú aj vizity, kedy do izby vojde viacero ľudí, ktorí sa žene ani nepredstavia. V priebehu dňa ženy absolvovali dve vizity, ktoré boli spojené so zmenou služieb pôrodných asistentiek: jednu ráno o 8:00 a druhú večer o 18:00. Ako mi povedali pôrodné asistentky, denné vizity slúžia na to, aby sa službukonajúci lekár, lekárka a pôrodná asistentka zoznámili s diagnózami, čo majú na oddelení počas toho, ako budú slúžiť, stanovili liečbu počas ich služby (tzv. ordinácie) a zapísali to do zdravotnej dokumentácie. Počas týždňa bola každý štvrtok okolo 11:00 tzv. veľká či konziliárna vizita, kedy všetkými oddeleniami prechádzal primár so službukonajúcimi lekárkami a lekármi, s vrchnou pôrodnou asistentkou, prípadne sa vyskytli aj medicíci či medicčky, ktorí vykonávali prax na oddelení, a v rámci jednotlivých častí oddelenia sa pridala aj službukonajúca pôrodná asistentka. Všetky ženy zhodne reflekto-

vali vizity ako nutnú a nepríjemnú časť dňa, ktorej v naratívoch nevenovali skoro žiadnu pozornosť.

Podobný postup spája objektivizáciu, biologický redukcionizmus (ženy sú objektmi biomedicínskeho dokazovania telesného problému a úlohou zdravotného personálu je vyriešiť to), administratívu a hierarchický dozor.

Normalizujúca moc a emócie

Každé vyšetrenie či každý odber vyvolávali u žien neistotu, ako výsledky dopadnú a či budú v súlade s normou. Testy odhaľujúce odchýlky od normy vyvolávajú pocity ohrozenia a strach, pretože implikujú možné zlyhanie či možnú defektnosť tela. Techniky normalizujúcej moci teda vytvárajú priestor pre vnímanie rizika, čím podporujú biomedicínsku reprezentáciu ženského tela (DeVries 1993: 135–136). Pôsobenie normalizujúcej moci vyvoláva pocit neistoty a strach zo vzniku zdravotného problému; preto je účinným nástrojom normalizácie a disciplinácie.

Ženy sa vyjadrovali, že každé tehotenstvo je iné a nepredvídateľné. Aj napriek tomu, že všetko prebieha v poriadku, môže zrazu nastať problém. Podobná reprezentácia tehotenstva, ako nepredvídateľného a neistého procesu bola prítomná aj vo vyjadreniach zdravotníckeho personálu. Odkazy na strach boli v naratívoch prítomné vo všetkých opisoch návštev poradní a hospitalizácie. Emócia strachu bola najmä reakciou na neistú situáciu (či bude dieťa živé alebo zdravé), ktorú vytvoril spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti prostredníctvom časovej a telovej mikropenalizácie a flexibility noriem.

Počas tehotenstva je tých vyšetrení mnoho. Je to také zaťažujúce, pravidelné tie poradne a čakáte, čo Vám povedia. (Mária, 32 rokov)

Ten fakt, že do 10. či 12. týždňa žena nie je vnímaná zdravotníckym systémom ako tehotná, mi ženy odôvodňovali tým, že v začiatkoch tehotenstva je vysoká pravdepodobnosť samovoľného potratu. Tomuto typu rizika venovali vo svojich príbehoch väčší priestor tie ženy, ktoré už mali skúsenosť so samovoľným potratom. Niektoré boli po umelom oplodnení, iné vo vyššom veku (najmä nad 35 rokov). O tomto období hovorili ženy ako o období plnom strachu a neistoty. Keď prekročili 12. týždeň, popisovali to ako úspech a pociťovali pritom radosť.

V súvislosti s pozitívnymi výsledkami (tie, ktoré sú v súlade s biomedicínskymi štandardami), ženy hovorili o pociťovaní radosti a spokojnosti – mohli sa tešiť zo zdravého dieťaťa. Pocity radosti im poradne sprostredkovali aj cez ultrazvukové vyšetrenia, na ktoré sa ženy tešili, lebo mohli vidieť svoje dieťa, ako sa hýbe, ako mu bije srdce. Týmto sa potvrdzovala normálnosť ženských tiel, ktoré majú v sebe životaschopné dieťa. U dvoch žien po umelom oplodnení som zaznamenala, ako kritizovali svoje gynekologičky, lebo im neurobili ultrazvukové vyšetrenie, na ktoré sa tešili, a nemohli tak vidieť na monitore tlkot srdca dieťaťa.

