



Jana Pokorná

Lenka Slepíčková: *Diagnóza neplodnost. Sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*

Praha: Sociologické nakladatelství. 2014. 166 s.
ISBN 978-80-7419-140-4

Kniha Lenky Slepíčkové se zabývá skutečně aktuálním tématem. Pravděpodobně se nejvíce dotkne postmoderní kohorty třicátníků a třicátnic. Stoupá průměrný věk prvorodiček, podíl bezdětných do 26 let, ale i celoživotně bezdětných – neexistuje ale evidence o tom, zda se jedná o výsledek individuálního rozhodnutí, anebo spíše nepřízně okolností. Avšak rodičovství je ve svém sociálním rozměru stále poměrně vysoce ceněno. Na rozdíl od mnoha sociologů a socioložek, kteří se snaží popsat a vysvětlit příčiny odkládání rodičovství, se Lenka Slepíčková již několik let ve svém bádání věnuje situaci, kdy se páry již rozhodly stát rodiči, avšak s překvapením zjišťují, že jim plány kříží rozličné problémy. Problémy, jejichž nápravu do své kompetence vesměs pojala medicína.

Plánované početí – respektive nepočetí – přinesl výdobytek moderní doby v podobě účinné a spolehlivé antikoncepce. Jak hned v úvodu knihy Slepíčková trefně uvádí, současné reprodukční chování se do určitého životního období soustředí právě na antikoncepční praktiky. Masové rozšíření antikoncepčních prostředků je obecně důležitý milník. Sociologové ve spojitosti s (především ženskou hormonální) antikoncepcí mluví o „sexuální“ (Možný 2006), případně „sociální“ (Hakim 2000) revoluci. Období postmoderny je charakteristické možností volby vlastní životní dráhy, důsledkem je však nutnost si ji plánovat. Jestliže před dospívajícím člověkem stojí téměř všechny dostupné volby „cesty životem“, ukazuje se jako racionální vědomě sestavovat strategii a volbu jednotlivých životních cílů. S tím souvisí také plánování těch událostí, které by mohly zvolenou strategii zkomplikovat. Jednou z takových událostí, které jsou obecně považovány za nejdůležitější, a tudíž se na životní trajektorii umísťují po pečlivé rozvaze, je početí dítěte. Mnoho autorů se shoduje v tom, že čas je klíčovou proměnnou ve vnímání vlastní ne/plodnosti – početí je třeba zařadit do vlastních individuálních životních linií (například Giddens 1991; Kirkman 2003). Kniha popisuje, jakým způsobem se lidé adaptují na situaci, kdy se jejich životní plány dostanou do střetu s překážkami na úrovni fyzického těla, ale i společenských hodnot.

V okamžiku, kdy ve zvolené individuální životní strategii přichází řada a správný čas na založení rodiny, může být „selhání plánu počít dítě nepříjemným překvapením, šokem a zklamáním“ (s. 11). Právě na tuto situaci se Lenka Slepíčková zaměřila. V sedmi kapitolách představuje nenaplněnou touhu po dítěti jako neplodnost, která je medikalizována, a provází poměrně jasnou a srozumitelnou formou čtenářky a čtenáře celým procesem, který začíná diagnostikováním neplodnosti. Autorka pro uvedení kontextu zmiňuje kvantitativní data,

těžiště práce však leží v závěrech vlastního kvalitativního výzkumu – metodou byly hloubkové rozhovory se ženami a muži, kteří prošli (nebo v době výzkumu procházeli) zkušeností s léčbou neplodnosti.