Podobné postoje sa objavili aj v naratívoch žien, ktoré zažili spontánny potrat. Vo väčšine prípadov sa ženy v naratívoch vyjadřili, že ultrazvukové vyšetrenie je to jediné, prečo sa oplatí ísť do poradne, pretože im to spôsobovalo radosť.

Ďalej bolo riziko v priebehu tehotenstva prítomné vo vyjadreniach žien cez emóciu strachu či pociťovanie neistoty do toho času, kým nebol plod úplne vyvinutý. V tomto prípade ženy hovorili o možnosti samovoľného potratu, úmrtia dieťaťa či predčasného pôrodu. Ženy tak boli v celom priebehu tehotenstva konfrontované s istou mierou rizika, že dieťa môže umrieť alebo sa môže narodiť s istými telesnými a mentálnymi vadami.

Nasledujúci ilustratívny výrok opisuje, ako sa prelínajú jednotlivé úrovne normalizujúcej moci: ženské telo s narastajúcim vekom je vnímané biomedicínskymi štandardmi ako rizikové; vyšetrenia vplývajú na prežívanie tehotenstva (či sa ženy budú tešiť alebo budú žiť v strachu), na prežívanie vplýva aj časový aspekt, resp. čakanie na výsledky vyšetrení; zážitok z predchádzajúcich pôrodov ovplyvňuje prežívanie nasledujúcich tehotenstiev; lekár, lekárka, príbuzenské okolie a priatelia predstavujú pre ženu dôležité podporné sociálne vzťahy, ktoré môžu prispieť k zníženiu prežívaného rizika a strachu:

No pri tom druhom tehotenstve s tým, že som mala problémy pri pôrode, tak pri tomto druhom tehotenstve som mala na začiatku väčšie obavy. Aj s tým, že ehm, po 35tke som mala a teda som mohla genetické testy aj odmietnuť, ale radšej som ich absolvovala. A bola som aj na amniocentéze, čiže už aj s tým sa spájalo určité riziko, určitý ten strach, potom čakať na tie výsledky. Čiže už aj pri tom prvom to bolo viac menej bezproblémové, tie obavy tam neboli, tak skoro vôbec, bola som mladá a zdravá. Teraz predsa len ten vek a po tom prvom pôrode nejaké tie obavy boli. Keďže sa všetci uistili, že je všetko v poriadku, tak sa teším. (Linda, 39 rokov)

V analyzovaných naratívoch ženy popisovali najmä význam podpory ich partnera, gynekológa či gynekologičky alebo matky pre ich pokojné a radostné prežívanie tehotenstva (pri pár prípadoch sa vyskytla blízka priateľka a sestra).

Strach vyvolaný nebezpečenstvom patrí k základným ľudským emóciám. Avšak ľudia čelia rôznym druhom nebezpečenstva – nielen udalostiam, ktoré ohrozujú život a zdravie (telo), ale aj hrozbám narušenia sociálneho a morálneho poriadku. Môj materiál naznačuje, že rizikové tehotenstvo, chápané v biomedicíne primárne ako stav ohrozenia tela, súvisí aj s rizikom iného druhu – správaním, ktoré sa posudzuje ako nedodržanie noriem, a teda ohrozenie poriadku. Domnievam sa, že strach, ktorý spomínali moje respondentky, odkazuje na možnosť zlyhania tehotnej ženy, ktorá nenaplní normu a môže tým uškodiť svojmu dieťaťu. V prípade hospitalizácie ženy hovorili o vlastnom zlyhaní, že boli nezodpovedné či sebecké. Keď už odklon od normy nastal, ženy okrem strachu z budúceho vývoja pociťovali aj vinu. V dvoch prípadoch ženy spomínali hanbu, ktorá

bola dôsledkom tehotenstva vo vysokom veku. Práve faktor vysokého veku (nad 30/35 rokov) je jedným z najstarších konceptov tehotenského rizika v rámci biomedicíny (Hallgrimsdottir, Benner 2014).

Emócie plnia dôležitú úlohu pri výskume toho, ako ľudia koncipujú svoje telá, a tým napomáhajú interpretovať internalizované normy, ktoré sú významné pre spoločenský poriadok (Lock, Scheper-Hughes 1987). Výskumy v rôznych kultúrach ukazujú, že skúmanie explicitných vyjadrení emócií je užitočné pri interpretácii spoločenských noriem (Haidt 2007). Kultúrny psychológ Jonathan Haidt v tejto súvislosti hovorí o tzv. morálnych emóciách, ktoré sa vyznačujú tým, že sú spojené so záujmami/blahobytom spoločnosti ako celku alebo aspoň iných ľudí. Haidt vyčleňuje štyri skupiny morálnych emócií, ktoré súvisia s (1) odsudzovaním iných (pohrdanie, hnev, hnus/odpor), (2) sebauvedomením (hanba, rozpaky a vina), (3) pocitmi voči trpiacim (súcit) a (4) pozitívnym hodnotením iných (vďaka a obdiv). Pre každú morálnu emóciu sa určujú zodpovedajúce elicitory (udalosti/objekty, ktoré aktivujú emócie) a tendencie ku konaniu (Haidt 2003). Podnetmi pre aktivovanie emócií môže byť široké spektrum materiálnych i abstraktných predmetov či činností. Konkrétne impulzy a prejavy závisia v mnohých prípadoch od kultúrneho, ale aj individuálneho kontextu (Shweder, Haidt 2000).⁴

V analyzovaných naratívoch ženy na explicitnej úrovni hovorili o hanbe a vine, ak norma bola porušená. Vek a umelé oplodnenie, prípadne zvažovanie umelého prerušenia tehotenstva boli dôležitými faktormi prežívania tehotenstva v jeho počiatočných týždňoch. V dvoch prípadoch sa ženy dozvedeli, že sú tehotné počas pravidelných gynekologických prehliadok a pre obe bolo tehotenstvo šokom, s ktorým mali dlho problém vyrovnáť sa. Napriek nečakanému otehotneniu sa obe rozhodli nepodstúpiť umelé prerušenie tehotenstva, ale zvažovali, že po pôrode podstúpia sterilizáciu, aby predišli prípadnému ďalšiemu tehotenstvu. Tieto ženy mali už tri deti, jedna mala 38 rokov a druhá 43 rokov. Obe zhodne tvrdili, že je to hanba, mať v ich veku ešte dieťa, rovnako sa báli, či ich telo zvládne celé tehotenstvo a pôrod.

Hanba je jednou z najdôležitejších morálnych emócií, ktorá odkazuje na porušenie spoločenských pravidiel vzťahujúcich sa na osobnosť (sebaprezentáciu v sociálnych vzťahoch) (Haidt et al. 2013). Spomenuté vyššie vyjadrenia hanby poukazujú na to, ako biomedicínu konceptualizované riziko reguluje biologickú reprodukciu do takej miery, že ženy odmietajú ďalšie tehotenstvo. Nevylučujem, že pri rozhodovaní žien zohrali úlohu aj ekonomické či iné sociálne faktory, tie však v naratívoch nezmenili a v ich príbehu dominovala hanba z toho, že vo vysokom veku sú tehotné a budú mať štvrté dieťa. Obe ženy ďalej zdôvodňovali, že sú už vo veku, kedy by mali mať vnúčatá, a nie byť zase matkami, v tomto kontexte sa obávali aj ohováraní zo strany okolia, čo vyjadrili výrokom „*čo si ľudia pomyslia*“.