Neplodnost Slepíčková definuje jako absenci početí. Léčba neplodnosti je představena jako proces, jehož zdárným koncem je rodičovství. Téma rodičovství je v textu pečlivě conceptualizováno, a to tak, že jej lze docílit asistovanou reprodukcí páru vlastních pohlavních buněk, anebo kombinací mnoha variant dárcovství. Celý rozměr „darování“ je vůbec pozoruhodný, v knize s ním však autorka nepracuje. Podle Zákona č. 296/2008 Sb., o tkáních a buňkách, §7 sice „odběrové zařízení zajistí (...) opatrování tkání a buněk od dárce tak, aby darování tkání a buněk nebylo zdrojem finanční ani jiné náhrady“, ve skutečnosti ovšem o žádné altruistické darování nejde, kliniky asistované reprodukce totiž ke zvýšení motivace darovat buňky využívají pokračování textu téhož zákona, tedy že „dárce může obdržet pouze náhradu účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložených výdajů spojených s darováním“. Výše one „náhrady“ se v případě darování vajíček pohybuje okolo 20 tisíc korun.

Právě dárcovství přivádí do této situace nové aktéry; kromě dárců samotných také expertní vědění, bez kterého by nebylo možné tuto cestu realizovat. Zasahováním expertního vědění do procesu oplodnění dochází k „rozpojování a překrývání rodičovství biologického (genetického), gestačního (skrze těhotenství) a sociálního“ (s. 14). To je důležitý moment, který nutně vyvolává otázky o reprodukčních právech, včetně práv otců, plodů a embryí (více k tomuto tématu například Šmídová, Šlesingerová, Slepíčková [2015]).

Nárůst vlivu medicíny na sociální problémy je jednou z nejvýznamnějších změn v západních společnostech 20. století. „Koncept medikalizace ukazuje na spjatost medicíny s kulturním systémem společnosti. Medikalizovány jsou zejména ty sociální statusy, které zpochybňují normy nebo očekávání“ (s. 23). K výše řečenému je na místě poznamenat, že ona medikalizace však současně vytváří nové entity, které nejsou uchopitelné v rámci současných socio-kulturních rámců, tudíž také nejsou legislativně regulovány. Toho je příkladem náhradní (surogátní) mateřství, neboli poskytnutí dělohy pro vývoj embrya, které je geneticky dítětem svých biologických rodičů. Český právní systém zná jako matku – se všemi právy a povinnostmi vůči dítěti – ženu, která dítě porodí.

Objevují se tím nové úrovně problematiky řešení neplodnosti – vedle zmíněné úrovně legislativní také ekonomická. Autorka upozorňuje i na to, že přístup k medikalizovanému řešení neplodnosti není reprezentativně rozložen – je determinován ekonomickým, kulturním i symbolickým kapitálem (ve výhodnějším postavení jsou lidé majetnější, příslušníci majorit i lidé s vyšším vzděláním). Tím se definuje, kdo je ne/vhodný k reprodukci. Politika klinik asistované reprodukce tak vytváří normativní kritéria potenciálních rodičů – jako lidí heterosexuálních, v určitém věku a partnerském stavu. Autorka však uvádí zajímavá fakta týkající se legislativní úpravy i jejího skutečného naplňování: „Oficiální regulace asistované reprodukce a její praxe mohou být dost odlišné – určité oficiálně povolené procedury se v některých zemích prakticky vůbec neprovádí. V České republice je naopak možné dosáhnout léčby i v případě, že kritéria daná zákonem nejsou splněna. Týká se to především léčby žen bez partnera nebo lesbických párů, kdy je neoficiálně praktikováno tzv. sdílené mateřství. Vajíčko jedné z žen je oplodněno dárce a vloženo do dělohy druhé ženy, která díky tomu porodí biologické dítě své partnerky“ (s. 53).