Avšak iné ženy, ktoré mali nad 35 rokov a čakali svoje druhé dieťa, nehovorili o hanbe a ani o tom, že by išli na ste-

rilizáciu po pôrode, hoci niektoré tvrdili, že už ďalšie dieťa nechcú, „dve stačia“. Domnievam sa, že takýto postoj súvisí s dôležitou normou, s ktorou som sa stretla v naratívoch, a to mať „aspoň dve deti“. Ďalšou významnou normou bolo „mať prvé dieťa do tridsiatky“ Ide o výroky, s ktorými som sa stretla vo všetkých analyzovaných príbehoch. Ich porušenie viedlo k zvýšenej sociálnej kontrole – či už v podobe ohovárania, alebo zvýšenej zdravotnej starostlivosti, napríklad k väčšiemu počtu vyšetrení a podávaniu liečiv. Porušenie oboch noriem malo za následok konanie, ktoré malo napraviť porušenie pravidla (úprava stravy, životného štýlu, prerušenie reprodukčnej schopnosti).

Postoje tehotných žien k lekárskeým vyšetreniam

Vyšetrenia realizované zdravotníckym personálom odkazujú na štandardizáciu noriem sociálnej kontroly, ktorá je opísaná ako nepríjemná, ale vo väčšine prípadov sa nespochybňuje. V naratívoch ženy spochybňovali skôr odbornosť či kritizovali prístup lekára a lekárky. Biomedicínske normy a postupy nespochybňovali až na jedno vyšetrenie, a to genetické testy.

Hoci sú ženy vystavené pôsobeniu moci a kontrole, pozorujú správanie tých, ktorí moc uplatňujú, a zvažujú ich správanie a konanie. Moje respondentky vyjadrovali rôzne formy očakávaní a kritiky voči práci lekárov a lekároch. Vyjadrovali sa k nasledujúcim oblastiam činnosti: spôsob komunikácie (obsah a forma poskytnutých informácií v priebehu tehotenstva a pri pôrode), odbornosť a organizácia práce počas poradní. Niektoré ženy vyjadrili priamu kritiku. Patrili k nim tie, ktoré otehotneli prostredníctvom umelého oplodnenia či mali skúsenosť so spontánnym potratom. Avšak kritický postoj sa vyskytoval najmä v naratívoch žien s vysokoškolským vzdelaním a nemusel byť podnietený závažnejším zdravotným problémom. Tento výsledok korešponduje s viacerými výskumami, ukazujúcimi, že ženy s vyšším vzdelaním majú konkrétne požiadavky a očakávania od poskytovania zdravotnej starostlivosti v priebehu tehotenstva (Martin 1990; Lazarus 1994; Liampottunog 2005; Hrešanová 2011). Tento postoj môže súvisieť aj s tým, že vysokoškolsky vzdelané ženy kladú väčší dôraz na kontrolu nad rôznymi sférami svojho života (Martin 1990).

Nie všetky ženy vyjadrovali nespokojnosť a kritiku voči poskytovaniu zdravotnej starostlivosti. Stredoškolsky vzdelané tehotné ženy, ktoré pracovali na dve smeny po 12 hodín či tri smeny po osem hodín, spomínali predovšetkým nedostatok času a únavy popri fyzicky namáhavej práci, domácnosti a starostlivosti o deti. Dominantnými témami v naratívoch týchto respondentiek, ktoré sa kriticky nevyjadrovali ku komunikácii so zdravotníkmi a úrovni poskytovania zdravotnej starostlivosti, boli nasledujúce: zosúladenie fyzicky namáhavej práce a tehotenstva, čo ich vyčerpávalo, so starostlivosťou o domácnosť (aj záhradu, v jednom prípade aj starostlivosť o zvieratá). Tieto ženy mali tendenciu dôverovať lekárom a lekárkam, hoci im veľa krát nerozumeli. Argumentovali autoritatívnymi vedomos-

ťami lekárov: „*Veď je to lekár, tak vie, čo robí. Keby bolo čosi zlé, tak mi povie*“ (Lýdia, 28 rokov). Keď im nič lekári nepovedali, usudzovali, že je všetko v poriadku, aj keď priebeh poradní či niektoré aspekty priebehu pôrodu opisujú podobne ako ženy, ktoré vyjadrujú kritický postoj: neinformovanie, aké medikamenty a prečo im ich podávajú; nepodávanie informácie o priebehu pôrodu, ak sa skomplikoval, ani po tom, ako bola žena už na oddelení šestonedelia.

Iba dve vysokoškolsky vzdelané ženy sa k týmto aspektom vyjadrovali nekriticky. Obe ženy tvrdili, že majú dobrý vzťah so svojou gynekologičkou a sú spokojné s jej prácou. Pričom táto istá gynekologička je u iných žien kritizovaná za nerešpektujúci prístup a nedostatočnú komunikáciu. Preto sa domnievam, že popri vzdelaní je aj vzťah s gynekologičkou či gynekológom dôležitým faktorom vplyvujúcim na postoj k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti a tým aj na celkové prežívanie tehotnosti.

K najobávanejším vyšetreniam patrili genetické vyšetrenia, ktoré mnohé ženy v naratívach označili ako „*strašiak*“ či „*zbytočné strašenie*“. Jedine užitočnosť genetických testov bola ženami spochybňovaná. Platilo to najmä pre ženy, ktoré boli pre vek označené ako rizikové (samé ženy sa tak popisovali a argumentovali práve vekom). Dôvodom pochybností bolo to, že ide len o percentuálnu možnosť (vždy uviedli príklady žien, ktoré mali vysokú pravdepodobnosť, že sa im narodí dieťa s mentálnym či telesným postihnutím, a nakoniec porodili zdravé dieťa), a výsledky, ak sú negatívne, im kazia radosť z tehotenstva, lebo žena potom žije v strachu a neistote. Strach vyvolaný možnosťou narodenia mentálne znevýhodneného dieťaťa vedie teda k spochybňovaniu lekárskej technológie.

Dopady lekárskeho vyšetrenia a hospitalizácie na rodinný a pracovný život tehotných žien

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti redukuje tehotnú ženu na biologické problémy, ktoré treba riešiť lekáskymi technológiami. Avšak tehotenstvo je súčasťou životných okolností a sociálnych rol: matka, manželka, riaditeľka či pekárika. Podľa medicínskeho antropológa a psychiatra Arthura Kleinmana interpretácie ochorenia či iného zdravotného problému závisia od pozície aktéra: zdravotníci ich vnímajú na úrovni fyziologických zlyhaní/porúch a ich úlohou je poruchy napraviť; pre chorých ľudí je tento problém zasadený do celkového života, do udalostí, ktoré prežíva, a sociálnych rol, ktoré v živote plní (Kleinman 1988: 8–10).

Ženy opisovali to, ako museli zosúladiť pravidelné poradenie, vyšetrenia či hospitalizáciu s prácou a so starostlivosťou o deti. Ak boli ženy na materskej, tak museli na istý čas zveriť svoje dieťa do opateru inej osoby, najčastejšie matky, starej matky, sestry či kamarátky. To, komu zveria dieťa, ako to bude prebiehať (či si tá osoba príde po dieťa, alebo ho bude potrebné priviesť do domu niekoho iného) a na ako dlho, ženy zvažovali už pár dní predtým, ako vedeli, že majú ísť do poradne či na vyšetrenie. Nezaznamená-

la som prípad, že by si partner alebo manžel vzal dovolenku na ten čas, ako bude jeho partnerka či manželka v poradni či na vyšetrení. Tie ženy, ktoré pracovali, zvažovali iné okolnosti: buď si vzali dovolenku na celý deň, alebo priepustku z práce na niekoľko hodín. V druhom prípade museli ženy následne organizovať prepravu a celkový čas, ktorý strávia cestou a na vyšetrení. Jedna respondentka si vybrala gynekologickú ambulanciu, ktorá bola najbližšie k miestu, kde pracovala. Zdôvodňovala to tým, že nechce v práci zbytočne vymeškávať. Ambulanciu si vyberala ešte predtým, ako otehotnela, čo poukazuje aj na plánovanie rodičovstva a jeho prípravu.

Najmä hospitalizácia bola ženami reprezentovaná ako nepríjemná okolnosť nielen pre intenzívnejšie pociťované riziko, ale aj preto, že sa nedala zosúladiť s inými činnosťami. Hoci ženy poslúchli lekárov, bola to podľa ich vyjadrení stresujúca situácia: nečakali to, keďže doteraz ich tehotenstvo prebiehalo bez problémov; ak išlo o ženy, ktoré boli na materskej, nevedeli, komu majú dať svoje dieťa či deti na opateru, pokiaľ budú v nemocnici a hlavne narýchlo; ženy, ktoré pracovali v službách (učiteľky) či v administratíve (ekonómky, bankové úradníčky, účtovníčky) vnímali ako stresujúci faktor aj množstvo nedokončenej práce, ktorá sa bude akumulovať, kým budú v nemocnici. Nedokončená práca sa spomínala aj v súvislosti s chodom domácnosti, ako obavy o to, kto sa postará o domácnosť a koľko práce budú ženy mať, keď sa vrátia.