Jak Slepíčková poznamenává, jelikož nositelem rizika (problému s neplodností) je každý, stávají se neplatnými kategorie zdraví a nemoci. Proto neplodnost autorka konceptualizuje jako příklad medikalizace – v dřívějších dobách vedla k bezdětnosti, dnes je impulzem vložit své tělo do rukou nejvyspělejších medicínských technologií (k medikalizaci více také Foucault [1989]; Illich [1975]; Jordan [1987]). Slepíčková také upozorňuje na to, že „medikalizace různých sociálních situací (alkoholismu, stáří, obezity atd.) může být také zdrojem nové sociální identity“ (str. 24). Reflexe zkušenosti s neplodností jako s novou sociální identitou se v kapitolách, které přibližují analytické závěry výzkumu, se místy vynoří, aby však záhy zase zmizela mezi řádky popisujícími kategorie analýzy výzkumu. V kapitole, která pojednává o genderových aspektech problematiky, zmiňuje, že „muži svou roli v léčbě popisují jako roli pasivního pozorovatele, případně toho, kdo ženu podporuje. Uvádí, že stojí ‘v pozadí’, na léčbu ‘přistupují’, ‘tolerují ji’ nebo se jí ‘přizpůsobují’“ (s. 101). Dále popisuje prostředí klinik – prostory zaměřené na muže (místa, kde dochází k odběru spermatu) jsou okrajové až bizarní. I z legislativního hlediska jsou muži neviditelní – o přístupu k léčbě rozhoduje věková hranice žen, léčba neplodnosti je hrazena z ženina zdravotního pojištění. Žena je označována coby „režisérka“ – z jejího rozhodnutí se neplodnost začíná řešit klinicky, ona častěji a intenzivněji komunikuje s lékaři, její tělo je podrobena lékařským intervencím. Ve svém starším textu Slepíčková zmiňuje, že „neplodnost je zásadní krizí mužské identity“ (Thompson 2005 in Slepíčková 2009); v recenzovaném textu, že „analýza ukázala, že pro ženy se stává neplodnost životním stylem, neboť ovlivňuje každodenní život a vztahy s ostatními“ (s. 115). Stálo by tedy za zamyšlení, jak se u komunikačních partnerů a partnerek projevuje zkušenost s léčbou neplodnosti v jejich sebepojetí. Velmi trefně však pojmenovává výzkumné hranice, když píše, že „toto zobecnění [že muži mají více možností udržet si od celého procesu léčby odstup, a tím uchránit svoji genderovou identitu – *pozn. autorky*] je však v mnoha případech limitováno tím, že jsme často odkázáni jen na zprostředkované výpovědi žen o svých partnerech, které – chápeme-li rozhovor jako realitu konstruující, nikoli zprostředkovávající akt – musíme vnímat jako specifický typ dat, která nelze jednoduše srovnávat s ženskými výpověďmi o jejich vlastním náhledu na situaci“ (s. 116).

V tomto tématu se nedá vyhnout konceptu biopolitiky. Dle Tinkové (2014) se koncept biomoci protíná s medikalizací v momentě, kdy moc vědění (Foucault 1989) působí na populaci jako ustavičné zlepšování zdraví individuů a také zlepšování a rozšiřování služeb se zdravím spojených. Slepíčková upozorňuje na vliv farmaceutických firem, především produkcí tzv. *lifestylových* léků. To jsou preparáty, které neslouží k vyřešení zdraví ohrožujících stavů, ale k napravení estetických problémů nebo problémů souvisejících se životním stylem. V oblasti reprodukce zmiňuje Slepíčková jako příklad farmaceutik, které zapříčinily rozšíření dohledu, antikoncepční preparáty. Léky, které jsou nabízeny k předcházení rizika neplodnosti (vitamíny na podporu otěhotnění a těhotenství), uvádí autorka jako příklad biomedikalizace – tedy propojení vlivu biomoci a zesílení medikalizace.

Ve čtyřech kapitolách Slepíčková dle analytických kategorií uvádí témata, která byla obsažena v rozhovorech. Na rozdíl od úvodních kapitol knihy, které jsou psány místy obtížně čitelným, vysoce akademickým jazykem, je tady znát poměrně jasný zlom ve formě i jazyce. Všechny analytické kapitoly jsou prokládány poměrně dlouhými úryvky z rozhovorů, které

často opakují již interpretované sdělení. Na druhou stranu pomáhají lépe se vžít do situace, která je součástí popisované problematiky.