Pri zosúladovaní lekárskeho vyšetrenia a práce tehotné ženy zvažujú aj spôsob komunikácie s lekárom či lekárkou. Jedna respondentka spomínala, že zamlčala istú informáciu, keďže predpokladala, že ju lekárka kvôli nej vyhreší. Tento prípad je aj príkladom toho, že tehotenstvo je pre ženy viac ako len medicínsky jav. Ženy predpokladajú, že sa k nim lekár či lekárka budú správať istým spôsobom; aby predišli nepríjemným situáciám, určité informácie neprezradia. Spomenutá žena vedela, že sa nemá namáhať a stresovať, keďže je tehotná a má rizikový faktor vysokého tlaku a vysokého veku (43 rokov), no dala prednosť iným činnostiam v domácnosti, ktoré boli pre ňu v tom momente dôležitejšie.

Ohľadne hospitalizácie ženy opisovali najmä obavy z toho, čo sa deje doma, kým sú ony v nemocnici, ako to znášajú ich deti (hlavne ženy, ktoré prechádzali z jednej materskej na druhú). Hospitalizácia bola pre ne skôr nepríjemnou okolnosťou, ktorú musia podstúpiť, aby si boli isté, že je všetko v poriadku. Niektoré respondentky vnímali hospitalizáciu dokonca ako zbytočnosť. Tento postoj bol spôsobený hlavne spôsobom komunikácie, v rámci ktorej sa im dostávalo málo informácií (ak vôbec nejaké) o ich stave a presnom dôvode hospitalizácie.

Záver

Prezentované naratívy odkazujú na techniky normalizujúcej moci v poskytovaní zdravotnej starostlivosti tehotným ženám: skúška, hierarchický dohľad a administratív-

va. Uplatňujú sa v činnostiach zdravotníckeho personálu aj v spôsobe jeho komunikácie s tehotnými ženami. Cieľom týchto činností je, aby tehotenstvo prebiehalo v súlade s biomedicínskymi normami. Všetky tieto techniky vplyvajú na prežívanie tehotenstva ženami.

Foucault konštatuje, že normalizujúca moc na jednej strane homogenizuje sociálny priestor a vnucuje mu tendenciu priblížiť sa k štandardom. Avšak tá istá moc na druhej strane individualizuje tým, že dovoľuje merať odchýlky a stanovovať rozdiely (Foucault 1999: 262). V analyzovaných naratívoch som sa stretla s tvrdením žien, že každé tehotenstvo je iné, ale zároveň každá žena túžila mať tehotenstvo, ktoré sa biomedicínskej norme približovalo, lebo to bolo indikátorom normálnosti. Ak priebeh tehotenstva bol v súlade s normou, ženy hovorili, že sa môžu tešiť z tehotenstva. Vyvolávalo to u nich radosť a pocity spokojnosti. Táto potreba približovať sa k normám bola podporovaná aj spôsobom poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorá u žien zvyšovala vnímanie rizika prostredníctvom stanovovania rozdielov a merania odchýlok. Ženy tak v priebehu celého tehotenstva pociťovali aj strach, hlavne pred lekáorskými vyšetreniami, keď ešte nevedeli, či sú v súlade s normou. Ak porušili biomedicínsku normu, opisovali to v naratívoch aj cez explicitné vyjadrenie morálnych emócií viny a hanby.

Sociálna kontrola sa v kontexte biomedicíny reprezentuje ako prejav autority odborníkov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť laikom. Avšak ženy zvažujú a hodnotia prácu lekárov a hoci sú lekáorskými technológiami objektivizované, sú hodnotiacimi subjektami. Ako tvrdí Kleinman, v skutočnosti sa laici rozhodujú, kedy a s kým budú konzultovať, či dodržia inštrukcie, či je liečenie efektívne a kedy ho treba zmeniť (Kleinman 1980: 57). Analýza odhalila, že najmä vek ženy, otehotnenie prostredníctvom technológií asistovanej reprodukcie, najvyššie dosiahnutie vzdelanie a kvalita vzťahu s lekárom či lekárkou vplyvajú na prežívanie žien počas toho, ako im je poskytovaná zdravotná starostlivosť. Okrem toho ženy zosúladujú tehotenstvo a z neho vyplývajúce zdravotné stavy so svojimi sociálnymi rolami a každodennými činnosťami. Lekárske vyšetrenia sa netýkajú len zdravia, ale jednak zasahujú rôzne sociálne role tehotnej ženy (starostlivosť o potomkov, starších členov rodiny, domácnosť, vykonávanie platenej práce), jednak prekračujú intímne hranice žien a tým zásadne ovplyvňujú individuálne prežívanie tehotenstva a vlastného tela.

Literatúra

Bakhtin, M. 1986. *Speech Genres and Other Late Essays*. Austin: University of Texas Press.

Bužeková, T. 2015. „Hanba a móres: normy súvisiace s životným cyklom ženy v rurálnom prostredí.“ Pp. 201–216 in Plašienková, Z. (ed.) *Bioetické výzvy a súčasnosť*. Bratislava: STIMUL.

Davis-Floyd, R. E. 1990. „The Role of Obstetrical Rituals in the Resolution of Cultural Anomaly.“ *Social Science and Medicine*, Vol. 31, No. 2: 175–189.

Davis-Floyd, R. E. 1994. „The Technocratic Body: An American Childbirth as Cultural Expression.“ *Social Science and Medicine*, Vol. 38, No. 8: 1125–1140.

Davis-Floyd, R. E. 2004. *Birth as an American rite of passage* (2nd ed.). Berkley and London: University of California Press.

Debrecéniová, J. (ed.) 2015. *Ženy, matky, telá. Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava: Občan, demokracia a zodpovednosť.

DeVries, R. 1993. „A Cross-national View of the Status of Midwives.“ Pp. 131–146 in Riska, E., Wegar, K. (eds.). *Gender, Work and Medicine*. London: Sage.

Donovan, S. 2006. „Inescapable Burden of Choice? The Impact of a Culture of Prenatal Screening on Women's Experiences of Pregnancy.“ *Health Sociology Review*, Vol. 15, No. 4: 397–405.

Ettorre, E., Kingdon, C. 2010. „Reproductive Regimes: Gender at Biological and Social Crossroads or Governing Gendered Bodies.“ Pp. 145–157 in Kuhlmann, E., Annandale, E. (eds.). *Handbook of Gender and Healthcare*. Basingstoke: Palgrave.

Foucault, M. 1984. „Polemics, Politics, and Problematizations: An Interview.“ Pp. 381–390 in Rabinow, P. (ed.). *The Foucault Reader*. New York: Pantheon books.

Foucault, M. 1999. *Dohlížet a trestat. Kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin.

Foucault, M. 2003. *The Birth of the Clinic*. 3rd ed. New York: Routledge.

Foucault, M. 2004. *Slová a veci. Archeológia humanitných vied*. Bratislava: Kaligram.

Foucault, M. 2009. *Zrození biopolitiky*. Brno: CDK.

Ginsburg, F., Rapp, R. 1991. „The Politics of Reproduction.“ *Annual Review of Anthropology*, Vol. 20: 311–343.

Good, B. 1994. *Medicine, Rationality and Experience*. Edinburgh: Cambridge University Press.

Haidt, J. 2003. „The Moral Emotions.“ Pp. 854–872 in Davidson, R., Scherer, K., Goldsmith, H. (eds.). *Handbook of Affective Sciences*. Oxford: Oxford Univesrity Press.

Haidt, J., Joseph, C. 2007. „The Moral Mind: How 5 Sets of Innate Moral Intuitions Guide the Development of Many Culture-specific Virtues, and Perhaps Even Modules.“ Pp. 367–391 in Carruthers, P., Laurence, S., Stich, S. (eds.). *The Innate Mind*, Vol. 3. New York: Oxford.

Haidt, J. et al. 2013. „Moral Foundation Theory: The Pragmatic Validity of Moral Pluralism.“ *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 42: 50–130.

Hallgrimsdottir, H. K., Benner, B. E. 2014. „‘Knowledge is Power’: Risk and the Moral Responsibilities of the Expectant Mother at the Turn of the Twentieth Century.“ *Health and Risk society*, Vol. 16, No. 1: 7–21.

Hasmanová Marhánková, J. 2008. „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství – příklad genetických screeningů.“ *Biograf*, roč. 47: 56.

Hrešanová, E. 2011. „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie.“ *Gender, rovné příležitosti a výzkum*, roč.12, č. 2: 63–71.

- Johanson, R. et. al. 2002. „Has the Medicalisation of Childbirth Gone too Far?“ *British Medical Journal*, Vol. 324, No. 7342: 892–895.
- Jordan, B. 1993. *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois: Waveland Press Inc.
- Kleinman, A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Lazarus, E. 1994. „What Do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth.“ *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 8, No. 1: 25–46.
- Liamputtong, P. 2005. „Birth and Social Class: Northern Thai Women's Lived Experiences of Caesarean and Vaginal Birth.“ *Sociology of Health and Illness*, Vol. 27, No. 2: 243–270.
- Lock, M., Scheper-Hughes, N. 1987. „The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work In Medical Anthropology.“ *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 1, No. 1: 6–41.
- Martin, E. 1990. „The Ideology of Reproduction: The Reproduction Ideology.“ Pp. 300–314 in Ginsburg, F., Tsing, A. L. (eds.). *Uncertain Terms: Negotiating Gender in American Culture*. Boston: Beacon Press.
- Martin, E. 2001. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston, MA: Beacon Press.
- Rapp, R. 2000. *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York, London: Routledge.
- Shweder, R. A., Haidt, J. 2000. „The Cultural Psychology of the Emotions: Ancient and New.“ Pp. 397–414 in Lewis, M., Haviland, J. (ed.). *Handbook of Emotions*. 2nd ed. New York: Guilford.
- Spradley, 1979. *The Ethnographic Interview*. Belmont: Wadsworth Group/Thomson Learning.
- Spradley, 1980. *Participant Observation*. Belmont: Wadsworth Group/Thomson Learning.
- Taylor, J. 2008. *The Public Life of the Fetal Sonogram: Technology, Consumption and the Politics of Reproduction*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Young, I. M. 2005. *On Female Body Experience. "Throwing Like a Girl" and Other Essays*. New York: Oxford University Press.

Poznámky

1 Príspevok vznikol vďaka čiastočnej podpore Grantu Mladých UK G-15-089-00 „Reprezentácie ženského tela: ženské telo v reprodukčnom procese“ a v rámci Grantovej úlohy VEGA 1/0035/14 „Reflexia telesnosti v životnom cykle ženy“.

2 V texte budem používať všeobecné pojmy lekár a lekárka, ale v kontexte spracovávanej témy budem nimi odkazovať na gynekológa/gynekologičku a pôrodníčku/pôrodníka.

3 Tehotné ženy do 12. týždňa sa umiestňujú na lôžkovú časť gynekologického oddelenia. Avšak môže sa stať, že oddelenie má lôžkovú časť plnú, vtedy sú tehotné ženy do 12. týždňa umiestňované na rizikové oddelenie. Čo nastalo aj v tomto prípade, a preto je súčasťou analyzovaných narratív aj príbeh ženy, ktorá bola v 5. týždni tehotenstva.

4 Nevenujem sa hlbšej analýze vzťahu medzi morálnymi emóciami a vnímaním rizika, keďže táto téma by si vyžadovala samostatné spracovanie. V tomto príspevku sa venujem iba tomu, aké morálne emócie boli prítomné v narratívach na explicitnej úrovni pri popise.

© Zuzana Pešťanská, 2016

© Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2016

Zuzana Pešťanská vyštudovala sociálnu antropológiu na Ústave sociálnej antropológie Fakulty sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského v Bratislave. V súčasnosti pôsobí ako doktorandka na katedre etnológie a muzeológie Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Venuje sa reprodukčnému zdraviu žien a konceptu ohrozenia. Poštu zasielajte na pestanska1@uniba.sk.