„Časovou dimenzi zkušenosti s neplodností“ (s. 59) označuje jako jednu z nejméně významnějších kategorií, které byly při rozhovorech zmiňovány, a propojuje výpovědi s konstrukcí individuální životní dráhy. Podmínkami rodičovství, které jsou v knize zmíněny, jsou dokončení studia, nabytí pracovní zkušenosti, případně činnosti, které jsou v očích žen neslučitelné s mateřstvím (cestování, koníčky, pracovní/sportovní kariéra). Jedna z žen zmiňuje čas na kariéru a čas na rodinu a děti, pojmenovává tedy přechod z jedné životní etapy do druhé.

V další kapitole, která se zabývá praxí léčby neplodnosti, zmiňuje klíčové aspekty tohoto procesu. Zajímavým postřehem je spojení medikalizace s komodifikací (mnoho úkonů léčby neplodnosti – vysoce expertního odvětví medicíny, které umí zázraky – není hrazeno z veřejného pojištění). V rámci komodifikace se léčba stává byznysem a „lékař se stává ‘prodávčem’ vlastních služeb a technologií, ke kterým vlastní *know-how*“ (s. 83).

Následující kapitola řeší genderové aspekty léčby neplodnosti a – byť zejména podkapitola 6.3 opakuje některé postřehy, které bylo možné v textu zaznamenat již dříve – působí, že je rozpracována neanalytičtěji. Pravděpodobně proto, že shrnuje téma, kterému se autorka věnovala již ve svých starších textech (Slepičková 2007, 2009; Slepičková, Bartošová 2008). Neplodnost je zde představena jako genderová krize, jelikož „výzkumné rozhovory ukázaly, že zatímco ženská aktivita a usilování o početí se vztahují ke snaze naplnit požadavek femininity, kterým je mateřství, mužům se v průběhu léčby neplodnosti nabízejí jen úlohy, které vnímají jako neadekvátní ve vztahu k vlastní roli a k tradičním představám o mužnosti: role pasivního pozorovatele, objektu lékařského vyšetření, poskytovatele genetického materiálu na vyžádání a způsobem, který je hodnocený jako ponižující, neplodného (tudíž ne-mužného) v případě špatné diagnózy nebo pasivního podporovatele ženy“ (s. 109–110). Žena často plní roli prostředníka mezi svým partnerem a lékaři.

Kapitola „Cizí geny, naše dítě? Rozhodování o rodičovství v procesu léčby neplodnosti“ zjišťuje, jak jsou hierarchizována a definována řešení neplodnosti, které léčené páry spatřují (adopce, dárcovství, bezdětnost), a jak je prožívána „normativita rodičovství“. Hledá, kde leží pro jednotlivé páry hranice toho, co ještě podstoupit. Zjišťuje, že často je to situace, která zpřetrhá genetické vazby, tedy dárcovství buněk nebo adopce. Tuto skutečnost zasazuje do kontextu transcendentálního mystického charakteru pokrevního pouta, které je zakořeněné v naší kultuře. Dostáváme se tím k dilematu „příroda vs. kultura“, zde spíše v podobě ‘geny vs. výchova’“ (s. 121). Paradoxní je samo pojmání přirozenosti – přestože celý proces je nepřirozeným zásahem, přijetí cizích genů do vlastního těla je lépe snášeno, pokud projdou skrze sterilní prostředí laboratoře.

Jak autorka zmiňuje, „[p]řistoupení na adopci více než pokračování v léčbě, byť s dárcovskými buňkami, evokuje prohru, rezignaci a neúspěch, kromě stigmatu neplodnosti přináší stigma neúspěšné léčby a nelegitimity potomků“ (s. 124). Pokud by opravdu dárcovství buněk souviselo s pocitem nelegitimity potomků a pocitem vlastního neúspěchu, stálo by možná za další výzkum to, zda se tento pocit nelegitimity a vlastního neúspěchu objevuje i v pozdějším věku dítěte, případně jaký vliv může mít na vztah mezi rodiči a dětmi. Vztah k (potenciálním) dětem se tématem dárcovství prolíná. Ženy často v případě nutnosti dárcovství jedné z buněk upřednostňují dárcovství ženských před mužskými, přestože to pro ně

znamená mnohem složitější proces. Tuto skutečnost autorka interpretuje jako ústupek – jednak proto, že ženy nadřazují partnerovu genetickou informaci té svojí, zmiňují, že si partnera vybraly z důvodů nějakých vlastností, a ty chtějí, aby mělo jejich dítě, ale také proto, že předjímají, že mužům na předání své genetické informace více záleží. Také spoléhají na těhotenství, které jim k dítěti vybuduje intimní vztah, což je zkušenost, kterou muži nemohou poskytnout. Současně však autorka interpretuje výpovědi tak, že „ženami deklarovaná ochota vzdát se svého genetického podílu na rodičovství a ‘nahradit jej’ zkušeností těhotenství a porodu může mít za příčinu také strach z toho, že vyloučení podílu partnera na reprodukci by mohlo ohrozit partnerský vztah nebo mužovu ochotu k rodičovství obecně“ (s. 131).

Celkový závěr, shrnutí a propojení všech jednotlivých kapitol knihy nalezneme spíše než v samotné kapitole „Závěr“ ve shrnutí poslední analytické kapitoly 7.5. Přečíst si poslední kapitolu pro rychlé zjištění analytických závěrů tedy nestačí, čtenářům by tak uniklo popsání jemného předitiva, které spojuje všechny probrané aspekty a kategorie neplodnosti, jako jsou čas, pojmání ne/plodnosti, mateřství a otcovství. V tomto ohledu je kniha silným příspěvkem k tématu diagnózy neplodnost.

Literatura

- CLARKE, Adele E. et al. 2003. „Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine.“ *American Sociological Review* 68(2): 161–194.
- CLARKE, Laura H. et al. 2006. „The Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility.“ *Canadian Review of Sociology and Anthropology* 43(1): 95–113.
- FOUCAULT, Michel. 1989. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London: Routledge.
- GIDDENS, Anthony. 1991. *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- HAKIM, Catherine. 2000. *Work-lifestyle choices in the 21st century: preference theory*. Oxford: Oxford University Press.
- ILLICH, Ivan. 1975. „The Medicalization of Life.“ *Journal of Medical Ethics* 1(2): 73–77.
- JORDAN, Brigitte. 1987. „High technology: the case of obstetrics.“ *World Health Forum* 8(3): 312–338.
- KIRKMAN, Maggie. 2003. „Infertile women and the narrative work of mourning: barriers to the revision of autobiographical narratives of motherhood.“ *Narrative inquiry* 13(1): 243–262.
- MOŽNÝ, Ivo. 2006. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- SLEPIČKOVÁ, Lenka. 2007. „Vajíčko, spermie, zkumavka... A Gender. Postoje českých žen a mužů k asistované reprodukci a adoptivnímu rodičovství.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 8(2): 68–75.
- SLEPIČKOVÁ, Lenka a Michaela BARTOŠOVÁ. 2008. „Problematické tranzice k mateřství.“ *Sociální studia* 5(2): 35–54.
- SLEPIČKOVÁ, Lenka. 2009. „Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce.“ *Sociologický časopis* 45(1): 177–203.
- ŠMÍDOVÁ, Iva, Eva ŠLESINGEROVÁ a Lenka SLEPIČKOVÁ. 2015. *Games of Life. Czech Reproductive Biomedicine. Sociological Perspectives*. Brno: Munipress.
- THOMPSON, Charis. 2005. *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge (MA): The MIT Press.

TINKOVÁ, Daniela. 2014. „Biomoc a ‘medikalizace’ společnosti jako rysy „modernity“. *AntropoWebzin* 10(3–4): 107–118.

Zákon č. 296/2008 Sb. Zákon o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách).